



OSSERVATORIO SUL CONSIGLIO DEI DIRITTI UMANI E SUI COMITATI ONU N. 1/2024

1. LA CEDAW E L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DELLE DONNE: UN *FOCUS* SULLE COMUNICAZIONI INDIVIDUALI NEI CASI DI VIOLENZA OSTETRICA

Sin dalla sua entrata in vigore, la CEDAW è stata accolta come uno strumento convenzionale particolarmente innovativo, fornendo per la prima volta sul piano internazionale la garanzia della tutela del diritto alla salute delle donne, anche con riferimento alla salute sessuale e riproduttiva. L'adozione del Protocollo Opzionale alla CEDAW e la conseguente istituzione di una procedura di Comunicazione Individuale hanno permesso di assicurare un collegamento diretto tra il Comitato CEDAW e le donne, che rappresentano i soggetti effettivamente titolari dei diritti sanciti nella Convenzione. Le Comunicazioni Individuali possono quindi assumere la funzione di uno strumento utile alla progressiva eliminazione di forme di discriminazione sistemica, laddove il caso di una singola donna possa essere rappresentativo di una violazione subita da un numero di donne molto più ampio. Quello della violenza ostetrica ne è un chiaro esempio.

1. *La CEDAW e la tutela del diritto alla salute delle donne*

La Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (*Convention on the Elimination of all form of discrimination against Women – CEDAW*) è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la Risoluzione 34/180, il 18 dicembre 1979; è entrata in vigore quasi due anni dopo, il 3 settembre 1981, al raggiungimento delle venti ratifiche previste dall'articolo 27 della stessa Convenzione.

A distanza di oltre quaranta anni, la CEDAW rimane ancora il più importante strumento convenzionale dedicato alle donne, alla tutela dei loro diritti ed alla promozione della parità di genere, rappresentando il testo normativo internazionale di riferimento per l'evoluzione delle leggi e delle pratiche dei singoli Stati Parte (cfr. M. NAZISH, *UNITED Nations and Women's Rights: A Historical Analysis of CEDAW*, in *Sprin Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 3(1), 2024).

L'obiettivo principale della Convenzione è quello di promuovere un'uguaglianza di tipo sostanziale - tenendo conto delle particolari esigenze e specificità delle donne – fornendo gli elementi per garantire una protezione dalle forme di discriminazione diretta, indiretta e di natura strutturale e per l'attuazione di tutti i diritti civili, politici, sociali ed economici presenti

nella Convenzione (R. VIJAYARASA (ed.), *International Women's Rights Law and Gender Equality: Making the Law Work for Women*, London, 2021).

La Convenzione è stata accolta sin dall'inizio come uno strumento normativo innovativo, che ha permesso di garantire per la prima volta sul piano internazionale i diritti connessi alla sfera della salute delle donne, con particolare riferimento alla sfera della salute sessuale e riproduttiva. L'articolo 10 sulle pari opportunità nel settore dell'istruzione evidenzia che gli Stati Parte devono garantire l'accesso a informazioni e strumenti educativi specifici (compresi quelli sulla pianificazione familiare) per contribuire alla tutela della salute e del benessere delle famiglie. Più specificamente l'articolo 12 stabilisce per gli Stati parte di adottare tutte le misure appropriate per eliminare la discriminazione nel campo dell'assistenza sanitaria e per garantirne l'accesso, anche in relazione alla sfera della pianificazione familiare; inoltre, è necessario assicurare servizi adeguati alla tutela della salute materna, e dunque durante la gravidanza, il parto e nel periodo successivo al parto, accordando servizi gratuiti ove necessario. Sulla base dell'articolo 14, in considerazione delle maggiori difficoltà che le donne che vivono nelle aree rurali possono incontrare, gli Stati Parte devono garantire loro di poter avere accesso a tutti i servizi di cura, inclusi quelli relativi alla pianificazione familiare.

