

**ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**Corso di laurea in**

Antropologia, Religioni, Civiltà Orientali

Violenza di genere e sapere medico. Una riflessione antropologica sul tema della violenza ostetrica.

**Tesi di laurea in**

Antropologia Culturale

Relatore Professore: Ivo Quaranta

Presentata da: Letizia Masi

**Appello**  
Terzo

**Anno accademico**  
2018-2019

*A mia madre e mio padre,  
per esserci sempre.*

## Indice

Introduzione .....	3
1. Cos'è la Violenza Ostetrica?.....	5
1.1 Genesi del concetto.....	5
1.2 Dal basso: Il ruolo degli attivisti e dei movimenti sociali .....	10
1.3 Dall'alto: Il contributo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità .....	15
2. Le dimensioni della violenza ostetrica.....	20
2.1 La violenza. Uno sguardo alla relazione fra antropologia e violenza .....	20
2.2 Il sistema medico. Il valore culturale delle rappresentazioni scientifiche .....	24
2.3 La produzione del sapere. Una riflessione attorno al concetto di “Authoritative Knowledge” di Brigitte Jordan .....	29
3. La valenza simbolica della violenza ostetrica .....	34
3.1 La qualità rituale della violenza ostetrica: i riti producono persone.....	34
3.2 Le narrazioni riguardanti la violenza ostetrica .....	39
3.3. Il corpo come metafora per esprimere un disagio .....	44

Conclusione.....	48
Bibliografia.....	50
Ringraziamenti .....	60

## Introduzione

La violenza ostetrica si delinea come un atto, fisico o verbale, che danneggia l'integrità psico-fisica della gestante al momento del travaglio e del parto all'interno dell'istituzione ospedaliera. Riflettere su questa tematica secondo un punto di vista antropologico significa, per me, analizzare le dimensioni che la rendono possibile, i motivi che la spingono ad attuarsi e i significati che essa sottintende. Con questo elaborato vorrei mostrare le strutture di pensiero che sostengono e producono la violenza ostetrica e come le persone concepiscono tale fenomeno. Il mio non è un lavoro di ricerca etnografica, sul campo, ma si basa primariamente su fonti e dati ricavati da altri studiosi e su un apparato teorico fornitomi da numerosi autori.

Sin dal primo capitolo vi sono riferimenti all'intreccio tra la violenza ostetrica e le strutture più ampie che essa interseca. L'inizio di questa tesi fornisce uno spazio nel quale espongo la nascita della nozione di violenza ostetrica, anche da un punto di vista legislativo, e continuo parlando del ruolo svolto dai movimenti locali e globali per l'affermarsi di tale concetto, il quale si basa anche sulle definizioni del trattamento adeguato della nascita fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Successivamente, nel secondo capitolo, mi soffermo a parlare del ruolo svolto dalla disciplina antropologica nel trattare i fenomeni violenti, con tutte le implicazioni che ciò comporta. Indago qui il fenomeno della violenza ostetrica grazie ad alcuni concetti teorici forniti da vari studiosi e, in seguito, porto avanti una breve analisi sulle rappresentazioni scientifiche e come esse sono in grado di plasmare la visione del mondo di una società e, di conseguenza, delle persone che la compongono. Utile per chiarire i rapporti tra medico e gestante è il concetto di "authoritative knowledge" fornito da Brigitte Jordan, che mostra le relazioni di potere in gioco in ogni incontro dove si produce conoscenza.

Inoltre, con il terzo capitolo offro un'analisi della violenza ostetrica come rito, grazie al lavoro di Davis-Floyd sul parto nel contesto statunitense. Un'altra questione presa brevemente in esame è l'importanza delle narrazioni femminili sulla violenza ostetrica, il loro influire nella creazione di un senso di comunità e di riaffermazione di un senso dopo l'evento violento. Le narrazioni non sono state da me trascritte in prima persona, in quanto esse sono state ricavate dalla campagna mediatica #bastatacere del 2016. Tutte le testimonianze sono in formato anonimo e esposte pubblicamente sull'omonima pagina Facebook. In conclusione, mi soffermo

anche sul corpo come terreno da cui partire per analizzare il fenomeno della violenza ostetrica, prendendo in esame il concetto dei “tre corpi” offerto da Scheper-Hughes e Lock.

Le ricerche femministe e dei Queer studies hanno avviato un percorso verso un’analisi più complessa e profonda della soggettività del ricercatore e dei sistemi di oppressione originati da certe modalità di acquisizione di conoscenza. Premettendo che nessuna conoscenza potrà mai essere effettivamente oggettiva, ma risulterà sempre filtrata da chi ne parla, dai modi attraverso cui se ne parla, si può dire che la situazionalità del ricercatore può influenzare i risultati dell’etnografia e le relazioni sul campo. La nostra esperienza del mondo è condizionata dalla posizione sociale che occupiamo in un contesto; come afferma Kilomba, non ci sono discorsi neutri, ogni lavoro teoretico è sempre prodotto da un contesto e scritto da una persona. La mia posizione nei confronti del tema che ho scelto di seguire può, senza dubbio, influire sul modo con cui elaboro le conoscenze relative al fenomeno della violenza ostetrica. Riguardo la mia esperienza personale posso dire che la scelta di parlare di violenza ostetrica è stata dettata da vari fattori. Se «è il nostro desiderio che ci conduce ai nostri oggetti» (Weiss, 2016:634), la mia scelta di trattare la tematica della violenza ostetrica è stata dettata dai miei interessi maturatisi nel corso del mio percorso accademico, durante il quale ho potuto studiare tematiche relative al genere, all’antropologia medica, agli studi femministi e ai diversi modi con cui tutte queste questioni si intrecciano tra loro nell’effettiva esperienza delle persone. La mia riflessione sul tema della violenza ostetrica, e quindi del rapporto tra genere, violenza e sapere medico ha come intento quello di gettare luce sul tipo di forme concettuali che si trasmettono tramite la violenza ostetrica.

## 1. Cos'è la Violenza Ostetrica?

### 1.1 Genesi del concetto

Prima di esporre i fattori che hanno portato allo sviluppo del concetto di violenza ostetrica, vorrei introdurre cosa s'intende oggi quando si parla di questo fenomeno. Il termine di violenza ostetrica non ha ancora raggiunto una comune definizione ed è generalmente utilizzato per intendere ogni atto di violenza fisica e mentale perpetuato dal personale sanitario sia al momento del parto, sia durante la gravidanza. Negli anni, diversi studiosi hanno proposto vari esempi di classificazione per specificare le pratiche ed i comportamenti che producono forme di violenza nell'ambito ostetrico. Nel 2010, Boswer e Hill hanno elencato sette categorie con lo scopo di circoscrivere il fenomeno di violenza ostetrica alle seguenti condotte: abuso fisico, cura non consentita, cura non confidenziale, cura non dignitosa, discriminazione basata sugli attributi del paziente, abbandono della cura e detenzione nelle strutture (Sadler et. al. 2016:49). Successivamente, Freedman ed altri studiosi hanno criticato tali categorie per delle lacune ed hanno deciso di esprimere una definizione che tenesse in conto delle più ampie dinamiche sociali di ineguaglianza e delle relazioni di potere tra i gruppi (ibid.). Gradualmente, gli abusi subiti durante il parto sono stati sempre di più definiti come influenzati da varie condizioni che culminano in una esperienza umiliante e non dignitosa per la persona. Bohren e colleghi hanno contribuito al dibattito strutturando sette tematiche che specificano le caratteristiche del maltrattamento in sala parto: abuso fisico, abuso sessuale, abuso verbale, stigma e discriminazione, inosservanza del personale sanitario, mancato rapporto tra la donna e lo staff medico, le condizioni e le limitazioni del sistema sanitario (ibid.). I soggetti coinvolti risultano essere in ultima analisi tre: la paziente, il personale ed il sistema sanitario. Il quadro che prende forma è quindi quello di una violenza che opera a livello di un sistema, non è solo frutto diretto del rapporto fra più individui. La violenza ostetrica si viene a delineare come facente parte di un sistema, non solo sanitario, essendo quest'ultimo un'articolazione del sistema sociale; la violenza prodotta dal sistema sanitario è data da assunti e stereotipi che sono alla base della società.

In generale, gli studi realizzati concordano nel ritenere ogni atto che produce violenza fisica e/o mentale nella partoriente come appartenente alla categoria di violenza ostetrica. Kukura,

basando le sue ricerche negli Stati Uniti, suddivide i maltrattamenti in tre categorie: abuso, coercizione e mancanza di rispetto (Kukura 2018). Nella prima categoria sono inclusi trattamenti quali: intervento chirurgico forzato (cesareo ed episiotomia), procedure mediche senza consenso, violazione sessuale, impossibilità di muoversi e altre forme di abuso. Tattiche coercitive possono essere: chiedere l'intervento giuridico, limitare l'accesso a particolari forme di cura, minacciare di coinvolgere gli assistenti sociali, negare trattamenti, manipolare informazioni od applicare pressione emotiva. Trattamenti irrispettosi si definiscono tali quando il modo di rapportarsi alle donne partorienti è caratterizzato da mancanza di sensibilità nei loro confronti (causare senso di umiliazione ed incolpare le donne di essere delle cattive madri sono alcuni esempi). Le categorie sopraelencate sono necessarie per specificare il problema ed indirizzare i possibili interventi volti ad una sua soluzione, ma non devono, come del resto ogni categoria, essere considerate come una classificazione monolitica, infatti le sue caratteristiche possono venire declinate in base al contesto. Esse sono utili in quanto sistemi classificatori attraverso cui è possibile riconoscere quando un certo comportamento è percepito come violenza ostetrica.

La denominazione del fenomeno come “violenza ostetrica” è stata adottata grazie alla forza evocativa del termine in grado di esprimere il problema con una maggiore severità (Sadler et. al. 2016). In passato gli appellativi erano diversi, si parlava di “maltrattamento” o “nascita disumana”, mentre la recente designazione richiama l'attenzione per l'intensità con cui accosta il sostantivo “violenza”, che dipinge un immaginario di aggressione e dominio, alla dimensione ostetrica, e quindi ad un ambito medico legato ad un senso di sicurezza e cura. A causa di questa connessione non tutti sono d'accordo con l'espressione “violenza ostetrica”. Come dimostrano varie istituzioni italiane, le quali hanno asserito che il termine danneggia la reputazione dei professionisti ed il Sistema Sanitario Nazionale in sé (Scambia et. al. 2018). È interessante sottolineare la reazione dell'ambito scientifico, diretto a negare sia il termine, sia l'esistenza del fenomeno nel contesto italiano. Con queste parole l'autorità medica si distacca dalla linea intrapresa dagli attivisti, proponendosi come una sorta di polo opposto. Da un lato, infatti, abbiamo le campagne portate avanti da vari attori sociali, e dall'altro le istituzioni mediche; al centro, in una sorta di zona grigia, si possono collocare le esperienze degli individui, che possono oscillare contestualmente da un polo all'altro. La questione non ruota intorno allo stabilire “chi ha ragione e chi ha torto”, non è una lotta fine a stessa per puntare il dito contro un'associazione od una istituzione. Ad essere preso in esame in questo elaborato è l'esistenza del fenomeno in sé, che necessita una riflessione sul significato stesso, o sui significati, del



concetto di violenza ostetrica. Esso è emerso all'interno del mondo contemporaneo e le vite di alcune persone sono coinvolte in questo fenomeno. Approfondire il suo studio da un punto di vista antropologico, non può che gettare luce sulle implicazioni che la violenza ostetrica ha con altre sfere della vita sociale. Quattrocchi affronta il dibattito terminologico riguardante la violenza ostetrica facendo uso di due termini, "sostanza" e "forma" (2019:26). Il primo indica l'esperienza concreta degli individui ed i modi attraverso cui si dà voce a tale esperienza; il dibattito sul termine è un esempio della "forma". Concentrandosi sulla "forma", continua Quattrocchi, ci si allontana dal perseguire una riflessione sulle pratiche e sui saperi della biomedicina.

Dal punto di vista legislativo, una definizione di violenza ostetrica è proposta dalla Legge Organica sul Diritto delle Donne ad una Vita Libera dalla Violenza<sup>1</sup>, emanata dal Venezuela, la quale prevede nell'articolo 15 la descrizione di violenza ostetrica come:

«Appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali, avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna»<sup>2</sup>.

L'articolo 51 continua specificando gli atti che costituiscono la violenza ostetrica: intempestiva ed inefficace attenzione alle emergenze ostetriche; forzare la donna a partorire in posizione supina quando sono possibili i mezzi necessari per compiere un parto in posizione verticale; impedire il primo contatto tra il figlio o la figlia e la madre senza una causa medica; alterare i processi fisiologici di un travaglio e di una nascita a basso rischio attraverso l'uso di tecniche di induzione/accelerazione, e fare cesarei quando il parto vaginale è possibile, senza ottenere il consenso volontario, espresso e informato della donna<sup>3</sup>. Questa legge è il primo esempio legislativo contro la violenza ostetrica e offre un riconoscimento della sua esistenza a livello istituzionale. Come sottolinea Quattrocchi, la definizione legale di violenza ostetrica in Sud

---

<sup>1</sup> República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. GORBV, 2007 Sept. 1738.668, <http://virtual.urbe.edu/favelas/38770.pdf> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>2</sup> Traduzione citata da Quattrocchi in "Forma o Sostanza. Similitudini e differenze nel dibattito in corso in America Latina e in Europa" Donna&Donna n. 105, aprile 2019, p.25.

<sup>3</sup> Nel testo originale si parla di "processi naturali" e "parto naturale" che ho qui sostituito con le espressioni "processi fisiologici" e "parto vaginale".

America fa riferimento all'ineguaglianza di genere, la quale produce «la naturalizzazione della subordinazione femminile ad un sistema di organizzazione sociale»<sup>4</sup> (2019:9). Da questo contesto si deduce quanto il fenomeno della violenza ostetrica non sia solo parte di maltrattamenti ospedalieri nei confronti dei pazienti, ma quanto esso sia legato alla dimensione di genere. Una forma di violenza diretta nei confronti delle donne che non sempre è percepita come violenza da parte del personale sanitario. Per questa ragione, ovvero per la mancanza dell'elemento di intenzionalità<sup>5</sup>, l'uso del termine “violenza” può venir contestato. Tuttavia, come riporta Shabot, il termine ha valenza giuridica in diversi paesi ed è riconosciuto dalle esperienze personali di varie donne (2015:234 nota). Pertanto, Shabot parla di violenza ostetrica come di un'espressione di violenza di genere, una violenza strutturale e non comportamentale, i cui autori non sono necessariamente consci di star compiendo un atto percepito come violento da altri (ivi, p.235 nota). La dimensione di genere occupa una posizione importante nell'illustrazione del fenomeno della violenza di genere. Numerose sono le analisi femministe sulla questione, le quali, tramite un approccio basato sullo studio del ruolo degli stereotipi femminili e maschili, offrono una lettura della violenza ostetrica inserendola all'interno delle dinamiche di genere. Per esempio, l'analisi di Shabot dimostra come la violenza ostetrica può apparire come uno strumento utile per «mettere il corpo femminile 'al suo posto' se esso sfida la sua femminilità»<sup>6</sup> (ivi, p.234). Tale violenza si caratterizza anche dagli aspetti di disumanizzazione ed oggettificazione, come denotano le esperienze riportate da alcune vittime che parlano di oppressione, senso di diminuzione del sé ed infantilizzazione emotiva (ivi, p.233). Oltre all'aspetto di genere, la violenza ostetrica è analizzata anche come frutto dell'eccessiva medicalizzazione della biomedicina, uno degli oggetti di studi dell'antropologia medica. A proporre la violenza ostetrica come sintomo di un sistema sanitario in crisi e di dinamiche di potere rivolte contro i pazienti e i medici è l'analisi di Freedman e Kruk (2014:43). Questi ultimi segnalano inoltre che un «sistema sanitario che tollera D&A [Disrespect and Abuse] svaluta le donne»<sup>7</sup> (ibid.). La violenza ostetrica è visibile sul corpo delle donne e, al contempo nello scheletro della società. Essa è riprodotta all'interno della struttura sanitaria, nei

---

<sup>4</sup> Traduzione personale.

<sup>5</sup> In riferimento a ciò: Landau (2010:70) sostiene che la violenza è costituita dall'intenzione esplicita.

<sup>6</sup> Traduzione personale.

<sup>7</sup> Traduzione personale.

confronti dei singoli soggetti, ed è, allo stesso tempo, generata da processi più ampi che s'intersecano intorno alla violenza di genere, alla medicalizzazione del parto e al rapporto tra medico e paziente. Oltretutto l'esistenza della violenza ostetrica invita a riflettere sulla qualità della cura, sui temi quali la responsabilità e la libertà di scelta, e molti altri.