Il monitoraggio dell'effettiva applicazione della Convenzione è compito del Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne - *Committee on the Elimination of Discrimination against Women*, la cui istituzione è prevista dall'articolo 17 della Convenzione. Con riferimento alle attività del Comitato, l'articolo 18 specifica che questo procede all'esame del rapporto presentato dagli Stati Parte sulle misure di ordine legislativo, giudiziario, amministrativo o di altro genere per l'attuazione della Convenzione; l'articolo 21 prevede l'ulteriore facoltà di formulare delle Raccomandazioni Generali basate sull'esame dei rapporti e delle informazioni ricevute dagli Stati Parte, che rappresentano dunque documenti di portata interpretativa che permettono una maggiore chiarezza circa l'applicazione della Convenzione in determinate situazioni o su tematiche specifiche.

Nel 1999, il Comitato ha quindi adottato la Raccomandazione Generale n.24 dedicata specificamente alla piena attuazione dell'articolo 12 della Convenzione e alla tutela del diritto alla salute delle donne nel corso di tutta la loro vita, sin dalla nascita. Il tema era stato già affrontato in precedenza nelle diverse Raccomandazioni Generali dedicate alla circoncisione femminile, alla sindrome di immunodeficienza acquisita, alle donne disabili, alla violenza contro le donne e all'uguaglianza nelle relazioni familiari; in tutti questi casi il riferimento alla più ampia garanzia della tutela della salute delle donne appare sempre un elemento marginale. Per tale motivo si rendeva necessario produrre una specifica Raccomandazione che potesse dettagliare gli elementi chiave da fornire agli Stati Parte per permettere la piena attuazione dell'articolo 12. Si ricorda che, nella loro formulazione originaria, le Raccomandazioni Generali avevano una natura tecnica finalizzata a guidare gli Stati Parte nell'adempimento degli obblighi procedurali previsti dalla Convenzione, e solo successivamente si sono evolute in modo da supportare una migliore comprensione - e quindi una efficace applicazione - del contenuto sostanziale della CEDAW (cfr. J. ERDMAN, M. PRANDINI ASSIS, *Gender Equality in Health Care: Reenvisioning CEDAW General Recommendation 24*, in R. J. COOK (ed.), *Frontiers of Gender Equality: Transnational Legal Perspectives*, Philadelphia, 2023).

La Raccomandazione Generale n.24 riconosce l'esistenza di una distinzione biologica tra donne e uomini che può comportare differenze di genere sullo stato di salute; quest'ultimo può essere influenzato anche da fattori sociali: ciò significa che la presenza di differenze sullo stato di salute si diversifica anche tra donne, ed è per questo fondamentale considerare quelli che sono i bisogni sanitari dei gruppi più vulnerabili e svantaggiati, come nel caso delle donne

migranti, rifugiate e sfollate, le bambine e le donne anziane, le donne che si prostituiscono, le donne indigene e le donne con disabilità fisiche o mentali. Inoltre, data la specificità e la delicatezza dei bisogni sanitari femminili, è essenziale considerare tutti i fattori della sfera psicosociale e promuovere l'adozione di misure per rispettare la riservatezza delle pazienti. Il Comitato evidenzia che, laddove un sistema sanitario sia carente nella prevenzione e nella cura delle malattie femminili, le misure per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne saranno sempre da considerarsi inadeguate. Rifiutare di fornire legalmente una prestazione a garanzia della salute riproduttiva della donna – come nel caso degli obiettori di coscienza – è sempre da considerarsi una discriminazione, e per tale motivo le donne dovrebbero sempre poter contare sulla presenza di fornitori di servizi sanitari alternativi; inoltre, alle donne non dovrebbe mai essere negato l'accesso alle strutture ed alle prestazioni sanitarie in assenza di autorizzazione di mariti, partner, genitori, o anche nel caso in cui non siano sposate, o solo in quanto donne. Appare, dunque, particolarmente importante che il Comitato specifichi che gli Stati Parte devono garantire servizi sanitari di qualità e che siano accettabili per le donne, ossia che ne preservino la dignità, che prevedano la possibilità di fornire il consenso pienamente informato e che garantiscano la riservatezza. Ovviamente non può essere accettata nessuna pratica che assuma la forma di coercizione, come la sterilizzazione non consensuale, i test obbligatori per le malattie sessualmente trasmissibili o i test di gravidanza obbligatori come condizione per ottenere un impiego: si tratta di azioni che, appunto, violano i diritti delle donne al consenso informato e alla dignità.