Seguendo il pensiero di Geertz (1987) il comportamento umano ha una valenza simbolica, e tali significati devono essere indagati dall'antropologia. Stabilire che «la cultura consiste in strutture di significato socialmente stabilite, nei cui termini le persone fanno cose» (Geertz, 1987:50) ci consente di analizzare quest'ultime strutture di significato e di attribuire importanza alla simbologia delle pratiche, in quanto esse si palesano come uno scorcio per capire ed interpretare le azioni umane. Anche la violenza ostetrica s'inserisce entro specifiche strutture di significato che operano all'interno di una società, non solo entro le istituzioni ospedaliere. Prestare attenzione al comportamento, come dice Geertz, è importante perché attraverso l'azione sociale «le forme culturali trovano un'articolazione» (ivi, p.55). Se si prendono in esame i comportamenti messi in atto durante la violenza ostetrica, essi si mostrano come manifestazioni di una struttura di significato, intrisa di complessi legami fra produzione di conoscenza e potere. Questa struttura di significato opera all'interno dell'ospedale come istituzione, ed al di fuori di esso, nella vita quotidiana delle persone, in quanto conoscenza incorporata.

Le istituzioni, come gli ospedali e la biomedicina, sono «raggruppamenti sociali legittimati che hanno l'obiettivo di regolare i comportamenti e le relazioni sociali» (Pizza, 2005:146); e l'appartenenza ad esse è «naturalizzata attraverso l'incorporazione della norma» (ibid.). I corpi risultano essere al centro della biopolitica, che Foucault ha concepito come un dato sistema di controllo che ruota proprio intorno al disciplinamento dei corpi. Attraverso la messa in pratica della manipolazione dei corpi, la biopolitica «ridefinisce le categorie di “natura”, “soggetto”, “persona”» (ivi, p.238) e di ciò che si considera moralmente accettabile o meno. La biomedicina si è diffusa all'interno del territorio nazionale in stretto legame con la crescita dell'egemonia sociale (ivi, p.157) anche grazie al suo modello riduzionistico. Il riduzionismo oltre ad essere fonte dell'efficacia della biomedicina, ha delle conseguenze. Infatti, riducendo la complessità del sociale per prestare attenzione al solo aspetto biomedico, si perde di vista la soggettività degli individui e il loro inserirsi in un contesto sociale più ampio. Certi ambiti, come la cura e la terapia, offrono dei terreni nei quali l'aspetto interpersonale, emotivo, empatico è fondamentale. Bisogna fare attenzione però al rischio colonizzatore della pretesa di capire

l'altro, come spiega Pizza, perché invece di metterci nei panni dell'altro, il pericolo è mettere lui nei nostri (ivi, p.236).

Le istituzioni ospedaliere tendono, quindi, ad imporre un data visione del mondo, con le proprie norme ed i propri valori. Nel momento in cui, all'interno di queste istituzioni si producono forme violente sui corpi e sull'esperienza degli individui, come la violenza ostetrica, si rendono visibili i processi di controllo e disciplinamento dei corpi messi in moto dalla biopolitica. La violenza ostetrica si mostra qui come un terreno politico nel quale le richieste avanzate dai singoli individui si vanno a scontrare con le modalità di esercizio del potere statale.

## 1.2 Dal basso: Il ruolo degli attivisti e dei movimenti sociali

Come afferma Antonelli<sup>8</sup>, la categoria di violenza ostetrica aiuta le donne a rivendicare il rispetto dei propri diritti (2016:276) e si situa sulla lunga scia di rivendicazioni che svariate associazioni femministe hanno portato avanti nel corso degli anni. Il dibattito vigente ruota intorno al concetto di violenza ostetrica, il quale si sviluppa maggiormente negli anni '70 del Novecento in America Latina, durante un periodo di rivendicazione dei diritti sessuali e riproduttivi, e contro la violenza di genere (Cuevas 2010 in Quattrocchi 2019:2). Numerosi sono gli incontri internazionali<sup>9</sup> dai quali il concetto di violenza ostetrica viene ad apparire come una violazione dei diritti umani e a farsi largo tra le agende politiche nazionali (Quattrocchi 2019:2). Il Brasile è centrale nella creazione di un Network for the Humanization of Labour and Birth (ReHuNa) nel 1993 e per la Prima Conferenza Internazionale sull'Umanizzazione del Parto, a Fortaleza nel 2000, nella quale si venne a creare RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Childbirth y Nacimiento). Il parto umanizzato promosso dall'associazione prevede il rispetto delle donne e del nascituro, introducendo la donna come

---

<sup>8</sup> Deputato proveniente inizialmente dal Movimento 5 Stelle ed in seguito, dal 2013, appartenente al gruppo misto; ha emanato la proposta di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico" (2016).

<sup>9</sup> Esempi forniti da Quattrocchi (2019): The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979), The Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women (1994), the International Conference on Population and Development in Cairo (1994) e the World Conferences on Woman (dal 1975 a Mexico City fino al 1995 a Beijing).

protagonista del parto<sup>10</sup>. Il soggetto-donna ritrova centralità ed autonomia, e passa dall'essere soggetto passivo al ruolo di vittima, che però, rivendica attivamente la propria dignità ed i propri diritti. Infatti, la violenza ostetrica implica «l'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte di un sistema sanitario» (Pérez 2010:201), in base a ciò la critica alla violenza ostetrica s'inquadra come la volontà della donna di riappropriarsi del proprio corpo e delle decisioni ad esso collegato.

Grazie alle numerose associazioni, alle loro campagne di sensibilizzazione, alla nascita di Osservatori sulla Violenza Ostetrica (OVO), sempre di più le testimonianze di donne e di membri del personale sanitario trovano una voce. Attraverso l'uso dei social media sono state diffuse le campagne #BreaktheSilence negli Stati Uniti e #BastaTacere in Italia<sup>11</sup>, rispettivamente nel 2014 e nel 2016. Queste campagne hanno avuto come scopo quello di raccogliere testimonianze sul tema e dare spazio ai soggetti vittime di violenza ostetrica. Un'altra azione di sensibilizzazione sull'argomento è The Roses Revolution Day, la quale prevede, ogni 25 Novembre dal 2013, la possibilità di porre una rosa davanti alla sala parto se le donne si sono sentite vittime di violenza ostetrica. Sono stati prodotti documentari come *Freedom for Birth, the Mother's Revolution* (Campitelli 2012a), il quale trae spunto dal caso giuridico *Ternovsky vs Hungary* del 2010<sup>12</sup> e *Con dolore partorirai i figli. Maltrattamenti ginecologici e violenze ostetriche* (2019) della regista Ovidie.

Gli esiti di questi movimenti e reti internazionali sono presenti a livello istituzionale locale, sottoforma di promulgazioni delle leggi contro la violenza ostetrica. Come già citato nelle pagine precedenti, il Venezuela è stato il primo paese al mondo ad emanare una legge contro la violenza ostetrica nel 2007. Precedentemente, nel 2004, l'Argentina promulgò la Legge no. 25.929, detta anche Legge sul Parto Umanizzato, le cui regolamentazioni furono completate nel 2015 con il Decreto 2035/2015 della Presidente Cristina Kirchner (Quattrocchi 2019:2). Il percorso argentino culminò nel 2009 con la Legge no. 26.485 sulla violenza di genere, nella quale si definiscono i caratteri della violenza ostetrica. A seguire, sono state elaborate ulteriori leggi nei contesti latinoamericani – è il caso di alcuni Stati del Messico tra il 2007 e il 2012

---

<sup>10</sup>RELACAHUPAN – Uruguay. Parto humanizado. Recopilación de folletos y artículos sobre el tema. Material de apoyo para los talleres de capacitación. Partera Elvira Lutz, Ps. Sandra Miso (2006-2007).

<sup>11</sup> La prima campagna “Basta Tacere!” si colloca nel 1972, e fu promossa dai collettivi femministi italiani.

<sup>12</sup> ECtHR, *Ternovsky vs Hungary*, 14 Dicembre 2010, Appl. No. 67545/09.

(Durango, Veracruz, Guanajuato, Chiapas), lo stato di Santa Catarina in Brasile nel 2017 e, sempre nello stesso anno, l'Uruguay. Per quanto riguarda la situazione degli stati Europei, in Italia è stata scritta nel 2016 la proposta di legge del deputato Zaccagnini<sup>13</sup>, *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*, al momento in corso di esame in Commissione. In concomitanza con la presentazione della proposta, esattamente dal 4 al 19 aprile 2016, ha avuto luogo la campagna mediatica di “#bastatacere le madri hanno una voce”. Da sottolineare è la relazione tra l'avvenimento politico e la promulgazione del questionario<sup>14</sup> della campagna, da cui in seguito è nato OVOItalia. Non approfondirò in questo luogo la questione, che per certi versi mostra le varie sfaccettature del complesso rapporto che intercorre tra la violenza ostetrica e le istituzioni.

Uno dei risultati del recente inquadramento legale del fenomeno è la creazione di un approccio in grado di riconoscere l'esistenza stessa della violenza ostetrica, oltre a fornire dei diritti alle famiglie e degli strumenti attraverso cui denunciare trattamenti percepiti come dei veri e propri abusi. Le definizioni legislative sudamericane hanno avuto l'effetto di istituzionalizzare il concetto, facendo riconoscere la sua esistenza dalle autorità ed inscrivendolo nelle agende politiche contro la violenza di genere. D'altra parte, la conseguente criminalizzazione può generare una reazione di chiusura da parte della comunità medica (Williams et. al. 2018).

A livello di ricerca, con il contributo dell'Orizzonte Europa 2020, è nata la Piattaforma sulla Violenza Ostetrica grazie al progetto *Violenza ostetrica. La nuova sfida per la ricerca, la politica e i diritti umani nel parto*<sup>15</sup> la quale raccoglie e offre dati relativi al fenomeno. A contribuire alla raccolta di informazioni riguardante il tema sono anche i vari Osservatori sulla Violenza Ostetrica (OVO). Essi sono presenti in varie nazioni<sup>16</sup> e sono organizzazioni non istituzionali, gestiti da volontari, che elaborano metodi attraverso cui raccogliere e divulgare

---

<sup>13</sup> Camera dei deputati no. 3670. Proposta di Legge d'iniziativa del deputato Zaccagnini. “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico”. Presentata l'11 marzo 2016. [https://www.camera.it/\\_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf](https://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf) (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>14</sup> Una critica ai risultati del questionario è portata avanti da: Lauria, L. et. al., 2018, Methodological flaws in web surveys: Commentary to “Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey”. Letters to the Editor – Correspondence/*European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology* 226 (2018) 71-74.

<sup>15</sup> Link: [www.obstetricviolence-project.com](http://www.obstetricviolence-project.com) (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>16</sup> Gli OVO sono presenti, al momento, in: Argentina, Brasile, Uruguay, Colombia, Cile, Costa Rica, Italia, Francia, Spagna, Olanda, Grecia.

informazioni riguardanti la violenza ostetrica sia nella sua sfaccettatura locale, sia a livello internazionale. Ad esempio, OVOItalia ha partecipato alla campagna internazionale @WhatWomenWantHC<sup>17</sup>, intenta ad indagare i bisogni legati ai servizi di assistenza alla maternità e alle scelte riproduttive di donne e ragazze<sup>18</sup>. La collaborazione a tale progetto si deve ad uno dei concetti base di OVOItalia, ovvero che l'assistenza sanitaria è migliore se tiene in considerazione l'opinione di chi ne usufruisce<sup>19</sup>. Da questo principio ne conviene che l'ascolto delle esperienze del parto dal punto di vista delle donne partorienti sia di rilievo nella conformazione di un protocollo di assistenza alla nascita adeguato. OVOItalia ha collezionato testimonianze accumulate da un assunto di base, il considerare la partoriente alla stregua di un paziente intesa come "persona affetta da una malattia". Le esperienze raccolte da #bastatacere, in forma anonima e rese pubbliche tramite l'omonima pagina web di Facebook, raccontano di vari casi in cui le donne, al momento del parto, si sono sentite come "carne da macello", non ascoltate e soggette a pratiche invasive senza esserne avvertire. L'atto stesso di esprimere le proprie storie personali all'interno di una "rete semantica"<sup>20</sup> consente di intravedere i «significati personali, sociali e culturali» (Pizza, 2005: 194) che si riuniscono attorno alla violenza ostetrica. Queste narrazioni, oltre ad essere delle preziose testimonianze, ci dicono anche qualcos'altro; esse sono processi di produzione della conoscenza che reagiscono al bisogno di conferimento di senso avvertito dopo la crisi prodotta dalla violenza ostetrica.

Nella storia, la gravidanza è entrata a far parte della sfera di giurisdizione medica al fine di garantire una sicura riuscita della stessa. L'entrata nella dimensione medica ha, però, portato un cambiamento nel significato della gravidanza e delle pratiche ad essa correlate, fino ad arrivare a considerare la gravidanza come una patologia, al fine di essere in grado di prevenirne i rischi. L'eccessiva medicalizzazione e patologizzazione del parto è sottoposta a critica sia

---

<sup>17</sup>Link: <https://www.whatwomenwant.org/> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

Report:[https://static1.squarespace.com/static/5aa813dd3917ee6dd2a0e09e/t/5d1120ccdf7cbc0001b99c57/1561403606693/What-Women-Want\\_Global-Findings.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5aa813dd3917ee6dd2a0e09e/t/5d1120ccdf7cbc0001b99c57/1561403606693/What-Women-Want_Global-Findings.pdf) (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>18</sup> I risultati della campagna possono essere scaricati attraverso questa pagina web: <https://www.whatwomenwant.org/> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020)

<sup>19</sup> Per maggiori dettagli: *What Women Want: un anno dopo* (11 aprile 2019). <https://ovoitalia.wordpress.com/> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020)

<sup>20</sup> Il concetto di rete semantica (semantic network) è stato introdotto da Byron Good nella sua ricerca etnografica in Iran, nel 1977. Il termine indica «la rete delle parole, delle situazioni, dei sintomi e delle emozioni attraverso la quale il sofferente conferisce significato alla propria malattia» (Good, 1977:39-40).

dalle scienze sociali, sia dal femminismo (Antonelli 2016:270). Un argomento a supporto della critica contro questo modello è quello della riduzione della donna da soggetto ad oggetto d'intervento (ibid.). Le varie organizzazioni femministe portano avanti una critica alla reificazione della partoriente, rivalutandone la propria dignità. L'ordine del discorso, secondo Antonelli, è doppio, ovvero esso è formato da un lato da un carattere politico-culturale, e dall'altro di un carattere scientifico.

Il primo tipo è promosso dall'attività dei gruppi di attivisti, i quali collocano il parto ed i soggetti partecipanti in un'ottica politica, in quanto rivendicano diritti ed esigono misure risolutive. Soluzioni che mirano ad un cambiamento sociale del più ampio sistema entro cui s'inserisce la violenza ostetrica, un sistema discriminatorio caratterizzato da una gerarchia di potere che naturalizza stereotipi circa la figura femminile. Riconoscere la natura politica del modello biomedico della nascita rende possibile sottolineare le pratiche ed i concetti medici come legati a determinati risvolti storici e culturali.

In quanto al discorso scientifico, la ricerca di un'autorità esperta caratterizzata da una ricerca scientifica è sintomo di un bisogno di legittimazione che si lega al sistema medico. Le associazioni, gli OVO e gli attivisti recuperano e portano a sostegno delle loro tesi i dati forniti dalle associazioni scientifiche, come ad esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le linee guida sancite dall'OMS vengono ad essere prese come criteri per misurare il grado di violenza ostetrica (Antonelli, 2016). I vari collettivi e gruppi si offrono come reti di sostegno e fonte di informazione sulle varie tematiche legate al parto, stabilendosi come dei tramite tra gli enti mondiali ed i singoli individui. Questo supporto, spesso formato da membri appartenenti a diverse sfere di attività, legale, medica o sociale, si dimostra funzionale in quanto espressione di una collettività, una comunità in grado di veicolare un modello alternativo, o complementare, a quello proposto dai centri sanitari.

In tutto il mondo gli attivisti richiedono il rispetto per le donne e per i loro corpi, aspirano, come affermano Davis-Floyd e Sargent, ad un'«intenzionale cambiamento della cultura» (1997:12). Tale reazione ai modelli biomedici di trattamento della nascita si basa sulla scienza per la propria legittimazione, come dimostrano i vari riferimenti ai documenti dell'OMS. Come fanno notare Davis-Floyd e Sargent, «né loro né la loro controparte ortodossa contestano la scienza come il finale arbitro della verità» (ivi, p.22). Le decisioni prese per cercare delle eventuali soluzioni sono spinte da elementi «continuamente rielaborati nel corso dell'esperienza personale, [che] si strutturano tuttavia in un modello di spiegazione» (Kleinman in Pizza,



2005:192). La contraddizione di fondo che vede inserite le critiche alla violenza ostetrica all'interno, comunque, di discorsi di stampo biomedico e scientifico verrebbe meno nel momento in cui assumiamo che il modello esplicativo degli attivisti trova una sua logica nel processo di legittimazione; ovvero, affidandosi ai documenti dell'OMS gli attivisti trovano prove scientifiche con le quali autolegittimare le proprie posizioni. Utilizzando il concetto di efficacia, si potrebbe dire che l'efficacia dei movimenti degli attivisti risiede nell'«effetto di trasformazioni che tali azioni vogliono produrre» (Pizza, 2005:202).

### 1.3 Dall'alto: Il contributo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il ruolo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nello sviluppo del concetto di violenza ostetrica è di cruciale importanza. Infatti, l'OMS con le sue linee guida stabilisce, dal 1948, uno standard a livello globale al quale le istituzioni locali sono invitate a fare riferimento. Oltre ad essere una fonte di autorità per i sistemi sanitari locali, l'OMS ha prodotto dei documenti in grado di dare maggiore visibilità a tematiche oggetto di campagne sociali attuate da diversi movimenti sociali femministi. Un esempio è la percentuale dei parti cesarei ritenuta idonea per un paese, il cui superamento è considerato un fattore negativo, perché tale operazione chirurgica risulterebbe essere eccessivamente praticata, al di fuori delle situazioni che la necessitano. Al momento, il Brasile è in cima alla lista per essere uno dei paesi con un elevato tasso di cesarei, superando il limite imposto dall'OMS in una dichiarazione del 1985<sup>21</sup>. Nello stesso anno, sempre nel contesto brasiliano, l'OMS emanò un documento, *Tecnologia appropriata per la nascita*, noto anche come Dichiarazione di Fortaleza, nel quale sono state stilate delle raccomandazioni indirizzate ai sistemi sanitari, al fine di raggiungere una nascita adeguata. Sulla scia dei trattati internazionali si pone anche la Conferenza Internazionale di Nairobi sulla sicurezza del parto del 1987, il programma Safe Motherhood dell'1996 (OMS) e i vari studi dell'International Federation of Gynecologists and Obstetrics (FIGO). Queste iniziative internazionali hanno promulgato delle linee guida per lo svolgimento del parto e per il trattamento della donna. Nel 2014, l'OMS ha prodotto un documento riguardante *La*

---

<sup>21</sup> L'OMS «ha stabilito il tasso limite del 10-12% di cesari come soglia al di sopra della quale non si verifica una riduzione ulteriore dei rischi associati al parto» (Antonelli 2016:275-76).

*Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere.* Tale lavoro si inserisce nel dibattito internazionale sul diritto delle donne ad un'assistenza dignitosa.

Le raccomandazioni del 2018<sup>22</sup> sottolineano l'importanza della cura centrata sul soggetto donna, al fine di ottenere un'esperienza positiva. Le raccomandazioni esposte in questo documento sono principalmente quattro: rispettare l'assistenza alla maternità; promuovere un'efficace comunicazione tra lo staff e la partoriente, usando metodi semplici e culturalmente accettabili; promuovere la presenza di una figura di supporto durante il travaglio ed il parto; sostenere l'assistenza continuativa guidata da ostetrica<sup>23</sup>. La dichiarazione inoltre dimostra che lo scopo delle nuove misure non è solo quello di evitare complicazioni, bensì è anche quello di migliorare la qualità della cura. Le raccomandazioni dell'OMS sono intente a diminuire il tasso di mortalità materna e i fattori di rischio attribuiti alle complicanze che sorgono durante il travaglio, il parto o nell'immediato post partum. Nella dichiarazione si sottolinea come, a livello globale, una cura non dignitosa è particolarmente riservata alle popolazioni svantaggiate, violando in tal mondo i loro diritti umani e ostacolando l'accesso ad una cura adeguata (2018:8). Il documento, inoltre, mette in discussione l'approccio interventzionista, il quale rischia di urtare negativamente l'esperienza del parto. Tale approccio risulta nella svalutazione del ruolo e della capacità di azione della donna, influenzando negativamente l'esperienza del parto. Al centro dell'attenzione l'OMS pone quindi l'uso di tecnologie e pratiche che non risultano avere effetti benefici anche se radicati nella tradizione scientifica.

Un invito a riflettere sulla «dimensione corporea delle rappresentazioni “scientifiche”» (Pizza, 2005:46) è basato sul fatto che la conoscenza scientifica rimane, comunque sia, un'esperienza corporea. La memoria positivista, con le sue pretese di oggettività, ha fatto sì che si ritenesse il corpo e la propria soggettività alla stregua di ostacoli per l'acquisizione del sapere. Nel campo biomedico l'osservazione dell'altro può non essere efficace se l'osservatore non è in grado di «rispecchiarsi nel volto dell'altro, altrimenti la conseguenza è l'incomprensione o l'esercizio del dominio» (Pizza, 2005:48). Come dice Basaglia:

---

<sup>22</sup> WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018.

<sup>23</sup> Midwife-led continuity-of-care (MLCC) models.

«l'evidente carattere oggettuale di un tale tipo di rapporto interpersonale è, naturalmente, strettamente legato ai principi positivistici di una scienza che ha posto nell'uomo come oggetto la finalità della sua ricerca» (Basaglia 1981:429 in Pizza, 2005:51).

L'OMS dichiara che certe pratiche intrapartum, come l'offrire supporto emotivo durante il travaglio, una comunicazione efficace e una cura rispettosa, non sono considerate come priorità in molti ambienti. Ad ogni modo, sempre l'OMS sostiene che questi aspetti risultano essere essenziali per ottimizzare la qualità della cura offerta alla donna. Secondo l'OMS una esperienza positiva del parto è caratterizzata dalla salute della madre e del bambino; salute che non è solo ricavata da aspetti clinici ma è raggiunta anche attraverso l'efficacia di pratiche non cliniche (2018:13). Le raccomandazioni dell'OMS incontrano i requisiti clinici per una cura sicura e i bisogni psicologici ed emotivi delle persone coinvolte nel parto<sup>24</sup>. L'approccio perseguito è centrato sulla donna e sui diritti umani, in modo tale da offrire uno spazio sicuro per la partoriente, senza trascurare le norme sanitarie del sistema medico. L'OMS permette di rilevare le condotte che riproducono la violenza ostetrica a livello sanitario. L'Organizzazione si rivolge ad un pubblico internazionale, a ONG e ad istituzioni governative, permettendo così alle linee guida proposte di essere declinate localmente. Ciò concede spazio alla mobilitazione e alla discussione degli attivisti, come alla ricerca di nuovi standard all'interno del sistema sanitario.

Interessante è notare il rapporto tra l'autorità dell'OMS e le rivendicazioni degli attivisti. I risultati delle ricerche dei gruppi sociali sono basati su prove ed analisi prodotte dall'Organizzazione, la cui autorità scientifica è un caposaldo a cui le organizzazioni non governative si rivolgono quando necessitano di ribadire le proprie rivendicazioni, soprattutto in contesti istituzionali. La concettualizzazione della nascita sviluppata dai vari gruppi e movimenti, come ad esempio Improving Births, Nanay ed i vari Osservatori sulla Violenza Ostetrica, s'inserisce all'interno dei modelli proposti dall'OMS. Modelli che vengono ad essere utilizzati per i fini propri di tali gruppi, ovvero come fonte di autorità per supportare le proprie campagne e dare voce alle donne e ai loro diritti. Dico che è interessante perché non si assiste ad un ribaltamento di una normatività ma ad un suo miglioramento qualitativo. Anzi, la normatività e autorevolezza di alcune organizzazioni vengono ad essere prese ad esempio dai gruppi che mirano ad un cambiamento del trattamento della cura. Le associazioni di attivisti

---

<sup>24</sup> Link: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

sembrano prendere ad esempio le dichiarazioni dell'OMS, come misura di valore per le loro rivendicazioni. Ciò dimostra che la maggior parte dei gruppi non è indirizzata a sfidare la normatività del sistema che essi criticano. Si pongono, in un certo senso, su di una linea riformista e non rivoluzionaria, cercando di migliorare le pratiche di un sistema esistente, e non di negarlo in toto. Le critiche sono rivolte a determinati comportamenti che si attivano nei sistemi sanitari, non al sistema sanitario in sé. La violenza ostetrica non è posta come inerente ad un sistema sanitario di stampo biomedico, ma è parte di una storia di oppressione che vede le donne come soggetti discriminati.

La normatività messa in discussione non è quindi il sapere medico, infatti l'autorità dell'OMS come espressione di politiche sanitarie basate sull'evidenza scientifica è presa da esempio positivo. Ad essere sottoposto a critica è un certo tipo di trattamento riservato alle donne nel momento del parto che si giustifica in quanto parte di un sapere medico istituzionalizzato. Alcune affermazioni del Concilio sui Diritti Umani delle Nazioni Unite supportano il trattamento RMC (Respectful Maternity Care, rispettosa assistenza alla maternità)<sup>25</sup> e stabiliscono il dovere dello Stato di utilizzare ogni risorsa possibile per rispettare i diritti sessuali e riproduttivi delle donne.

«Il maltrattamento delle donne durante il parto è spesso dovuto ad esistenti norme sociali e in qualche contesto esso può essere considerato accettabile dal personale medico»<sup>26</sup> (OMS 2018:23).

Gli attivisti a supporto del parto tradizionale o di sistemi alternativi si sono rivolti all'OMS alla ricerca di una voce autorevole da cui attingere validazione. Ad ogni modo, l'elevazione dell'OMS a fonte di conoscenza autorevole alternativa è un fenomeno non privo di critiche (Jordan 1997:20). Il modello scientifico non è messo in discussione in sé, se ne criticano solo certe modalità di applicazione nei confronti delle gestanti. Le rivendicazioni s'inseriscono all'interno del discorso scientifico, appoggiandosi all'autorità dell'OMS, cercando di sfruttare le prove scientifiche dei vari documenti per adeguarli ai propri fini. Tale lavoro non cerca di ribaltare un sistema giudicato come malsano per le donne in condizioni di travaglio. Non

---

<sup>25</sup> Per maggiori approfondimenti: WHO (2018:23) BOX 3.1 Selected statements from the UN Human Rights Council indicating support of RMC (Source: United Nations, 2012:39).

<sup>26</sup> Traduzione personale.

uscendo dai confini di ciò che è ritenuto come violento in certe situazioni, il sistema medico non è messo in discussione, la sua normatività non è infranta.

## 2. Le dimensioni della violenza ostetrica

### 2.1 La violenza. Uno sguardo alla relazione fra antropologia e violenza

All'interno dei suoi lavori etnografici, la disciplina antropologica non si è sempre occupata direttamente di violenza. Ciò non significa che nei luoghi in cui i primi antropologi svolsero le proprie ricerche fossero assenti forme di violenza più o meno visibili. L'antropologia contemporanea, d'altronde, riflette sul tema della violenza e sulle modalità attraverso cui descriverla. I post-colonial studies e la diffusione dell'etica dei diritti umani hanno contribuito a sviluppare una critica nei confronti dell'antropologia stessa. Quest'ultima ha iniziato a prestare maggior attenzione all'incontro con l'altro, spesso reificato dall'antropologia, che si rese testimone e partecipe dei fenomeni violenti a causa della propria vicinanza e cooperazione al sistema coloniale. L'origine e il passato dell'antropologia sono inevitabilmente legati alle strutture coloniali, ma nel corso del suo sviluppo la disciplina si è volta criticamente a questo legame.

La scelta di parlare di violenza porta con sé non poche difficoltà, come ad esempio il rapporto tra discorso e potere, che per Taussig è un terreno fertile nel quale la violenza può insinuarsi, perfino nelle forme stesse della sua rappresentazione (Dei, 2005: pp.16-17). In seguito alla svolta riflessiva in antropologia, la relazione fra etnografo ed i suoi informatori è stata posta al centro di continue riflessioni, onde evitare di instaurare un legame eccessivamente squilibrato e dannoso. Nel campo dei Queer studies si è sviluppata una proposta di ricerca che vede come problematico il ruolo dell'antropologo nel momento in cui inizia a parlare "in nome" degli altri, e non, come tale proposta auspica, "con" loro. L'attenzione al posizionamento dello studioso che parla in nome delle persone o per loro ha portato allo sviluppo di metodologie etnografiche collaborative, per giungere a fare ricerca con i soggetti<sup>27</sup>. Il posizionamento degli antropologi è quindi un complesso negoziato di interessi, come afferma Fabio Dei (ivi, p.17). È necessario gettare luce sui rapporti che si creano sul campo di ricerca, in modo tale da evitare di generare forme di violenza. Spesso le relazioni tra più persone sono caratterizzate da forme di potere,

---

<sup>27</sup> Per maggiori approfondimenti: Jourian, T.J., Nicolazzo, Z. (2017) Bringing our communities to the research table: the liberatory potential of collaborative methodological practices alongside LGBTQ participants, *Educational Action Research*, 25:4, 594-609.

come dirò più avanti nel caso del rapporto tra medico e paziente. Comunque sia, la disciplina antropologica studia le esperienze personali e la matrice sociale nelle quale esse sono inserite in modo da indagare come le forze sociali vengono tradotte a livello individuale (Farmer, 2004:281). Il contributo dell'antropologia sta proprio nel mostrare, attraverso l'analisi delle cosiddette storie di vita, i significati che la violenza ricopre, le sue forme simboliche e strutturali che si attuano anche nella quotidianità (Dei, 2005).

Difatti, quotidianità e violenza sono due termini che pervadono le ricerche di Scheper-Hughes, la quale arriva a coniare il termine "continuum genocida" per intendere «la capacità umana di ridurre gli altri allo status di non persone» (Scheper-Hughes, 2005:285) che anticipa la manifestazione dei genocidi. L'antropologa statunitense propone il quadro concettuale del "continuum genocida" per riuscire a percepire il processo che permette all'anormalità di essere normalizzata, ovvero di essere integrata nello spettro di ciò che si considera normativo. In base a ciò, all'interno degli spazi normativi si conducono piccoli atti di violenza, non tanto evidenti ma autorizzati, che finiscono per normalizzare il comportamento violento verso gli altri. Scheper-Hughes riprende qui la teoria sulla violenza di Bourdieu, per la quale certe forme quotidiane di violenza si nascondono nelle pratiche sociali. L'analisi proposta da Scheper-Hughes prende in prestito anche il concetto di Erikson di "pseudo-speciazione", il quale indica la tendenza umana a classificare determinati individui come non del tutto umani. Questa caratteristica permetterebbe, quindi, di trasformare un individuo in un oggetto, di reificarlo e conseguentemente svalutarlo. Prendendo in prestito questo concetto per analizzare la violenza ostetrica, una somiglianza salta all'occhio, ovvero la metafora del corpo-macchina proposta dalla biomedicina e la riduzione di certi individui a non persone. Ciò permette in seguito forme di violenza che vengono ad essere normalizzate, in questo caso dal punto di vista istituzionale, in quanto esse accadono nell'ospedale. Tali forme di abuso deriverebbero quindi anche da una specifica forma di "pseudo-speciazione" protratta nei confronti delle donne partorienti.

Un altro autore che riflette sul tema della violenza è l'antropologo Arjun Appadurai, il quale pone le origini della violenza in modelli culturali in grado di plasmare le percezioni dei corpi e le pratiche quotidiane (Dei, 2005). Per cui, decifrare la sintassi della violenza vorrebbe dire porla in rapporto con le cosmologie locali. Lo sguardo si sposta qui sull'insieme delle norme simboliche di specifiche pratiche, governate da codici. Questo slittamento non intende dare un senso alla violenza e assolvere quindi gli atti considerati violenti, diversamente, il fine è quello

di capire tutto ciò che permette ad una pratica violenta di manifestarsi, il suo posizionamento in una cosmologia di pensiero che la riproduce materialmente.

«Political, economic, and institutional forces shape micro-interpersonal and emotional interactions in all kinds of ways by supporting or suppressing modes of feeling» (Bourgois, 2004:432).

Ciò che è interessante qui è l'attenzione alle "cosmologie locali", ovvero le modalità di pensiero di una comunità che strutturano ciò che è percepito come accettabile o meno. Se inseriamo le forme di violenza ostetrica all'interno della cosmologia medica potremmo capire le strutture di pensiero che la pongono in essere. Ad esempio, l'episiotomia di routine (diversamente da quella "selettiva", necessaria in certi casi), che recenti studi affermano non essere di beneficio<sup>28</sup>, è stata introdotta agli inizi del 1900 secondo delle teorie, oggi invalidate, secondo cui l'episiotomia poteva essere in grado di proteggere l'integrità della zona pelvica ed alleviare la pressione sulla testa fetale (Zaami et. al., 2019:1847).