2. Il ruolo delle comunicazioni individuali al Comitato CEDAW nel consolidamento della tutela dei diritti delle donne: il caso della violenza ostetrica

In un primo momento, la funzione del Comitato era limitata al solo esame dei Rapporti degli Stati parte e all'elaborazione delle Raccomandazioni Generali. In occasione della Conferenza mondiale sui diritti umani del 1993, l'adozione della Dichiarazione di Vienna ha supportato una sua ulteriore evoluzione: la Dichiarazione, infatti, conteneva un chiaro invito a rafforzare l'implementazione delle procedure per consentire alle donne di perseguire il pieno ed equo godimento dei diritti umani e la non discriminazione; inoltre, si invitava il Comitato e la Commissione sullo status delle donne a esaminare velocemente la possibilità di introdurre il diritto di presentare Comunicazioni Individuali attraverso l'adozione di un protocollo opzionale alla CEDAW. Su tali premesse, nel 1999 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adottava il Protocollo opzionale alla Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, che istituiva una procedura di Comunicazione Individuale e una procedura di Inchiesta (cfr. A. HELM, I. IKDAHL, *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW)*, in *Max Planck Encyclopedias of International Law*, 2019). Ad oggi, il Protocollo opzionale è stato ratificato da 115 Stati: tra questi è presente la quasi totalità dei Paesi dell'area europea (ad eccezione dell'Estonia e della Lettonia), gran parte dei Paesi latino-americani, il Canada, e più della metà dei Paesi africani; molto più bassa, invece, la percentuale di ratifica per i Paesi dell'area asiatica e medio-orientale.

In termini pratici la procedura di Comunicazione Individuale si configura come una forma di collegamento diretto tra il Comitato ed il singolo individuo, che rappresenta il soggetto effettivamente titolare dei diritti sanciti nella Convenzione di riferimento. Nel caso della CEDAW, si offre alle donne – e ai gruppi di donne – la possibilità di una azione di tutela autonoma e di poter ritenere gli Stati Parte legalmente responsabili delle violazioni dei

diritti sanciti dalla Convenzione. In tal modo l'attività del Comitato si rivela utile a sradicare forme di discriminazione sistemica, laddove il caso di una singola donna possa essere rappresentativo di una violazione subita da un pubblico molto più ampio (cfr. S. CUSAK., L. PUSEY, *CEDAW and the Rights to Non-Discrimination and Equality*, in *Melbourne Journal of International Law*, vol. 14, n. 1, 2013).

I criteri di ammissibilità della Comunicazione Individuale sono contenuti negli articoli 2, 3 e 4 del Protocollo opzionale: questa deve essere sempre presentata in forma scritta, non potrà mai essere anonima e dovrà sempre riguardare uno Stato che sia parte anche del Protocollo opzionale; dovrà essere presentata solo dopo l'esaurimento di tutti i possibili rimedi disponibili a livello nazionale o nel caso in cui l'applicazione di tali rimedi venga prolungata in maniera irragionevole o ci sia la certezza che questi non possano portare ad una soluzione efficace; quanto posto nella Comunicazione non deve riportare una questione che è già stata esaminata dal Comitato secondo un'altra procedura internazionale d'inchiesta o regolamento, non deve essere incompatibile con le clausole della Convenzione, deve essere sufficientemente fondata e non può riguardare fatti avvenuti prima dell'entrata in vigore del Protocollo (secondo un principio *ratione temporis*) o che esulano dai contenuti della CEDAW (principio *ratione materiae*).

Laddove la Comunicazione soddisfi i requisiti elencati, il Comitato procede ad esaminare i fatti, valutando se lo Stato Parte si sia attenuto o meno alle disposizioni di tutela dei diritti sanciti nella Convenzione.