Numerosi autori si sono dedicati a svelare i differenti volti che la violenza può, di volta in volta, avere. Dalle loro ricerche sono emersi termini utili per dare un nome a tutte quelle forme di violenza spesso nascoste e per muoversi all'interno di fenomeni complessi, come la violenza ostetrica. Bourgois, per esempio, distingue quattro tipi di violenza. Egli parla di violenza politica per indicare la violenza diretta ed il terrore protratti dalle autorità; la violenza strutturale risulta, invece, essere storicamente prodotta dall'intreccio di fattori politico-economici e da disuguaglianze sociali; mentre la violenza simbolica è definita da Bourdieu come forme di «umiliazioni e legittimazioni di ineguaglianza e gerarchia interiorizzati» (Bourgois, 2004:426)<sup>29</sup> e la violenza quotidiana è formata da pratiche ed espressioni giornaliere di violenza a livello interpersonale. Tuttavia, cosa s'intende per violenza? Da un punto di vista storico, il concetto moderno di "crudeltà" ha seguito un suo percorso particolare che rientra nella più ampia concezione secolare di cosa significa essere umani (Asad, 2005:183). Asad ricorda infatti come il significato di ciò che si concepisce per "trattamenti crudeli" sia contestualizzato storicamente e culturalmente. Soffermandosi sulla concezione del dolore, e dei nuovi tratti scandalosi che esso acquisisce nel tempo, Asad indaga i processi tramite cui certi tipi di sofferenza vengono considerati moralmente intollerabili. Il dolore, come spiega Pizza, opera

---

<sup>28</sup> Carroli, G. e Belizan, J. (2000) Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) CD000081.

<sup>29</sup> Traduzione personale.



sui «processi di incorporazione del mondo» (2005:110), ed in senso demartiniano<sup>30</sup>, mette in crisi la percezione del quotidiano. La “crisi della presenza” si attua nel momento in cui non si riesce a conferire senso alla realtà, e per questo si attivano dei processi simbolici atti ad evitare la perdita di sé (Combi, 2000:17). Asad conclude soffermandosi sul linguaggio odierno dei diritti umani che domina i discorsi sulla crudeltà in quanto la lotta giuridica è lo strumento più diffuso tramite cui si attua l’impegno morale.

Riassumendo, ho qui elencato alcuni concetti che, a mio avviso, possono essere utili nell’inquadrare il fenomeno della violenza ostetrica secondo una prospettiva antropologica che tenga conto del significato simbolico delle pratiche considerate violente, del significato contestualizzato di ciò che si intende per violenza in riferimento all’ambito ostetrico e del sistema più ampio entro cui si rende possibile la violenza ostetrica. Concetti quali “pseudo-speciazione” e “continuum genocida” possono essere adatti per indagare il valore simbolico delle forme di maltrattamento durante il travaglio ed il parto. Se la violenza ostetrica si manifesta solamente negli ambienti ospedalieri, privati e pubblici, dominati dal sistema medico-scientifico, quest’ultimo può essere portatore di un certo tipo di lessico, di una cosmologia che raffigura la donna e il parto in un modo tale da permettere risvolti percepiti violenti dagli individui. Premettendo che l’assunto medico si basa sul considerare il paziente un soggetto passivo e il dottore come colui in possesso dell’autorità e del controllo, l’esperienza del parto mette in crisi questa idea, e da questo incontro/scontro possono nascere momenti di violenza. Considerando che il lessico medico rappresenta i corpi attraverso la metafora della macchina, i pazienti risultano essere definiti in quanto macchine da aggiustare con l’aiuto del medico-meccanico. La gravidanza viene quindi ad essere rappresentata più come una patologia che come un evento fisiologico. A questa iscrizione nell’ambito della patologia, corrisponde un trattamento adeguato che cerca di controllare la buona riuscita delle nascite, diminuendo il tasso di mortalità del neonato e della donna. L’efficacia della biomedicina presenta però delle conseguenze, che nel trattamento del parto si rendono maggiormente visibili, a mio avviso, e quindi diventa più facile rintracciare gli elementi culturali di un evento fisiologico, non tanto per criticarli ma per eliminare quella patina che li rende naturali, normali e perciò esenti da contestazioni.

---

<sup>30</sup> Il concetto ripreso qui è quello di “crisi della presenza” di De Martino.

## 2.2 Il sistema medico. Il valore culturale delle rappresentazioni scientifiche

In questa parte vorrei soffermarmi sul linguaggio medico, specificando che, come ogni forma di linguaggio, anche quello medico porta con sé degli assunti. Questi ultimi, in specifici contesti, possono dar luogo a ciò che è stato definito come violenza ostetrica, non tanto perché la medicina è indirizzata a tal fine ma perché certe sue concezioni creano, in dati contesti già attraversati da più fattori discriminanti, delle forme di trattamento criticate dagli attivisti, dalle associazioni e dai singoli individui coinvolti. Tali forme durante il parto prendono il nome di violenza ostetrica. Quando mi riferisco a “linguaggio medico” intendo tutto l’insieme dei modi di sapere e di pensare inerenti alla comunità biomedica. Apro una breve parentesi; il relativismo linguistico ritiene che la lingua abbia il potere di plasmare il modo in cui le persone vedono il mondo. Secondo l’accezione più forte dell’ipotesi Sapir-Whorf la lingua riduce i modelli del pensiero della cultura a quelli della grammatica della lingua che si parla. Tale versione non può essere ritenuta valida perché solleva una serie di problemi sulla traducibilità delle lingue. La versione più debole di tale ipotesi rigetta il determinismo linguistico ma persiste nell’affermare che la lingua plasma il pensiero e la cultura. Se la lingua plasma il pensiero e la cultura, il linguaggio medico plasma il pensiero e le pratiche culturali ad esso associate. Quindi per rintracciare l’origine di una pratica o di un assunto, si deve prestare attenzione al linguaggio attraverso cui se ne parla.

A riflettere sul linguaggio medico è l’antropologa Emily Martin, la quale si concentra sul rapporto tra il discorso ed il potere. Nell’opera *The woman in the body*, Martin analizza il lessico medico e il suo impatto sul corpo, in particolare su quello delle donne. Le metafore usate dal modello scientifico per spiegare e trattare il corpo hanno ricadute pratiche che influiscono sul modo in cui il corpo viene ad essere pensato dalle persone, facenti parte del sistema sanitario e non. Martin afferma che la scienza riflette un immaginario che è più dannoso per le donne che per gli uomini, con le sue parole:

«We suggest that aspects of science might reflect a worldview that is less comfortable to women than to men, and so more easily strikes women questionable» (Martin, 2001:195).

Con questa asserzione la studiosa si sofferma sulle discriminazioni di genere inerenti alla società, e di conseguenza di tutti gli aspetti dell’esperienza umana, come la scienza e la medicina. La biomedicina è un sistema di pensiero, situato e concreto, la cui autorità è ben salda

e condivisa socialmente. L'analisi culturale delle rappresentazioni scientifiche dei corpi delle donne è fondamentale, secondo Martin, per parlare del modo in cui le donne si relazionano alle categorie culturali dominanti. All'interno degli ospedali, fin dal XVII e XVIII secolo, il corpo viene paragonato ad una macchina. Tale metafora della macchina e l'utilizzo di tecnologie popolano il sistema medico Occidentale. Sargent e Davis-Floyd nominano il sistema medico americano, "technomedicine" (tecnomedicina) per evidenziare un sistema sanitario caratterizzato dalla meccanizzazione del corpo, la reificazione del paziente, la gerarchia medica che attribuisce la conoscenza autorevole solo a colui il quale riesce a dominare la tecnologia (1997:8). Partendo dal presupposto che il corpo è un'espressione della società dalla quale penetrare nel presente, come afferma Duden (2006), il modo in cui il corpo è vissuto ed esperito può mostrare uno scorcio della realtà sociale. La storica Barbara Duden (1991 e 2006) sottolinea come il punto di vista privilegiato in molte società odierne sia lo sguardo scientifico, il quale dalla fine del XVIII secolo ha prodotto rappresentazioni e concetti del corpo segnati da "male bias", che hanno originato una realtà distorta attraverso l'autorità del pregiudizio maschile. L'oggettività della conoscenza scientifica è in realtà «identificata come un modo maschile di relazionarsi al mondo»<sup>31</sup> (Fee, 1981: 381), e quindi soggettivo, relativo. Martin suggerisce che il codice della scienza medica, tutt'altro che astratto, in realtà racconti una storia concreta, radicata in forme di gerarchia sociale e di controllo (2001:197). Le concezioni mediche riguardo ai corpi, alla spiegazione delle loro funzioni ed il linguaggio usato per esprimerle hanno influenzato l'immagine e l'esperienza di sé vissuta e percepita dalle donne (Duden, 2006: pp.81-82). Per esempio, una ricerca di Emily Martin prende in esame i modi in cui la biologia parla dell'ovulo e dello sperma avvalendosi degli stereotipi di genere dei ruoli maschili e femminili. La studiosa conclude dicendo che fare luce su questi tipi di metafore aiuta la scienza ad avere una miglior conoscenza della Natura, ed inoltre «li sottrarrà del loro potere di naturalizzare le nostre convenzioni sociali sul genere»<sup>32</sup> (Martin, 1991:501).

La percezione che un individuo ha di sé permette l'accettazione, o il rifiuto, di determinate pratiche dirette al corpo, così che certe abitudini vengono normalizzate, socializzate mentre altre sono scartate. Duden porta come esempio la visione del parto come «rischio» e la sua associazione allo slogan «sicurezza» che ha diffuso certi interventi, prima considerati

---

<sup>31</sup> Traduzione personale.

<sup>32</sup> Traduzione personale.

accettabili solo in condizioni eccezionali, rendendoli, in seguito, misure di routine (2006:122). Sempre concentrandosi sul lavoro di Duden, ci accorgiamo che:

«con l'effetto simbolico delle procedure ospedaliere inevitabilmente si cristallizzano, nelle donne incinte e nelle partorienti, comportamenti sociali che denotano un profondo senso di impotenza personale e, dunque, di necessaria dipendenza dalla medicina» (ibid.).

Duden parla di potere somatogeno, ovvero quella capacità propria della simbolica tecnica che sta nel plasmare il corpo (ivi, p.88) e per questo motivo la studiosa invita a concentrarci di più su ciò che la tecnica significa, rispetto a ciò che fa (ivi, p.91). Già precedentemente la studiosa si era dedicata all'analisi del potere simbolico della tecnica (Duden, 1994), riflettendo sul ruolo che essa riveste. Se, per un attimo, si considerassero tutti gli atti che formano la violenza ostetrica come fossero parte integrante di una tecnica, ci potremmo facilmente chiedere quali forme concettuali trasmettono con la propria messa in pratica. La «tecnica» della violenza ostetrica cosa ci dice? Innanzitutto, ci dice che la donna viene trattata come una paziente, bisognosa di interventi, mentre la conoscenza, il sapere validato, risiede nelle mani del medico. Inoltre, la donna attraversa un passaggio da soggetto ad oggetto, da corpo a macchina, le cui volontà e scelte passano nelle mani del medico, ritenuto l'unico in grado di procedere con le decisioni riguardanti la nascita. Il parto risulta quindi essere completamente medicalizzato e la gravidanza patologizzata. Il concetto di medicalizzazione è stato definito dalle analisi sociologiche ed antropologiche per illustrare tutti quei processi attraverso cui una determinata questione è trattata come un problema medico. La nozione è stata introdotta durante gli anni '50-'70, da allora il suo significato si è maggiormente sviluppato, grazie anche ad autori come Freidson, Conrad and Illich. Conrad dimostra come le ideologie mediche «have reset and controlled the borders of acceptable behavior, bodies, and states of being» (2007:13) e le forme di medicalizzazione hanno la «tendenza di trasformare il sociale nel biologico»<sup>33</sup> (Scheper-Hughes e Lock, 1987:10). Focalizzando l'attenzione solamente sul dato biologico, lo spazio sociale è spesso oscurato e, perciò, plausibili soluzioni sociali non vengono prese in considerazione. In aggiunta, il processo di medicalizzazione impone una certa dose di standardizzazione, il quale offusca l'elemento di variazione tra le persone (Christiæns e van Teijlingen, 2009:10). Applicato allo studio della nascita, il concetto di medicalizzazione è di aiuto agli studiosi in quanto offre degli strumenti analitici con cui osservare e descrivere «la

---

<sup>33</sup> Traduzione personale.

sostituzione graduale delle ostetriche<sup>34</sup> da parte dei medici come persone chiave nella cura prenatale»<sup>35</sup> (ivi, p.6) avvenuta durante il diciannovesimo e ventesimo secolo. La medicalizzazione del corpo femminile può essere interpretata come «la risposta della modernità alla necessità di controllo sociale sull'attività riproduttiva della donna» (Lombardi, 2010:2). Per analizzare questo processo il quadro concettuale della medicalizzazione non è sufficiente, deve essere affiancato da una prospettiva di genere che ne riveli le particolari sfaccettature. La dimensione di genere è importante nel caso della violenza ostetrica, perché ci mostra le supposizioni riguardanti la donna ed il suo ruolo nella società. La donna è pensata come più vicina alla natura, e tale dicotomia donna-natura permane nei rapporti che generano la violenza ostetrica e la conseguente relazione fra l'uomo e la cultura. Tale presupposto si associa all'idea della dominazione della natura da parte dell'uomo, e quindi ne risulta anche un modello di pensiero che consente il controllo della donna da parte della cultura, intesa qui come insieme di saperi, tecnica.

Martin, al fine di comprendere l'immagine che le donne hanno del proprio corpo, osserva il lessico della medicina e come essa si rapporta alla nascita. Durante il parto, come sottolineano la maggioranza dei casi di violenza ostetrica, la donna può avvertire sensazioni di mancanza di controllo, che per Martin è «un'esperienza di alienazione» (1987:82). Al momento della nascita la donna appare quindi scissa tra un corpo, del quale si occupa lo staff ospedaliero, e il sé, al quale non viene prestato attenzione. Questa frammentazione è particolare del modo di gestire la nascita che avviene nell'ambiente ospedaliero. L'alienazione, come in questo caso, è dovuta al trattamento medico della nascita e non è intrinseca dell'evento in sé. Questa esperienza produce anche un nuovo soggetto, la madre. L'ospedale in quanto istituzione produce tale soggetto, e tale produzione avviene secondo i valori e le idee della società, di cui l'istituzione ospedaliera ne è un'espressione. Le istituzioni, secondo Scheper-Hughes, sono «the 'softer' forms of social control, the gloved hand of the state» (2005:178). Secondo la teoria del soggetto, diventare soggetto, per l'appunto, è un'esperienza di sottomissione. Quale soggetto si crea attraverso l'atto violento, in special modo nel caso della violenza ostetrica? Non è una domanda

---

<sup>34</sup> Nel testo originale il termine è “midwives”.

<sup>35</sup> Traduzione personale.

a cui intendo dare una risposta, ma vorrei partire da essa per riflettere sull'effetto che la violenza produce nei confronti degli individui.

La narrazione dell'esperienza violenta può essere utile in questo caso per evidenziare il punto di vista degli individui e per capire come essi si relazionano con tale evento. Le storie delle donne, contenute nel report di #bastatacere, condividono esperienze di alienazione, di perdita di controllo, di non essere ascoltate e/o ben informate sulle possibilità di scelta, ed infine, la loro riduzione a mero oggetto. Parlare di violenza ostetrica permette di mostrare uno scorcio sulla dimensione politica del parto, lasciando emergere l'aspetto culturale della nascita stessa, ed apre uno spazio nel quale poter liberamente discutere di modelli e forme alternative di assistenza al parto, non per questo meno efficaci dell'esempio biomedico. Con le parole di Quattrocchi, «pratiche e saperi del parto sono infatti sempre conoscenze che hanno a che fare con il politico e con il pubblico» (2006:36).

Il continuum genocida, per Scheper-Hughes, prepara alla messa in pratica dei genocidi; cosa prepara alla violenza ostetrica? Se la consideriamo come espressione della violenza di genere, la violenza ostetrica potrebbe essere uno dei tanti frutti della discriminazione in base al genere. Tali discriminazioni sono inevitabilmente presenti nella biomedicina, dato il «carattere storico-culturale e non naturale degli assunti filosofici e scientifici» (Pizza, 2005:126) alla base del pensiero medico. Le forme di violenza ostetrica possono essere interpretate come espressione dello «stato di emergenza [il quale] occorre quando la violenza che è normalmente contenuta in quello spazio sociale, improvvisamente esplose in aperta violenza» (Scheper-Hughes 2005:177). La pseudo-speciazione è, in qualche modo, visibile anche all'interno dell'istituzione medica nel momento in cui i pazienti vengono ridotti ad oggetti, corpi, macchine da riparare. Tale meccanismo facilita la buona riuscita, l'efficacia, della biomedicina stessa che si concentra sul funzionamento anatomico e biologico degli individui. Questo sistema è sempre più reso possibile dall'economia dell'ospedale, dagli aspetti burocratici ed etico-legali che limitano le azioni del personale sanitario.

Comunque sia, l'assunto di fondo vede nelle donne gestanti dei pazienti, questa visione fa scattare la metafora del corpo-macchina ed associa l'evento del parto al trattamento medico, con le proprie tecnologie e gerarchie del sapere. La violenza ostetrica si mostra qui come un riflesso ed una conseguenza della metafora del corpo-macchina, della pseudo-speciazione che considera certi individui come non-umani, in questo caso corpi, oggetti da riparare. Il pensare a certe persone come non del tutto umani, rende possibile attivare una serie di processi che

portano anche ad atti considerati violenti. I riscontri emotivi e psicologici che un individuo può avere dopo determinati trattamenti sono, in certi casi, messi da parte e la buona riuscita del parto avviene quando si riesce ad ottenere un bambino sano ed una madre sana. Gli abusi, gli atteggiamenti discriminatori non vengono messi in discussione perché alla fine il parto è “riuscito”. La buona riuscita del parto si focalizza sul fine, tralasciando i mezzi, i quali possono avere degli effetti negativi e compromettere la salute psico-fisica della donna. Il riduzionismo biologico, il quale tende ad escludere i processi storici e relazionali, è una prospettiva culturale, teorica e politica, la quale «ci fornisce in realtà i modi per pensare [...] la nostra idea di persona, le relazioni intersoggettive, le categorie del femminile e del maschile» (Pizza, 2005:129). Come dimostrano varie associazioni, sempre più donne richiedono un maggior coinvolgimento al momento del parto. Anche se alcune ricerche dimostrano che questo tipo di richieste e rivendicazioni sono influenzate dalla posizione socioeconomica della donna e dal pensiero liberale. Le ineguaglianze sociali risultano essere connesse alle varie forme di organizzazione politico-sanitaria.

### 2.3 La produzione del sapere. Una riflessione attorno al concetto di “Authoritative Knowledge” di Brigitte Jordan

Gli albori dell’antropologia sono segnati da una netta presenza di studiosi maschi, ai quali, nelle varie società prese in analisi, certi eventi erano preclusi, come ad esempio il parto (McClain 1982). All’incirca dagli anni ’70 del Novecento in poi, quando sempre più donne entrarono a far parte della disciplina, le tematiche quali le usanze correlate al momento della nascita vennero ad essere maggiormente approfondite (Davis-Floyd e Sargent, 1997:2). L’assenza di etnografie sul parto non è solamente dovuta al genere dello studioso, è anche il prodotto della polarizzazione dell’attenzione, delle prime generazioni di antropologi americani, sui fenomeni sociali e culturali, pensati distaccati dai processi biologici (ivi, p.3). In realtà, la nascita è un processo sociale, il quale «costruisce e riflette contestate relazioni di potere e valori culturali»<sup>36</sup> (ivi, p.18) all’interno delle varie comunità. Con le parole delle due autrici:

---

<sup>36</sup> Traduzione personale.

«The cultural arena of birth serves as a microcosm in which the relationships between rapid technological progress and cultural values, normative behaviors, social organization, gender relations, and the political economy can be clearly viewed» (ivi, p.6).

La nascita è un evento al contempo biologico e culturale, ed il crescente interesse antropologico tende ad esplorare il parto come un sistema di conoscenza e di pratiche (Sargent,2004:225). Il lavoro di Brigitte Jordan, *La nascita in quattro culture* (1978), ha avuto un grande impatto nell'influenzare la ricerca antropologica sul tema del parto. Con il suo concetto di "authoritative knowledge" (conoscenza autorevole) ci fornisce una prospettiva con la quale indagare i modi attraverso cui l'autorità è socialmente costruita e mantenuta. L'approccio biosociale di Jordan cerca di essere di sostegno ad una prospettiva che lavori per identificare l'intreccio tra biologia e cultura. A tal fine, Jordan analizza il parto, e la sua gestione, come parte di un sistema con una propria logica interna, comparabile ad altri sistemi (Davis-Floyd e Sargent, 1997). Il concetto di conoscenza autorevole, ovvero «la conoscenza manifestata intersoggettivamente sulla base della quale vengono prese le decisioni ed avviate le iniziative»<sup>37</sup> (ivi, p.18), aiuta a chiarire il legame tra il controllo della tecnologia e la gerarchia delle relazioni, nonché a porre luce sulla spartizione del potere nelle istituzioni (ivi, p.21). Jordan mostra come in una situazione può esistere più di un dominio di conoscenza, alcuni dei quali sono eletti come superiori rispetto ad altri a causa della loro efficacia nello spiegare lo stato del mondo oppure grazie alla loro associazione con una più forte base di potere, o entrambe (Jordan in Davis-Floyd e Sargent, 1997:56). Una conseguenza diretta dell'eleggere una conoscenza come migliore di un'altra è la svalutazione di altri tipi di saperi. Sta di fatto che la conoscenza, per quanto autorevole, è un processo in continuo mutamento, fatto di negoziazioni e legato alle relazioni di potere. Questo processo fa sì che i partecipanti a tale sistema di conoscenza arrivino a «vedere il corrente ordine sociale come un ordine naturale, ossia, il modo in cui (ovviamente) vanno le cose»<sup>38</sup> (ibid.). Accettare lo stato delle cose come "naturale" è dovuto al fatto che il pensiero degli attori sociali è «costruito secondo le strutture cognitive che sono emesse dalle strutture stesse del mondo» (Bourdieu e Wacquant, 2004: 272). Ad esempio, l'ordine maschile s'impone come auto evidente, scontato proprio perché è talmente radicato da non necessitare giustificazioni (ivi, p.273). Nel caso delle strutture di dominazione, esse sono il prodotto di

---

<sup>37</sup> Traduzione personale.

<sup>38</sup> Traduzione personale.



storici processi di riproduzione, messi in atto dagli attori sociali e dalle istituzioni (Bourdieu, 2001:34), in modo tale che:

«The dominated apply categories constructed from the point of view of the dominant to the relations of domination, thus making them appear as natural» (ivi, p.35).

L'effetto della dominazione simbolica è esercitato attraverso le azioni e le percezioni che costituiscono l'habitus, e tale forza simbolica è esercitata sui corpi (ivi, pp. 37-38.). Gli atti di riconoscimento del confine tra dominatore e dominato «contribuiscono alla loro stessa dominazione grazie alla tacita accettazione dei limiti imposti, spesso prendono le forme di emozioni corporee» (Bourdieu, 2001:38) quali vergogna, umiliazione, colpa. Sensazioni che sono solitamente presenti nei racconti di chi parla di esperienze di violenza ostetrica.

Una serie di eventi ha portato storicamente la professione medica ad occupare una posizione di autorità culturale (cultural authority). Questo concetto è definito da Starr come «la probabilità che particolari definizioni di realtà e giudizi sul significato e sul valore prevarranno come validi e veri»<sup>39</sup> (Starr, 1982: pp. 13-15). Secondo Bourdieu, il processo tramite cui l'autorità di un sistema di conoscenza viene ad essere percepito come naturale, e non socialmente costruito, è denominato "misrecognition" (mancato riconoscimento). Quest'ultimo termine vuole esprimere il riconoscimento di quel tipo di violenza che è esercitata in un modo così preciso che non viene percepita come violenza (Bourdieu e Wacquant, 2004:272).

«Ogni potere di violenza simbolica, cioè ogni potere che riesce a imporre dei significati e a imporli come legittimi dissimulando i rapporti di forza su cui si basa la sua forza, aggiunge la propria forza, cioè una forza specificamente simbolica, a questi rapporti di forza» (Bourdieu e Passeron 1972:44).

La conoscenza autorevole mantiene e perpetua le definizioni di moralità di un dato gruppo, è un sapere considerato legittimo. Jordan si chiede il perché della mancata legittimità del sapere delle donne gestanti, sapere incentrato nelle mani del sistema medico. Uno dei motivi, ci dice, è l'appropriazione e l'utilizzo della tecnologia durante il parto. La tecnologia rimane pur sempre socialmente situata, come ci dimostra Jordan. Ad essa viene dato significato attraverso l'interazione sociale, possiede valore simbolico ed esprime il potere e lo status di chi la utilizza (Jordan, 1997:65). La conoscenza medica delegittima altre potenziali informazioni, come l'esperienza della donna in questione (ivi, 72). Il sapere sul parto, prima dell'avvento della

---

<sup>39</sup> Traduzione personale.

moderna medicina, era affidato alla donna e alla levatrice (midwife), la quale guidava il parto. Prima di far rientrare a far parte del sapere medico, il parto rientrava nelle mani della figura femminile della levatrice. Varie ricerche sul trattamento del parto si concentrano sullo slittamento da una sfera femminile ad una maschile, in quanto la professione medica era inizialmente riservata ai soli uomini. Tale cambiamento è stato letto come un'ulteriore volontà di controllo maschile esercitata sul corpo delle donne. Fino a produrre, in certi contesti, il desiderio di riportare il parto nelle mani delle donne, nelle midwife, nelle ostetriche. Ciò dimostra quanto la «questione della femminilità diventa un terreno di lotta, una questione di rapporti di forza» (Pizza, 2005:232). Utilizzando strategicamente le discriminazioni tese ad associare la donna con la natura ed il ruolo riproduttivo, i gruppi sociali che invocano un'ascesa di un'ostetricia tutta al femminile argomentato le proprie teorie riappropriandosi e riproducendo lo stereotipo della donna associato al ruolo riproduttivo, di madre. La professione dell'ostetrica è attraversata da una storia complessa che, in base al contesto, si organizza in diverse modalità.

Trevathan discute sull'origine evolutiva dello slittamento della conoscenza autorevole dalla gestante alla figura di sostegno. La dipendenza della donna in travaglio per una figura di aiuto può avere un significato evolutivo, ma la natura di tale dipendenza è, comunque sia, «radicata in circostanze sociopolitiche» (Trevathan, 1997:86). Questa breve parentesi evolutiva dimostra la varietà di ipotesi interpretative riguardo la custodia della conoscenza autorevole al momento della nascita. La conoscenza autorevole è uno strumento utile per indagare la violenza ostetrica. L'accesso alla conoscenza, la questione della scelta, della responsabilità legale sono alcuni dei molti fattori che caratterizzano il contesto ospedaliero. A quale livello si pone la conoscenza del proprio corpo da parte della donna in travaglio? Può essa convivere con la conoscenza medica? Gli studi di genere possono qui gettare luce sulla relazione tra medico e gestante, mostrando i pregiudizi che ne stanno alla base, perché come dice Cahill, «doctor-patient interactions are themselves constructions of existing gender orders» (2000:334).

La pretesa di veridicità ed oggettività del sistema medico accresce lo status dei suoi membri, che alimenta a sua volta la legittimità, la superiorità delle loro pratiche e saperi. All'interno del sistema medico vi è un'asimmetria nella conoscenza, tra lo staff medico ed i pazienti. Per ridurre questa disparità, Begley e colleghi propongono il processo decisionale condiviso, o “shared decision-making”, che non si tratta meramente di consenso informato ma di una formulazione, da parte del medico, della questione in una sorta di dialogo che permetta al paziente di essere capace di prendere una decisione ponderata. In ogni caso, tale processo

funziona solo grazie alla volontà della figura con maggior potere nella relazione, quindi quella del dottore, facendo persistere l'asimmetria di partenza. Gli articolati rapporti fra medico e paziente rientrano all'interno del campo biomedico. L'antropologo medico Giovanni Pizza parla specificatamente di campo biomedico per intendere «uno spazio sociale [...] regolato da rapporti di forza entro i quali operano gli agenti» (Pizza, 2005:145). Ogni atto all'interno nel campo biomedico è svolto all'interno di rapporti di forza complessi, ma ciò non esclude lo svilupparsi di cambiamenti all'interno degli assetti egemonici interni alla biomedicina (ivi, p.147). Per esempio, un nuovo paradigma associato al parto è quello del “parto umanizzato”, legato all'umanizzazione della biomedicina. La retorica dell'umanizzazione rischia, però, di focalizzarsi sui temi dell'empatia e della comunicazione, tralasciando il fatto che il problema «risiede nei modi di riproduzione sociale della conoscenza e della prassi medica» (ivi, p.247). Da un lato la nozione di “umanizzazione” può collegarsi al mito paternalistico del “medico umano” (ivi, p.248), dall'altro il concetto di “umanità” può essere utile per immaginare una riconfigurazione della dicotomia mente/corpo (ivi, p.249). Si parla di umanità anche all'interno dell'ambito della cura che, a livello antropologico, si definisce come ogni tecnica dell'ascolto basata «sulla consapevolezza dell'impossibilità di separare nel gesto l'aspetto tecnico da quello simbolico [...] e sulla dimensione emozionale e politica che questa relazione comporta» (ivi, p.229). Per questo Pizza parla dell'“arte di toccare” che riguarda l'“umanità” delle relazioni, riferendosi poi all'osservazione di Remotti<sup>40</sup> secondo cui l'umanità è uno specifico prodotto culturale, non un dato naturale ma frutto di un processo di naturalizzazione (ivi, p.230).

---

<sup>40</sup> Per approfondimenti: Remotti, F. (a cura di) (1999) *Forme di umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*. Paravia-Scriptorium, Torino.

### 3. La valenza simbolica della violenza ostetrica

#### 3.1 La qualità rituale della violenza ostetrica: i riti producono persone

Il rito nella tradizione antropologica ha occupato un posto di rilievo, soprattutto con le ricerche di van Gennep, il quale descrive la struttura tripartita dei riti (Fabietti, 2011). Ogni rito, secondo la sua tesi, è distinto in tre fasi con specifici rituali correlati, tali fasi sono le seguenti: la separazione degli individui dal loro stato sociale; un periodo di transizione; l'aggregazione con la società per la prima volta con un nuovo status. La fase liminale, di transizione o di margine, consente di attenuare il carattere traumatico del passaggio dalla fase iniziale, di distacco, a quella finale, nella quale avviene l'incorporazione in una differente categoria sociale, caratterizzata dall'acquisizione di un nuovo status sociale. Lo studio del rituale consente di evidenziare gli aspetti meno visibili della struttura sociale, che consente agli attori sociali di fabbricare gli elementi cruciali della percezione che hanno della loro vita comunitaria. In seguito, Turner nota come i riti di passaggio non chiamano direttamente in causa i rapporti tra i membri della comunità, essi infatti evidenziano i principi della struttura sociale mediante l'uso di simboli. In sintesi, il rito è una modalità culturale che organizza la realtà di un gruppo, è una pratica sociale ripetitiva composta da una sequenza di attività simboliche. Il rito è separato dalla routine sociale della vita quotidiana e aderisce ad uno schema rituale culturalmente definito e caratteristico. L'azione rituale si collega ad uno specifico insieme di idee spesso codificate in un mito. Lo scopo per il quale si compie un rituale guida il modo in cui queste idee vengono selezionate e messe simbolicamente in pratica. Ciò che conferisce potere ai rituali è il fatto che coloro che li eseguono asseriscono di essere autorizzati a farlo da una entità al di fuori di loro. Occorre considerare il modo in cui si compie il rito perché attraverso l'esecuzione rituale, le idee di una cultura si concretizzano. Il rito si connette ad una verità auto evidente, il rituale stabilisce ciò che dovrebbe essere, il suo compito consiste esplicitamente nel mantenere lo status quo.

Il rito di passaggio ha il compito di marcare il passaggio, la trasformazione di un individuo da una posizione sociale all'altra. Si comincia il rito essendo un certo tipo di persona e lo si termina dopo la trasformazione in altro, diventando un altro individuo, con specifici ruoli connessi. Il rito di passaggio è tale quando è caratterizzato da una serie di rituali atti a guidare un individuo,

o un gruppo, da uno stato sociale all'altro; effettuando in tal modo delle trasformazioni sia a livello della società, la percezione che essa ha dell'individuo, sia a livello personale, dell'individuo stesso (van Gennep 1966; Turner 1967).

Un lavoro cruciale che si sofferma sul valore rituale del parto, nel contesto americano degli anni '90, è l'analisi dell'antropologa Davis-Floyd confluita nel testo *Birth as an American Rite of Passage*, pubblicato nel 1992. Prendendo in considerazione quest'opera, mi soffermerò sulla valenza rituale della violenza ostetrica. Davis-Floyd ha eseguito le sue ricerche in America, in un contesto ospedaliero, in cui il parto è svolto secondo il modello biomedico. Entro questa situazione, la studiosa dimostra come le procedure standard messe in atto durante il parto «lavorano per trasmettere efficacemente i valori fondamentali della società Americana alla partorientente»<sup>41</sup> (Davis-Floyd, 2003:39). Un rituale è un'attuazione simbolica e ripetitiva di un valore culturale, cui primario scopo è la trasformazione, per questo motivo è un potente strumento di socializzazione (ivi, pp.44-45). Il simbolismo del rituale funziona, come mostra Davis-Floyd, attraverso l'invio di messaggi che sono presentati simbolicamente, e non attraverso una comunicazione verbale, a tutti i presenti, siano essi gli esecutori, gli osservatori o i destinatari (ivi, p.45). Il simbolo può essere un oggetto, un'idea o un'azione caricata con un determinato significato, con le parole di Geertz esso può essere «ogni oggetto, atto, avvenimento, qualità, o rapporto che serve da veicolo per un concetto» (1987:141). Il messaggio che esso veicola viene incorporato dagli individui, operando in modo tale da far «allineare il sistema di credenze dell'individuo con quello del gruppo sociale che conduce il rituale» (Davis-Floyd, 2003:45-46). In questo modo, il rituale ricopre una doppia funzione, quella di preservare il sistema di pensiero del gruppo e quella di continuare a trasmetterlo, salvaguardando così lo status quo (ivi, p.50). A trasmettere i valori sociali condivisi, però, sono le persone che ricoprono posizioni di potere e controllo, i quali rinforzano la propria importanza e quella del sistema di pensiero che assicura loro una posizione di autorità (ibid.)<sup>42</sup>.