Negli anni il ricorso alla procedura di Comunicazione è cresciuto notevolmente: secondo i dati pubblici messi a disposizione dall'Ufficio dell'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite, al 28 febbraio 2020 i casi totali sottoposti al Comitato della CEDAW erano 155. Uno dei temi ricorrenti dei ricorsi è senza dubbio la cattiva o mancata applicazione di quanto disposto dalla citata Raccomandazione Generale n.24, e quindi anche dall'articolo 12 della CEDAW. In generale, soprattutto nelle questioni riguardanti l'aborto, la mortalità materna e la sterilizzazione senza consenso, il Comitato ha ribadito la fondamentale necessità di tutelare i bisogni sanitari specifici delle donne e di garantire servizi per la salute tarati sulla dimensione di genere; inoltre ha evidenziato la necessità di affrontare tutte le forme intersezionali di discriminazione che possono minare la garanzia della tutela del diritto alla salute e l'impossibilità di aggirare gli obblighi previsti dalla CEDAW prevedendo una esternalizzazione dei servizi di assistenza sanitaria per la sfera riproduttiva (cfr. cfr. S. CUSAK., L. PUSEY, *CEDAW and the Rights to Non-Discrimination and Equality*, cit.).

Tali elementi trovano spazio in una delle più recenti decisioni approvate dal Comitato, in merito alla Comunicazione Individuale 154/2020, la cui autrice è M.D.C.P, cittadina spagnola vittima di violenza ostetrica durante il parto (cfr. CEDAW Committee Dec. U.N. Doc. CEDAW/C/84/D/154/2020).

Il documento sintetizza innanzitutto l'accaduto: M.D.C.P veniva ricoverata per partorire in un ospedale di Siviglia, in Spagna, dove riceveva una anestesia epidurale male effettuata ed era sottoposta ad una operazione chirurgica per eseguire un parto cesareo non necessario e da lei non autorizzato – rivelatosi, per giunta, molto doloroso - solo perché la sala parto risultava occupata. Nella fase post-parto, M.D.C.P riporta di aver percepito un forte disagio di natura psicologica, che si rivelava un disturbo da stress post-traumatico, causato proprio dai maltrattamenti e dell'incuria subiti durante il parto.

L'autrice evidenzia che gli abusi vissuti sono molto comuni tra i servizi per il parto in Spagna e riconosce di aver subito violenza ostetrica, che è una forma di violenza che può essere esercitata solo contro le donne e che rappresenta una delle più gravi forme di

discriminazione; ricorda, inoltre, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto la violenza ostetrica come una violazione del diritto delle donne a ricevere cure che siano rispettose della loro dignità (cfr. WHO, *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, WHO/RHR/14.23, 2014) e che anche il Relatore speciale delle Nazioni Unite sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti ha riconosciuto che «in molti Stati le donne che cercano assistenza sanitaria materna sono esposte a un elevato rischio di maltrattamenti, in particolare subito prima e dopo il parto. Gli abusi vanno da ritardi prolungati nella fornitura di cure mediche, [...] all'assenza di anestesia. Questi maltrattamenti sono spesso motivati dalla presenza di stereotipi relativi al ruolo della donna nella maternità e infliggono sofferenze fisiche e psicologiche che possono equivalere a maltrattamenti» (cfr. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/31/57, 2016).

L'autrice sostiene che siano stati violati i suoi diritti ai sensi degli articoli 2, 3, 5 e 12 della CEDAW: la violazione dell'articolo 2 si fonda sul fatto che la discriminazione subita sia basata genere, infatti il consenso richiesto – e in questo caso non dato - per le procedure eseguite durante il travaglio può essere concesso solo dalle donne, che hanno lo *status* di partorienti, madri e pazienti; inoltre la procedura chirurgica per il parto cesareo è stata effettuata senza consenso informato, in violazione degli articoli 2 e 3. Con riferimento all'articolo 5, si sostiene che la violazione sia motivata dal fatto che la scarsa assistenza ricevuta sia stata causata dalla presenza di stereotipi di genere, basati su di un modello gerarchico della relazione medico-paziente in cui la donna viene privata dell'autonomia decisionale riguardo alla propria salute sessuale. La violazione dell'articolo 12 si realizza nella totale assenza di tutela del diritto alla salute sessuale e riproduttiva e al ricevere un'assistenza alla maternità sicura e di alta qualità, senza alcun tipo di discriminazione e di violenza.