I rituali provengono dal sistema di pensiero del gruppo che li applica, quindi, i messaggi simbolici riprodotti nei riti sono espressione di un valore di fondo della società (ivi, p.46). È in tal modo possibile che il rituale «conduca direttamente ad una profonda comprensione di quel

---

<sup>41</sup> Traduzione personale.

<sup>42</sup> A tal proposito vengono citati da Davis-Floyd: Burns e Laughlin (1979:264).

sistema di pensiero»<sup>43</sup> (ibid.), alla sua “matrice cognitiva” (cognitive matrix). Davis-Floyd afferma che i riti prodotti durante la nascita ospedaliera rivelano avere come propria matrice cognitiva il modello tecnocratico della realtà, che è alla base della biomedicina e della società americana (ibid.). Le procedure ostetriche di routine hanno anche il compito di organizzare la nascita in modo tale da farla rientrare in categorie cognitive accettabili, per i soggetti interessati e per il personale sanitario (ivi, p.48). Le pratiche ostetriche si modellano in quanto:

«razionali risposte rituali alla paura che la nostra società tecnocratica ha nei confronti dei processi naturali, dai quali ancora dipende per la sua sopravvivenza»<sup>44</sup> (ivi, p.40).

Difatti, esse sono pensate in grado di trasformare gli imprevedibili ed incontrollabili processi del parto in un qualcosa di controllabile che consolida il pensiero della società americana circa la superiorità della tecnologia sulla natura (ibid.). Qui, però si annida il rischio di associare il parto, e di conseguenza la donna, alla natura, rinforzando la dicotomia natura/cultura e gli stereotipi di genere che delegano la donna alla sfera della natura, e l'uomo a quella della cultura<sup>45</sup>.

Ritornando al rito di passaggio, esso è innanzitutto un processo tramite il quale si trasmettono i valori culturali della comunità. Un simile processo ha delle proprie norme e modelli da seguire; in simil modo, la gestione del parto secondo il sistema biomedico segue una struttura ben organizzata, guidata da certi standard prefissati. In questo modo è possibile affermare che il trattamento della nascita, nel sistema biomedico, si configura come un rituale, con le proprie norme e, nello specifico, come un rito di passaggio, nel momento in cui l'individuo sottostà ad una trasformazione di status (nella maggioranza dei casi), da donna a donna-madre. Con questa premessa, gli atti di violenza ostetrica possono essere letti come facenti parte di un rito, e quindi caratterizzati da una carica simbolica. Il che non esclude la loro manifestazione corporea e verbale sulla persona in sé; parlare della valenza simbolica della violenza ostetrica significa gettare luce sugli aspetti “nascosti” delle pratiche, ciò non toglie la loro carica effettiva diretta

---

<sup>43</sup> Traduzione personale.

<sup>44</sup> Traduzione personale.

<sup>45</sup> Per maggiori approfondimenti sul tema: Brubaker, S. J. e Dillaway, H. E. (2009) *Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences*.

ai corpi. Oltre a preservare e trasmettere dati valori ed assunti di un gruppo sociale, i riti hanno anche la funzione di produrre dei nuovi soggetti, attraverso l'acquisizione di un nuovo status.

Riguardo alla nascita nel contesto ospedaliero, l'ospedale, in quanto istituzione, genera il soggetto madre, e l'eventuale altro genitore, dopo che la donna ha attraversato una sorta di rito di passaggio. Entra nell'ospedale in quanto individuo e viene separata dal resto della sua comunità (fase di separazione) anche se spesso può essere accompagnata da un individuo con cui sostiene un legame affettivo ed emotivo. Nella seguente fase di transizione, la donna acquisisce lo status di corpo-macchina, considerando che l'efficacia della biomedicina consiste nel prestare maggior attenzione al paziente in quanto corpo biologico. In questo periodo liminale, la donna attraversa quindi un processo di pseudo-speciazione, secondo il concetto di Erikson, nel quale viene trattata come una non-persona, ed è in questa fase che la donna può subire atti di violenza ostetrica. Alla fine, durante terza fase di aggregazione con la società, la donna ottiene un nuovo status sociale, quello di madre.

Considerandola come un rito di passaggio, la violenza ostetrica si rende visibile come meccanismo tramite cui certi valori della società vengono imposti ai suoi membri. L'ospedale, in quanto istituzione e quindi espressione della società, trasmette i suoi assunti direttamente sui corpi delle donne. La violenza ostetrica si configura come un meccanismo tramite il quale emerge la matrice cognitiva alla base della società. Matrice che si manifesta come segni sui corpi e come stereotipi incorporati. Nel contesto ospedaliero, le donne durante il parto sfidano la metafora del corpo-macchina e le pratiche violente sono rivolte a produrre un nuovo soggetto, quello di madre, secondo gli assunti dell'istituzione medica. I corpi delle donne in travaglio mettono in crisi l'assunto medico secondo cui il paziente è un oggetto passivo ed il dottore è colui che detiene il controllo. Per questo motivo la violenza ostetrica può essere letta come un insieme di atti che formano un rituale, nel senso che essa ripristina una situazione conforme alla cosmologia medica, facendo tornare il potere ed il controllo nelle mani del medico, finendo col produrre nel soggetto donna una trasformazione che la rende madre. Tale passaggio è scandito da pratiche che impongono al corpo una data visione del mondo. Visione che è stabilita e riprodotta all'interno dell'ospedale e della biomedicina, le quali sono specifiche espressioni della struttura della società. La violenza ostetrica si delinea qui come una forma di potere disciplinare, che controlla e produce dei soggetti.

Nel suo lavoro, Davis-Floyd descrive passo per passo tutti i passaggi del parto come atto rituale, come ad esempio l'episiotomia<sup>46</sup> di routine e l'utilizzo privilegiato della posizione litotomica<sup>47</sup>. La combinazione dei due elementi, l'episiotomia e la posizione litotomica (sul lettino) con i piedi nelle staffe, comporta per la donna elevate possibilità di avere lacerazioni perineali durante il parto (Davis-Floyd, 2003:135) ma ciò nonostante, esse sono lo stesso eseguite regolarmente. Nuovi studi scientifici hanno dimostrato che l'utilizzo di episiotomie non è giustificato<sup>48</sup> salvo in casi di emergenza, anche se le cosiddette episiotomie di routine non sono state ancora del tutto abolite. Esaminando il significato rituale delle episiotomie di routine, Davis-Floyd suggerisce come esse possano svolgere la stessa valenza simbolica dell'elemento di mutilazione dell'iniziato nel rito di passaggio. Attraverso le episiotomie, i dottori, essendo i rappresentanti della società, sono in grado di "scomporre" una parte del corpo della donna, la vagina, e di «ricostruirla in conformità con le nostre credenze culturali e il sistema di valore»<sup>49</sup> (Davis-Floyd, 2003:136). Inoltre, l'episiotomia rinforza il messaggio che i corpi, in special modo quelli femminili, sono difettosi e devono essere quindi dipendenti della tecnologia biomedica, che nel frattempo si legittima trasformando la nascita in una procedura chirurgica (ibid.). In alcuni casi, per ricucire le lacerazioni o le episiotomie, il medico può eseguire qualche punto di sutura in più del necessario per restringere i genitali della donna, in modo tale da incrementare il piacere sessuale del partner, per questo viene denominato "the husband's stich". Questo atto è una forma di violazione sessuale nei confronti della donna, il cui corpo viene ad essere sessualmente oggettificato (Kukura, 2018: 736).

Il secondo esempio descrive la posizione litotomica, la quale è funzionale al personale medico perché favorisce una facile osservazione dei genitali femminili. Numerosi studi dimostrano, però, come essa comporti degli effetti negativi per la gestante e per il parto, ciò nonostante

---

<sup>46</sup> Con il termine episiotomia si indica una «incisione chirurgica dell'orifizio vulvare, nel corso del parto. È praticata per evitare pericolose lacerazioni spontanee dei tessuti. Si esegue, a tutto spessore, sul contorno posteriore dell'orifizio vulvare, sulla linea mediana o, lateralmente, mono o bilateralmente. Dopo il parto, l'incisione viene suturata (episiiorrafia)» (Treccani, enciclopedia online: <http://www.treccani.it/enciclopedia/episiotomia/>) (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>47</sup> «La posizione litotomica comporta il posizionamento dei piedi di un individuo sopra o allo stesso livello dei fianchi (spesso nelle staffe), con il perineo posizionato sul bordo di un lettino» (Wikipedia: [https://it.wikipedia.org/wiki/Posizione\\_litotomica](https://it.wikipedia.org/wiki/Posizione_litotomica)) (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>48</sup> A tal proposito ne parlano Diniz, S. G. e Chacham, A. S. (2004) "The Cut Above" and "The Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil.

<sup>49</sup> Traduzione personale.



viene praticata con regolarità. Nei casi in cui essa viene imposta e non si sostiene il diritto delle donne alla scelta della posizione, nei casi ove ciò è possibile, si mette in atto la violenza ostetrica. La critica alla violenza ostetrica, inserita in un più ampio contesto mondiale di movimenti femministi, tende a mettere in crisi certe pratiche ormai ritenute normali all'interno del campo biomedico. Le idee e le pratiche riguardanti il parto sono storicamente prodotte, ma in certi casi vengono ad essere naturalizzate e viste come "normali", proprio attraverso il processo di ripetizione generato dal rito, dal carattere rituale con cui viene gestito il parto.

Anche Taussig dimostra come la medicina clinica sia responsabile di un «processo di reificazione attraverso cui relazioni umane, persone ed esperienze vengono oggettivate come cose in sé» (Quaranta, 2006: XIV). Per questo motivo si rivela necessario l'approccio "archeologico" proposto da Taussig, secondo il quale l'antropologo dovrebbe svelare «cosa si nasconde dietro l'ideologia medica, giungendo così a demistificare le sue costruzioni» (ivi, p. XIV). D'altro canto, come afferma Allan Young, anche il sapere antropologico è socialmente costruito e non ha direttamente accesso ai fatti demistificati (ivi, p. XIV), ai quali aspira invece l'approccio di Taussig.

### 3.2 Le narrazioni riguardanti la violenza ostetrica

La definizione di agency proposta da Ahearn, ovvero la «capacità socioculturalmente mediata di agire» (2011:112) torna qui utile per guardare alle modalità attraverso cui le donne rispondono alle esperienze di violenza ostetrica. La creazione di nuovi soggetti da parte dell'istituzione ospedaliera non determina la conseguente identità individuale. Il processo di formazione del sé è modellato da personali pratiche e tecnologie tramite cui «gli individui fabbricano attivamente le proprie identità» (McNay, 2000: 9). McNay a questo proposito cita l'idea foucaultiana di "tecnologie del sé" (technologies of the self), che dimostra quanto i processi di dominazione possono essere contrastati da un «self-conscious stylization of the self» (ibid.), uno sviluppo attivo della propria identità. Sempre secondo McNay, la «narrazione è il mezzo privilegiato per questo processo di formazione del sé»<sup>50</sup> (ivi, p.27).

---

<sup>50</sup> Traduzione personale.

In che modo la violenza ostetrica viene descritta da chi la subisce? Come queste esperienze vengono narrate e gestite dalle donne? Se la violenza ostetrica, nella sua accezione di rito di passaggio, crea dei nuovi individui attraverso una sottomissione a certi valori culturali della società, qual è il punto di vista dei soggetti coinvolti? Le denunce di violenza ostetrica possono essere interpretate come una forma di protesta, un modo per esprimere il disagio sociale, anche avvalendosi di studi scientifici che sostengono approcci al parto alternativi. Le accuse contro la violenza ostetrica si avvalgono di un lessico medico, dato che esso si è costituito nel tempo come sistema di pensiero dominante. Le narrazioni delle donne sottoposte alla violenza ostetrica sono strumenti tramite cui esse possono in qualche modo resistere al sistema discriminatorio da cui nasce la violenza ostetrica. I racconti personali contestualizzano eventi significativi, e nel farlo contribuiscono «alla comprensione dell'esperienza individuale come parte delle ampie relazioni sociali e valori culturali»<sup>51</sup> (Steffen, 1997:99).

«The fusion of biographical and historical horizons is not merely a way of understanding one's situation; it is, more immediately, a strategy of actively coping with it. In translating my suffering into the suffering of my people, *I* is transformed into *we*» (Jackson 2010: 140)<sup>52</sup>.

La sofferenza personale può essere trasformata in sofferenza intersoggettiva tramite l'atto stesso di narrazione. L'atto pratico di raccontare la propria storia, la propria esperienza è uno strumento efficace per scopi terapeutici, nel creare solidarietà e dare controllo, potere all'individuo che narra. L'esperienza struttura l'espressione e, allo stesso modo, l'espressione plasma l'esperienza; l'esperienza è sì socialmente prodotta, ma è anche attiva nel produrre significati, cultura (Quaranta, 2006: XVIII). Nel parlare, sottoforma di narrative personali, delle proprie esperienze di frammentazione e alienazione, quest'ultime vengono sostituite da un senso di maggior coerenza (Steffen, 1997:105). La storia può diventare così un modello di esperienze passate e future, in modo tale da contribuire all'organizzazione della vita sociale (ivi, p. 106). Dei parla dello sforzo delle persone di ricostruire un senso, attraverso la messa in moto di una "memoria traumatica" cui studio può mostrare le rappresentazioni simboliche e le pratiche rituali indotte dagli individui per conferire nuovamente un senso al loro presente (Dei,

---

<sup>51</sup> Traduzione personale.

<sup>52</sup> Jackson, M., 2010, *Myths/Histories/Lives*. In *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Good, B. J., Oxford, Wiley-Blackwell Publishing: 137-142

2005). In ogni caso, bisogna procedere con cautela nell'analisi dei racconti di testimonianza perché essi vanno considerati da un lato, nella loro natura performativa, e dall'altro, nel loro intreccio con i repertori narrativi e i codici culturali già esistenti (Dei, 2005). Se consideriamo le donne, e nello specifico le donne vittime di violenza ostetrica, come appartenenti ad un gruppo di persone oppresse, ci torna utile l'analisi di Kilomba, secondo cui i gruppi di persone oppresse sono come costretti, per farsi sentire, a parlare in un modo tale da inquadrare le «idee nel linguaggio che è familiare e confortevole per il gruppo dominante»<sup>53</sup> (Collins 2000: VII, in Kilomba 2010:35). Come già detto nel capitolo precedente<sup>54</sup>, l'esperienza di alienazione è comune a molte narrazioni di violenza ostetrica. Se il processo di alienazione estrae dalla donna il lavoro ed il sapere del parto, a chi appartiene il suo lavoro? (Hunter e Hurst: 20:58-59). Chi è il “padrone del lavoro”? Quest'ultimo concetto, il “padrone” si ricollega al concetto di autorità sul parto e sull'esperienza della donna (ibid.).

Nello specifico caso italiano sono state raccolte varie testimonianze anonime che raccontano l'esperienza di alcune partorienti e di qualche operatore sanitario che hanno subito o assistito a pratiche di violenza ostetrica. Questi casi, sottoforma di fotografie raffiguranti brevi testi scritti a mano su fogli di carta, al computer o con lo smartphone, sono stati pubblicati sulla pagina Facebook di *Basta tacere: le madri hanno una voce*<sup>55</sup>, a seguito dell'iniziativa #bastatacere svoltasi sul socialnetwork nel 2016. Ne ho qui scelte tre per mostrare degli esempi di narrative riportate da alcune persone che hanno direttamente subito dei maltrattamenti durante il parto.

Prima testimonianza:

«Non mi sento ancora pronta a mettere nero su bianco le mie tre esperienze, nonostante siano già passati due anni dall'ultimo parto. Ultimo parto che mi ha portato oltre ad una costola rotta, una diastasi del bacino, a dovermi rivolgere ad uno psicologo x<sup>56</sup> superare il trauma, ma voglio ringraziarvi perché da quando ho scoperto questa pagina ho capito che non sono sola, e che c'è qualcuno come me che pensa di essere stata abusata dalla strafortezza del personale medico

---

<sup>53</sup> Traduzione personale.

<sup>54</sup> Vedi: capitolo 2, paragrafo 2.3

<sup>55</sup> <https://www.facebook.com/bastatacere/> (Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>56</sup> Il simbolo “x” è qui usato per indicare la preposizione “per”.

(ostetrica e gine<sup>57</sup>) e privata delle gioie del parto. Grazie a chi ha creato questa pagina e grazie a tutte le donne che stanno avendo la forza di raccontare»<sup>58</sup>.