Per contro viene riportata la posizione dello Stato spagnolo, che – tra le altre motivazioni - reitera la non ammissibilità della Comunicazione, sia perché era stato già intrapreso un ricorso presso la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (dichiarato, però, inammissibile), e perché si ritenevano non esaurite tutte le vie di ricorso interno; inoltre, la Spagna ritiene che non si tratti di una vera e propria Comunicazione individuale, poiché il caso è stato riportato da una terza parte, che avrebbe potuto invece presentare osservazioni nel corso della revisione periodica.

Il Comitato si esprime a favore dell'ammissibilità della Comunicazione: si ritiene, infatti, che la precedente decisione di inammissibilità della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo risulti essere troppo breve, e questo rende impossibile stabilire con certezza se la Corte abbia valutato il merito della causa, anche in maniera limitata; inoltre, si reputa che l'Autrice abbia effettivamente esaurito le vie di ricorso interne a sua disposizione e che le accuse da lei sollevate, relative al diniego di giustizia e alle discriminazioni di genere subite sulla base di stereotipi, siano direttamente correlate al merito della Comunicazione.

Il Comitato si esprime ritenendo che l'insieme dei fatti riportati ed in particolare la perdita di dignità, gli abusi e i maltrattamenti subiti dall'autrice, nonché l'uso irregolare dell'anestesia epidurale senza ottenere prima un consenso informato e senza aver giustificato la necessità di tali interventi, e il mancato consenso informato prima di eseguire un parto cesareo – con tutte le conseguenze fisiche e psicologiche per l'autrice - costituiscono a tutti gli effetti violenza ostetrica; inoltre si ricorda che gli Stati parte della CEDAW devono rispettare l'obbligo di adottare tutte le misure appropriate per modificare ed eliminare normative, pratiche e consuetudini che possano reiterare forme di discriminazione contro le donne. Il Comitato evidenzia che gli stereotipi di genere impediscono una piena tutela dalla

violenza di genere, compresa la violenza ostetrica, e che nel caso in esame gli stereotipi sono stati reiterati anche dalle autorità amministrative e giudiziarie dello Stato. La Decisione, quindi, riconosce una violazione dei diritti ai sensi degli articoli 2, 3, 5 e 12 della CEDAW e chiede alla Spagna di fornire all'autrice una riparazione completa, compresa un'adeguata compensazione finanziaria per il danno subito alla sua salute fisica e psicologica; d'altro canto, si richiedono allo Stato parte azioni di natura generale, tra cui: assicurare la protezione da maltrattamenti per le donne in gravidanza e durante il parto; garantire una maternità sicura e l'accesso a servizi ostetrici di qualità; provvedere alla formazione professionale del personale medico; condurre campagne informative contro gli stereotipi connessi alla maternità; incentivare la raccolta dati sui casi di violenza ostetrica; revisionare la legislazione esistente sulla violenza di genere, includendo anche quella ostetrica (cfr. CEDAW Committee Dec. U.N. Doc. CEDAW/C/84/D/154/2020).

Nel caso in esame, le raccomandazioni elencate dal Comitato rispecchiano la comprensione del fatto che la violenza ostetrica è connessa ad una sovrastruttura più ampia, che si ramifica e prolifera sull'assenza di una normativa e regolamentazione specifica, sui radicati pregiudizi legati alle norme di genere e alla gravidanza, nonché sui modelli economici e sociali su cui si struttura l'assistenza sanitaria. È importante evidenziare che il Comitato - in sostanza - chieda alla Spagna di adoperarsi verso cambiamento soprattutto culturale all'interno del sistema sanitario, che si traduce in una più ampia azione preventiva nei confronti della reiterazione di forme di violenza ostetrica (R. DE SILVA, *Obstetric Violence and Forced Sterilization: Conceptualizing Gender-Based Institutional Violence*, in *University of Pennsylvania Journal of Law & Public Affairs*, vol. 9, 2023, p. 1 ss.).