#### Seconda testimonianza:

«Sono passati sette anni dal mio primo parto. Ricordo ancora quelle quattro induzioni che non funzionavano, il terrore del non avere nessuno a mio fianco, le continue visite fatte senza delicatezza e l'aver dovuto per forza partorire in posizione sdraiata. Ho subito un'episiotomia fatta senza chiedermi il permesso e mio figlio è nato sotto la spinta dell'ossitocina chimica in tre spinte e con una clavicola rotta. Questo parto medicalizzato e il travaglio irrispettoso hanno provocato problemi nell'avvio dell'allattamento»<sup>59</sup>.

#### Terza testimonianza:

«Dopo ore di stimolazione e sofferenza senza dilatazione, ho implorato un taglio cesareo. Mi è stato risposto che se non ero pronta a soffrire non sarei stata una buona madre»<sup>60</sup>.

Da questi esempi possiamo trarre alcune riflessioni. Nel primo caso si fa riferimento al senso di solitudine che viene interrotto nel momento in cui la donna viene a conoscenza di altre esperienze simili. Una sorta di comunità, di persone che hanno passato lo stesso eventi subendo anche loro dei maltrattamenti. I tratti della violenza ostetrica si ritrovano anche nella seconda esperienza (le visite «senza delicatezza», l'obbligo della posizione litotomica, l'episiotomia senza consenso della donna). In questo caso, successivi problemi post-partum, come difficoltà nell'allattamento, sono ricondotti al travaglio e al parto. La terza testimonianza dimostra di un particolare modo di rivolgersi alla donna che fa leva sul concetto del dolore, della vergogna e dell'essere una "buona madre". Il concetto di vergogna è stato affrontato in modo sistematico da Shabot e Korem, ed è proprio al loro lavoro che mi vorrei collegare. In *Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence* (2018), le due studiose affermano che la vergogna riveste un ruolo fondamentale nel perpetuare la violenza ostetrica. Shabot e Korem

---

<sup>57</sup> L'abbreviazione "gine" sta per "ginecologo/a".

<sup>58</sup> <https://www.facebook.com/bastatacere/photos/a.262879314047244/267724580229384/?type=3&theater>  
(Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>59</sup> <https://www.facebook.com/bastatacere/photos/a.262879314047244/264656507202858/?type=3&theater>  
(Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

<sup>60</sup> <https://www.facebook.com/bastatacere/photos/a.262879314047244/266230837045425/?type=3&theater>  
(Ultimo accesso: 23 gennaio 2020).

basano la loro analisi sul lavoro di Sandra Bartky e la sua analisi della “vergogna dell’oppresso” (Bartky, 1990:97), secondo cui le persone oppresse percepiscono una «vergogna pervasiva, un prodotto del continuo e persistente disciplinamento dei loro sé incorporati da diverse forme dell’oppressione strutturale»<sup>61</sup> (Shabot e Korem, 2018:385). Il senso di umiliazione delle donne è presente anche al di fuori del travaglio, all’interno della società patriarcale, infatti, la vergogna è parte integrante della femminilità (ibid.). Le vittime di violenza ostetrica possono fare esperienza di una “doppia vergogna” (doubled shame), una vergogna che emerge dall’essere trasformate in oggetti<sup>62</sup> e una seconda vergogna di non essere all’altezza della “giusta” femminilità (ivi, p. 389). Durante il travaglio, il senso di vergogna si origina dal trattare i corpi delle donne come corpi disfunzionali e dalla tendenza a riferirsi alla donna come futura madre da cui ci si aspetta un “buon senso materno” (Shabot e Korem, 2018:385). Gli stereotipi riguardo l’essere una “buona” madre silenziano e disciplinano le donne nel momento in cui si traducono in espressioni<sup>63</sup> che esprimono la convinzione che qualunque cosa succeda durante il parto sia insignificante (ivi, p. 392). Ciò comporta la creazione di una gerarchia di importanza, che vede le donne occupare lo scalino più basso (ivi, p. 393). Il fatto che il dolore e la sofferenza siano esperiti come parte integrante del parto, ed esso sia visto come un evento di routine, alimenta la formazione di un pensiero che non riconosce le esperienze violente delle gestanti (ivi, p.392). Il concetto di altruismo è fondamentale all’interno della costruzione dell’“ideale di femminilità”; nella pratica, l’incorporazione di questo ideale influenza le percezioni ritenute ottimali per il parto in modo che le donne arrivano perfino a sottostare all’obbedienza del medico, e/o a sottoporsi ad esperienze di dolore che vengono ad essere identificate attraverso la lente del “sacrificio materno” (Malacrida and Boulton 2012). Riassumendo con le parole di Shabot e Korem:

«having already internalized shame-inducing myths of socially accepted femininity and “good motherhood”, women are primed to experience obstetric violence as a normal part of being a noble woman and all-giving mother» (2018:394).

---

<sup>61</sup> Traduzione personale.

<sup>62</sup> Qui Shabot e Korem citano i lavori di Wolf 2013; Cohen Shabot 2016; Sadler et. al. 2016

<sup>63</sup> Shabot e Korem prendono ad esempio l’espressione “you should be grateful” (dovresti essere grata) oppure “all that matters is that the baby is fine” (tutto ciò che importa è che il/la bambino/a stia bene).

### 3.3. Il corpo come metafora per esprimere un disagio

Centro delle pratiche di violenza ostetrica è il corpo, ed è dal corpo che si strutturano le esperienze. Il corpo non è solamente «oggetto del processo di plasmazione culturale, esso è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze» (Quaranta, 2006: XVIII). A concentrarsi sul corpo come elemento fondamentale attraverso cui riflettere sulle pratiche e concezioni sociali sono Scheper-Hughes e Lock, due antropologhe affermate nel campo dell'antropologia medica. Scheper-Hughes e Lock descrivono l'antropologia medica come una disciplina che ha per oggetto di analisi la conoscenza riguardante il corpo, la salute e la malattia, e come essa «viene costruita, negoziata e rinegoziata culturalmente in un processo dinamico attraverso il tempo e lo spazio» (2006:151). Le due studiose si pongono sulla linea di un'antropologia medica critico-interpretativa, la quale intende mostrare gli usi sociali, politici e individuali con cui le concezioni metaforiche sul corpo sono applicate nella pratica (ivi, p.153). Questo approccio teoretico è utile al fine di rivelare il ruolo svolto dal potere e dalla conoscenza nella creazione del corpo individuale (ivi, p.186). Secondo questo modello di analisi la conoscenza medica risiede nelle pratiche e da esse ne risulta modificata (ibid.). Il sapere della medicina clinica è basato sull'opposizione tra spirito e materia, tra mente e corpo (ivi, p.155). Tale dicotomia è il lascito che Descartes ha offerto alle scienze, naturali e sociali, che si traduce in una concezione meccanicistica del corpo e delle sue funzioni (ivi, p.157). Scheper-Hughes e Lock invitano a sospendere la dicotomia mente/corpo originata dal pensiero cartesiano ed assunto come fundamenta per la biomedicina (1987: pp.6-7). La dicotomia mente/corpo è legata al modello di produzione capitalista, all'interno del quale il lavoro manuale e quello mentale sono separati entro una gerarchia ben precisa (ivi, p.22). Il lavoro umano così alienato, secondo la definizione marxista, si riflette di conseguenza nell'immagine del corpo (body image) (ibid.).

«L'immagine del corpo si riferisce alle rappresentazioni collettive e idiosincratiche che un individuo elabora sul corpo nelle sue relazioni con l'ambiente» (Scheper-Hughes e Lock, 2006:167).

La metafora del corpo-macchina, secondo le autrici, è utilizzata anche dalle persone nella descrizione dei sintomi o degli stati fisiologici, ma la sua naturalezza nasconde la sua vera essenza di costruito sociale (Scheper-Hughes e Lock, 1987:23). Le relazioni sottostanti alle metafore ed alle rappresentazioni collettive di ciò che è naturale e ciò che è culturale riguardano il potere ed il controllo (ibid.). L'immagine del corpo fa parte di tutte quelle percezioni

etnoanatomiche da cui si possono ricavare le varie informazioni sui significati sociali e culturali dell'essere umano (Scheper-Hughes e Lock, 2006:169). Le autrici propongono di considerare il corpo come «un artefatto simultaneamente fisico e simbolico, come naturalmente e culturalmente prodotto, e come saldamente ancorato in un particolare momento storico»<sup>64</sup> (Scheper-Hughes e Lock, 1987:7).

Procedendo secondo tre livelli di analisi, le autrici delineano “tre corpi” distinti ma correlati tra loro, il corpo individuale, il corpo sociale ed il corpo politico. Il primo, il corpo individuale, è da intendere come esperienza del corpo cosciente (Scheper-Hughes e Lock, 2006: 154). Il corpo sociale si riferisce agli usi rappresentativi del corpo in quanto simbolo con il quale pensare la natura e la società<sup>65</sup>. (ibid.). Infine, il terzo livello di analisi è il corpo politico che riguarda il controllo dei corpi (ibid.). Sempre in linea col concetto dei “tre corpi” proposto da Lock e Scheper-Hughes, è possibile dire che «il corpo che soffre, allora, diviene metafora del disagiato rapporto fra sé e società, mettendo in luce l'intreccio profondo fra esperienza personale, simbologie sociali e processi politici» (Quaranta, 2006: XX). Secondo le due autrici un'antropologia che s'interessa alle relazioni tra il corpo e il corpo politico si occuperà anche del controllo delle popolazioni, della sessualità e della riproduzione (Scheper-Hughes e Lock, 1987:27). Tale antropologia avrà anche a che vedere con una teoria delle emozioni perché esse influenzano il modo in cui il corpo e le esperienze di dolore ad esso associato vengono ad essere esperiti (ivi, p.28). Per questo motivo le autrici suggeriscono che le emozioni fungono da anello mancante che collega la mente, il corpo, l'individuo, la società e il corpo politico (ivi, pp. 28-29). Le emozioni sono uno strumento tramite cui il corpo e tutte le sensazioni ad esso associato vengono sperimentate e, in secondo luogo, «proiettati in immagini del corpo sociale e del corpo politico più o meno funzionanti» (Scheper-Hughes e Lock, 2006:182). Per questo le due autrici si riferiscono alle emozioni come “catalizzatore” in grado di convertire la conoscenza in comprensione umana, fino a spingere verso l'azione sociale (ivi, p.183). Scheper-Hughes e Lock dimostrano, tramite esempi etnografici, che quando il senso di ordine sociale è minacciato il confine tra l'individuale ed il politico si confonde e si assiste ad una «forte preoccupazione

---

<sup>64</sup> Traduzione personale.

<sup>65</sup> Le due autrici fanno qui riferimento a Douglas, M. (1970) *Natural Symbols*. New York: Vintage.

riguardo le questioni di purità rituale e sessuale, spesso espresse nella sorveglianza sui confini sociali e corporei»<sup>66</sup> (ivi, p.24.). In altre parole:

«Cultures are disciplines that provide codes and social scripts for the domestication of the individual body in conformity to the needs of the social and political order» (ivi, p.26).

Anche la medicina svolge la funzione di generare corpi “docili” per lo Stato (ibid.). La diffusione di nuove diagnosi ha avuto come conseguenza una limitazione della definizione del “normale”, lo sguardo medicalizzante della biomedicina ha contribuito così alla formazione di una maggioranza “anormale” (ibid.). Il processo di medicalizzazione implica «una mancata identificazione tra i corpi individuale e sociale e una tendenza a trasformare il sociale nel biologico» (Sheper-Hughes e Lock, 2006:158). Per esempio, la distinzione tra “disease” e “illness” concepita per distinguere la visione biomedica della malattia (“disease”) dall’esperienza soggettiva che il paziente vive del malessere (“illness”) ha prodotto come conseguenza una medicalizzazione e individualizzazione della dimensione soggettiva del disagio umano, invece di essere politicizzata e collettivizzata (ibid.). Seguendo tale approccio, il legame tra ordine politico e sociale e l’aspetto del disagio fisico emerge attraverso il corpo (ivi, p.185). Il paradigma dell’incorporazione è capace di cogliere le forze sociali, prestando attenzione anche all’aspetto economico-politico e alle soggettività degli individui (Quaranta, 2006: XX).

Nel caso specifico della violenza ostetrica, essa facilita l’emergere di tale legame proprio attraverso gli atti violenti diretti al corpo della gestante. Il corpo individuale si delinea come un terreno sul quale «vengono messe in scena le verità e le contraddizioni sociali, come anche luogo di resistenza, creatività e lotta personale e sociale» (ivi, p.186). Come scrive Foucault nel primo volume de *Histoire de la sexualité* (1976) a partire dal XVIII secolo il potere politico ricopre sempre più spazio/posto «nella gestione della vita in nome del benessere della popolazione» (Rose, 2008: pp. 84-85). Al fine di intervenire sui problemi le autorità politiche, oltre a gestire la vita degli individui, hanno iniziato a trasformare le vite in sapere, in informazioni (ibid.). Nell’analisi di Rose il termine “biopolitica” si riferisce alle strategie messe in atto «sulla forma e il livello desiderabili degli interventi necessari, sul tipo di sapere, i regimi di autorità e le pratiche di intervento auspicabili» (2008:87). Le forme attraverso cui le donne possono accettare, mettere in discussione o rifiutare l’ideologia dominante, legata ai momenti

---

<sup>66</sup> Traduzione personale.



della loro vita, sono degli esempi che mostrano la relazione complessa fra i tre corpi (Scheper-Hughes e Lock, 2006:185). Il corpo è spesso utilizzato come metafora per esprimere un disagio (ivi. P. 183); nel caso dei “nervios”, esaminato dalle due studiose, il corpo comunica l’intenzionalità di negoziare delle relazioni di potere (ivi, p. 185). Si potrebbe dire lo stesso del corpo luogo di violenza ostetrica? Il corpo sottoposto alla violenza ostetrica potrebbe essere anche una metafora per concepire una forma di protesta contro un sistema oppressivo? Le rivendicazioni di abusi e maltrattamenti al momento del parto e del travaglio, che vengono racchiusi nel termine di violenza ostetrica per meglio affrontare il fenomeno, sono spesso una protesta contro una gestione del parto che tiene poco in considerazione le volontà e l’integrità psico-fisica della donna gestante. La protesta legata al modo di trattare la donna al momento del parto si collega però anche ad una critica sociale intenta a sensibilizzare la società ai maltrattamenti subiti dalle donne. La critica alla violenza ostetrica si connette alla più ampia protesta contro la violenza e discriminazione di genere; l’esperienza del parto segnato da atti di violenza ostetrica diviene, quindi, per molte donne un momento di riflessione sui loro corpi, sui loro diritti e sulla loro, spesso negata, autorità. Considerando le donne vittima di violenza ostetrica come facenti parte di un gruppo di persone oppresse, è possibile collegarsi alle riflessioni di Kilomba sulla loro capacità di parlare, in quanto atto rivolto a produrre sapere, conoscenza. L’autrice parla della produzione del sapere all’interno dell’accademia, ma il suo discorso può essere ampliato anche in altre istituzioni, come per esempio negli ospedali. Nel suo lavoro, Kilomba riprende l’analisi di Spivak che s’interrogava sulla capacità di parlare del subalterno, non dell’atto in sé ma della difficoltà di parlare all’interno di un regime repressivo di colonialismo e razzismo. Kilomba continua mostrando che le persone oppresse sono state sistematicamente squalificate come conoscenza non valida oppure sono state rappresentate da chi non era colpito dall’oppressione, ma ne era invece l’artefice. Se le persone che subiscono oppressione non hanno controllo sulle strutture di potere, la formazione della loro prospettiva rimane assente (Kilomba 2010).

## Conclusione

Il fenomeno della violenza ostetrica riassume in sé diverse problematiche: la riduzione a oggetto, inteso come corpo biologico, dell'individuo all'interno del sapere biomedico; la violenza nei confronti delle donne come un'espressione dell'oppressione e discriminazione sistematica cui sono soggette; una politica istituzionale interessata alla costruzione di un nuovo soggetto disciplinato al ruolo di "buona madre". In questo mio elaborato ho affrontato l'analisi della violenza ostetrica avvalendomi di diverse prospettive teoretiche fornite da diverse studiose come Jordan, ed il suo concetto di "authoritative knowledge", Scheper-Hughes e Lock, con la nozione di "continuum genocida" e i "tre corpi", e con le riflessioni attorno al corpo femminile proposte da Martin e Duden. Altre nozioni fondamentali sono state sviluppate da Shabot, con la sua riflessione sul ruolo della vergogna nel perpetuare la violenza ostetrica, e i vari lavori di Davis-Floyd e Sargent sul tema del parto. Questi concetti sono stati utili nel definire un quadro concettuale entro cui leggere le varie condizioni che danno luogo alla violenza ostetrica. Abbiamo visto le sue manifestazioni legislative e le rivendicazioni dei vari gruppi sociali, sia a livello locale con la stesura delle prime leggi contro la violenza ostetrica e con le specifiche campagne mediatiche, sia a livello globale con la creazione di una rete di Osservatori sulla violenza ostetrica e la pubblicazione di documenti diretti a diminuire gli abusi e a far rispettare i diritti della madre e del bambino emanati dall'OMS. Definire la violenza ostetrica non è un'azione semplice, in quanto essa si pone all'interno di un continuum di fenomeni violenti, maltrattamenti e abusi che si possono verificare in modalità diverse a seconda del contesto. Comunque sia, essa si delinea in quanto operante all'interno delle istituzioni ospedaliere nelle quali la nascita è gestita secondo un modello biomedico, tecnomedico secondo Davis-Floyd. Per questa ragione ho preso in analisi il linguaggio e la produzione del sapere biomedico, che in quanto espressione di uno specifico sistema culturale non è esente da "bias" che possono influenzare i modi in cui la nascita viene ad essere trattata. Essendo la violenza ostetrica diretta ai corpi delle donne, durante il travaglio e/o il parto, ho deciso di aprire uno spazio nel quale riflettere sul corpo in quanto mediato dall'azione sociale, ovvero dei sistemi simbolici (Combi, 2000:59).

Ciò che ho cercato di mostrare, all'interno di questa tesi, è che la violenza ostetrica non può essere distaccata dal sistema sociale e culturale in cui opera. Secondo Combi, l'antropologo ha come maggior interesse le condizioni sociali alla base della creazione dei simbolismi, ovvero a

ciò che sta alla base del collettivo (2000:29). Considerandola come un fenomeno culturale, la violenza ostetrica può essere definita come un sistema di significato interpretabile secondo il pensiero di una società. Se quest'ultimo riduce ad oggetto il corpo della donna, di conseguenza, ogni atto diretto nei suoi confronti non terrà in conto dell'individualità della persona, dei suoi diritti ad avere un miglior trattamento che vadano di pari passo alla buona riuscita della nascita e alla riduzione della mortalità neonatale. Come alternativa al modello di nascita proposto dalla medicina clinica sono nati, nel corso degli anni, diversi movimenti per ottenere un parto più "naturale", "umano" rispetto al parto "medicalizzato". Questa distinzione pone nuovamente al centro del dibattito la dicotomia natura/cultura che può essere d'intralcio ad una comprensione della nascita che tenga conto di essa in quanto simultaneamente evento biologico e culturale. Da questa concezione della nascita, come fenomeno bio-culturale, è possibile delineare un quadro che tenga in maggior considerazione gli aspetti culturali, come l'utilizzo di tecnologie, il sistema di linguaggio, di pensiero che sta alla base della gestione della nascita, che possono intervenire sull'evento biologico in sé. Nell'incontro di questi due aspetti c'è anche la violenza ostetrica che si modella in quanto espressione culturale di gestione della nascita e legata perciò all'evento biologico del parto in quanto tale. Non è possibile parlare di violenza ostetrica senza riflettere sulla discriminazione di genere cui gli individui sono sottoposti. Le costruzioni culturali che definiscono rigidamente ciò che rientra nella sfera del maschile e nella sfera del femminile, che, oltre ad escludere tutte quelle soggettività che non si ritrovano né nell'una, né nell'altra categoria, sono anche responsabili di radicare nel genere aspettative e ruoli sociali conformi agli individui. Tali costruzioni sono spesso responsabili della produzione di fenomeni violenti, come la violenza ostetrica, che si attuano e si perpetuano senza essere messi in discussione, in quanto "normali", auto evidenti. È la banalità di certe situazioni che rinforzano il loro riprodursi; mettere in discussione i vari assunti fondamentali che reggono certe pratiche e conoscenze è, perciò, un modo possibile per evitare la riproduzione di fenomeni che possono svilupparsi come violenti. Lo studio dell'antropologia può aiutare nel fare ciò, in quanto non si tratta solamente dello studio dell'oggetto preso in analisi, di acquisire conoscenza fine a sé stessa; l'antropologia si definisce nel suo essere in grado di aprire «i nostri occhi e le nostre menti ad altre possibilità di essere» (Ingold 2008, 82).

## Bibliografia

Ahearn, L. M., 2001, Language and Agency. *Annual Review of Anthropology* 30:109–137.

Antonelli, F., 2016, La violenza ostetrica: ipotesi interpretative su una categoria in ascesa. In *Autonomie locali e servizi sociali* (ISSN 0392-2278) Fascicolo 2, settembre 2016, Il Mulino – Rivisteweb.

Asad, T., 2005, Tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti. In *Antropologia della violenza*, Dei, F., (a cura di). Meltemi editore: 183-213.

Bartky, S. L., 1990, Shame and gender. In *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*, New York, Routledge.

Basaglia, F., 1981, Scritti. II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Einaudi, Torino.

Begley, K. et. al., 2019, Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journals of Evaluation in Clinical Practice*, 1-8, published by John Wiley & Sons Ltd.

Bohren M., et al., 2015, The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6):1–32.

Bourdieu, P., 2001, Masculine Domination. Stanford University Press (ed. or., *La domination masculine*. Editions du Seuil, 1998).

Bourdieu, P., Passeron, J. C., 1972, La riproduzione. Elementi per una teoria del sistema scolastico. Guaraldi editore (ed. or., La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement. Les Editions de Minuit, Paris, 1970).

Bourdieu, P., Wacquant, L., 2004, Symbolic Violence. In *Violence in War and Peace*. Scheper-Hughes, N., Bourgois, P., (a cura di), Blackwell Publishing: 272-274.

Bourgois, P., 2004, The Continuum of Violence in War and Peace: Post-Cold War Lessons from El Salvador. In: *Violence in War and Peace*. Scheper-Hughes, N., Bourgois, P., (a cura di), Blackwell Publishing: 425-434.

Bowser, D., Hill, K., 2010, Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. In *Report of a Landscape Analysis*. Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co.

Brubaker, S. J., Dillaway, H. E., 2009, Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. In *Sociology Compass* 3/1: 31-48, Journal Compilation, Blackwell Publishing Ltd.

Cahill, H. A., 2000, Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. Blackwell Science Ltd (2001), *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342.

Camacaro Cuevas, M., 2010, La Obstetricia Develada: Otra Mirada desde el Género. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

Caroli, G. e Belizan, J., 2000, Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev, (2) CD000081.

Christiæns, W. and van Teijlingen, E. R., 2009, Four Meanings of Medicalization: Childbirth as a Case of Study. In *Salute e Società* 8(2): 123-141.

Collins, P. H., 2000, *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.

Combi, M., 2000, *Corpo e tecnologie. Simbolismi, rappresentazioni e immaginari*. Meltemi editore.

Conrad, P., 2007, *Medicalization – Context, Characteristics, and Changes. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, Johns Hopkins University Press. 3-19.

Davis-Floyd, R. E., Sargent, C. F., 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.

Davis-Floyd, R. E. et. al., 2009, *Birth Models That Work*. University of California Press.

Davis-Floyd, R. E., 2003, (1992) *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.

De Martino, E., 2007, (1973) *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. Bollati Boringhieri editore.

Dei, F., 2005, (a cura di), *Antropologia della violenza*. Meltemi editore.

Diniz, S. G., Chacham, A. S., 2004, "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. In *Reproductive Health Matters*, 12(23): 100-110.

Donna & Donna, Come affrontare la violenza ostetrica. Il Giornale delle Ostetriche, Anno XXVI, No. 105, Aprile 2019. SEAO Edizioni, ROC 10531.

Duden, B., 1994, Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita. Bollati Boringhieri editore (ed. or., Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Luchterhand Literaturverlag GmbH, 1991).

Duden, B., 2006, I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne. Bollati Boringhieri editore (ed. or., Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Offizin-Verlag, 2002).

Fabietti, U., 2011, Storia dell'antropologia. Zanichelli, Bologna.

Farmer, P., 2004, On Suffering and Structural Violence: A View from Below. In *Violence in War and Peace*. Scheper-Hughes, N., Bourgois, P., (a cura di), Blackwell Publishing: 281-289.

Fee, E., 1981, Is feminism a threat to scientific objectivity? In *International Journal of Womens Studies*. Sep-Oct;4(4): 378-92.

Foucault, M., 1978, La volontà di sapere. Storia della sessualità I. Feltrinelli, Milano (ed. or., Histoire de la sexualité, I. La volonté de savoir. Gallimard, Paris, 1976).

Freedman, L. P., Kruk, M. E., 2014, Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, Vol. 384.

Freedman L. P., et al., 2014, Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, Dec 1;92(12):915–917.

Geertz, C., 1987, *Interpretazione di Culture*. Bologna: Il Mulino (ed. or., *The interpretation of cultures*, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1973).

Good, B. J., 1977, The Hearth of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, I, pp. 25-58.

Good, B. J. et. al., 2010, *A Reader in Medical Anthropology. Theroretical Trajectories, Emergent Realities*. Wiley-Blackwell.

Hunter, C. A, Hurst, A., 2016, *Understanding Doulas and Childbirth. Women, Love, and Advocacy*. Palgrave Macmillan, New York.

Ingold, T., 2008, Anthropology is Not Ethnography. *Proceedings of the British Academy*, 154: 69–92.

Jackson, M., 2010, Myths/Histories/Lives. In *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Good, B. J., Oxford, Wiley-Blackwell Publishing: 137-142.



Jordan, B., 1997, Authoritative Knowledge and Its Construction. In *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd, R. E, Sargent, C. F. (a cura di), University California Press: 55-79.

Kilomba, G., 2010 (2008) Can the Subaltern Speak? In *Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism*. Unrast Verlag.

Kukura, E., 2018, Obstetric Violence. *The Georgetown Law Journal*, Vol. 106:721.

Landau, I., 2010, Violence and postmodernism: A conceptual analysis. *Reason Papers*, 32, 67–73.

Lauria, L. et. al., 2018, Methodological flaws in web surveys: Commentary to “Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey”. *Letters to the Editor – Correspondence/European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology* 226, 71-74.

Lombardi, L., 2010, Medicalizzazione del corpo e potere della medicina: questioni di genere? *Il Giornata di Studi GDG*, “Questioni sul corpo in Psicologia Sociale”.

Malacrida, C., Boulton, T., 2012, Women’s perceptions of childbirth “choices”: Competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gender and Society* 26 (5): 748-72.

Martin, E., 1991, The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. In *Journal of Women in Culture and Society* 1991, vol. 16, no. 31, The University of Chicago.

Martin, E., 2001, (1987) *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.

McClain, C. S., 1982, *Toward a Comparative Framework for the Study of Childbirth: A Review of the Literature*. In *Anthropology of Human Birth*, Margarita Kay ed.: 25-60, Philadelphia: Davis, F. A.

McNay, L., 2000, *Subjectification and Agency: Introductory Remarks*. In *Gender and Agency: Reconfiguring the Subject in Feminist and Social Theory* Gender, Polity Press.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Dichiarazione, La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere. World Health Organization 2014, WHO/RHR/14.23.

Palgi-Hacker, A., 2009, *The mother as a subject: On the mother and non-motherhood in psychoanalytic theory*. In *Motherhood: Psychoanalysis and other disciplines*, ed. Emilia Perroni, Tel Aviv: The Van Leer Jerusalem Institute and Hakibbutz Hameuchad, (In Hebrew).

Pérez D'Gregorio, R., 2010, *Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela*. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 111(3):201–202.

Pizza, G., 2005, *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Carrocci editore.

Quaranta, I., 2006, (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore.

Quattrocchi, P., 2019, Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. In *Medical Anthropology, Cross-Cultural Studies in Health and Illness*.

Rose, N., 2008, La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo. Giulio Einaudi editore, Torino (ed. or., *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press, 2007).

Sadler, M. et. al., 2016, Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In *Reproductive Health Matters*, an International journal on sexual and reproductive health and rights, 24:47, 47-55.

Sargent, M., 2004, Birth. In *Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the World's Cultures Volume I: Topics Volume II: Cultures*. Ember, C. R., Sargent, M., (a cura di) Kluwer Academic/Plenum Publishers: 224-230.

Scambia, G. et. al., 2018, "Obstetric violence": Between misunderstanding and mystification. Letters to the Editor – Brief Communications, *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 228, 331-338.

Shabot, S. C., 2015, Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud* (2016) 39: 231-247.

Shabot, S. C., Korem, K., 2018, Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. In *Hypatia*, Vol. 33, No. 3 by Hypatia, Inc.

Scheper-Hughes, N., 2005, Questioni di coscienza. Antropologia e genocidio. In *Antropologia della violenza*, Dei, F., (a cura di). Meltemi editore: 247-302.

Scheper-Hughes, N., Bourgois, P., 2004, (a cura di), *Violence in War and Peace*. Blackwell Publishing.

Scheper-Hughes, N., Lock, M. M., 1987, The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology Author. In *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1, pp. 6-41.

Scheper-Hughes, N. e Lock, M. M., 2006, Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta. In *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Quaranta, I., (a cura di) Raffaello Cortina Editore: 149-194.

Starr, P., 1982, *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

Steffen, V., 1997, Life Stories and Shared Experience. In *Social Science and Medicine* 45(1): 99-111.

Trevathan, W. R., 1997, An Evolutionary Perspective on Authoritative Knowledge about Birth. In *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd, R. E., Sargent, C. F. (a cura di), University of California Press: 80-88.

Turner, V. W., 1967, *The Forest of Symbol*. Ithaca and London: Cornell University Press.

Van Gennep, A., 1966, *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.

Weiss, M., 2016, Always After: Desiring Queerness, Desiring Anthropology, *Cultural Anthropology* 31, no. 4, pp.: 627–638.

Williams, C. R. et. al., 2018, Obstetric Violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG, an International Journal of Obstetric and Gynaecology*, 125: 1208-1211.

Wolf, A. B., 2013, Metaphysical violence and medicalized childbirth. *International Journal of Applied Philosophy* 27 (1): 101-11.

Zaami, S. et. al., 2019, Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. In *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23: 1847-1854.

## Ringraziamenti

Vorrei dedicare questo spazio per ringraziare doverosamente tutte quelle persone che mi hanno aiutato e supportato nella realizzazione di questa tesi e non solo, infatti è anche per merito loro che posso descrivere i miei anni universitari come un meraviglioso percorso di approfondimento accademico e personale.

Innanzitutto, vorrei ringraziare il professor Ivo Quaranta, relatore di questa tesi di laurea, per la professionalità e disponibilità dimostratemi, oltre che per essere un punto di riferimento a cui attingere per accrescere le mie competenze e conoscenze.

Un grazie immenso va sicuramente ai miei genitori, Fulvio e Laura, i quali non solo possiedono una profonda pazienza, ma hanno anche sempre avuto la forza di stare al mio fianco, supportandomi in ogni mia scelta e rendendo possibile il completarsi del mio percorso di laurea. Vi ringrazio per avermi aiutato in questo cammino, per avermi concesso l'opportunità di compiere le mie esperienze in una nuova città che, seppur non troppo distante, non era casa. Ringrazio i miei nonni, Carla, Gabriele, Renza e anche chi non può condividere questo momento qui con noi, ma non per questo è meno presente nei ricordi. Grazie nonni per aver coltivato in me, fin dall'infanzia, una forte curiosità per le storie che avete da raccontare e la voglia di viaggiare, per riuscire a vedere il mondo con occhi diversi. La famiglia non sarebbe completa senza i miei zii e i miei cugini, Claudio, Marzia, Claudia e Simone. Grazie per tutti i bei ricordi, per i momenti festosi e pieni di risate e per quelli più quieti, nei quali mia cugina mi hai aiutato a concentrarmi nello studio e a dare il massimo. Ci tengo anche a ringraziare Lucia e Alessandro, due persone che sono entrate a far parte della mia famiglia e che sono felice di avere vicino a me nei momenti più importanti. Un ringraziamento speciale va al mio cuginetto Niccolò, la cui risata riesce sempre a rianimare le mie giornate. Devo sicuramente ringraziare tutta la famiglia Brigiotti al completo, che mi è sempre stata vicina, facendomi sentire il loro affetto.

Un enorme ringraziamento va a tutti i miei amici, che hanno sempre trovato il modo di farmi vedere il lato positivo delle cose. In particolar modo vorrei ringraziare Serena, Alice e Sara, che sono sempre state presenti, riuscendo ad alleggerire questi anni di studio. Ringrazio tutte le persone conosciute durante ciò che ritengo una bellissima e formativa esperienza di studio all'estero, dalla quale sono nate amicizie importanti che sussistono tutt'ora, in special modo

vorrei ringraziare Diala, per le risate e i momenti condivisi. Un grazie va anche a chi, in questi ultimi mesi, ha iniziato a conoscermi e ad affrontare ogni momento con la volontà di crescere *insieme, insieme*. Un grazie di cuore va a tutte le persone che ho incontrato in questi anni a Bologna, soprattutto le mie amicizie nate a lezione come quelle con Sofia ed Elisa, le prime persone conosciute tra i banchi dell'università. Due persone che si sono dimostrate da subito delle ottime amiche, sempre pronte ad ascoltare i miei sfoghi e a farmi tornare il sorriso. Ringrazio, infine, Angela e Valentina, con le quali ho affrontato le ansie degli esami e le gioie dei momenti spensierati, arrivando a concludere questo percorso ricco di soddisfazioni.