Vale la pena ricordare che la Comunicazione 154/2020 non rappresenta un caso isolato, preceduto da altre due recenti Comunicazioni Individuali, sempre indirizzate contro lo Stato spagnolo, relative alla reiterazione di comportamenti riconducibili a forme di violenza ostetrica. Nella Comunicazione 149/2019, il Comitato riconosce che quanto subito dall'autrice N.A.E. - l'induzione precoce del travaglio tramite ossitocina senza fornirle informazioni o chiedere il suo consenso, l'impossibilità di mangiare, l'infantilizzazione, l'esecuzione di un parto cesareo senza il suo consenso, la separazione dal suo bambino, insieme all'imposizione dell'alimentazione artificiale contraria al parere dei genitori - rappresenta senza una forma di violenza ostetrica, violando i suoi diritti ai sensi degli articoli 2, 3, 5 e 12 della CEDAW (cfr. CEDAW Committee Dec. U.N. Doc. CEDAW/C/82/D/149/2019). Anche nel caso della Comunicazione 138/2018 viene riportata la reiterazione di pratiche come esami vaginali non necessari, la somministrazione di ossitocina e l'esecuzione di una episiotomia senza informazioni o consenso, la separazione dal neonato a causa di un'infezione della madre probabilmente causata dagli stessi medici; l'autrice ritiene che tali azioni sono connesse a discriminazioni strutturali basate sugli stereotipi di genere riguardanti la sessualità, la maternità e parto, che sono reiterati anche nei procedimenti amministrativi e giudiziari. Anche in questo caso, il Comitato riconosce una violazione dei diritti dell'autrice ai sensi degli articoli 2, 3, 5 e 12 della CEDAW (cfr. CEDAW Committee Dec. U.N. Doc. CEDAW/C/75/D/138/2018).

3. *Violenza ostetrica: verso una definizione condivisa nel linguaggio giuridico internazionale per la tutela dei diritti umani. Una riflessione sul ruolo del Comitato CEDAW*

Sebbene il Relatore speciale delle Nazioni Unite sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze riconosca che l'espressione «violenza ostetrica» non rientri nel

quadro del linguaggio giuridico internazionale sui diritti umani - e per tale motivo è spesso sostituita con «violenza contro le donne durante il parto»- (cfr. UNGA, *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : note / by the Secretary-General*, A/74/137, 2019), appare chiara una grande consapevolezza della specificità e pervasività del fenomeno della violenza ostetrica da parte dei meccanismi onusiani di tutela dei diritti umani.

La violenza ostetrica è un fenomeno specifico, da tempo riconosciuto e considerato come forma di violenza strutturale, ma è soltanto negli ultimi anni che è iniziata una azione più incisiva perché questa forma storica di violenza di genere che comporta il maltrattamento e l'abuso delle donne incinte e partorienti, venga giuridicamente e universalmente riconosciuta sul piano della tutela internazionale dei diritti umani delle donne. In ottica regionale, invece, è più semplice trovare una definizione *ad hoc*, soprattutto per opera della Corte Interamericana per i Diritti Umani. Nella caso *Brítez Arce y otros vs. Argentina*, la Corte, infatti definisce la violenza ostetrica come «una forma di violenza di genere [...] esercitata dagli operatori sanitari nei confronti delle donne incinte, durante l'accesso ai servizi sanitari che si svolgono durante la gravidanza, il parto e il *post-partum*, che si esprime principalmente, ma non esclusivamente, in un trattamento disumanizzante, irrispettoso, abusivo o negligente nei confronti delle donne incinte; nella negazione di cure e di informazioni complete sullo stato di salute e sui trattamenti applicabili; in interventi medici forzati o coercitivi; nella tendenza a patologizzare i processi riproduttivi naturali, tra le altre manifestazioni di minaccia nel contesto dell'assistenza sanitaria durante la gravidanza, il parto e il *post-partum*» (cfr. Corte Interamericana per i diritti umani, caso *Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, sentenza del 16 novembre 2022).

Le Comunicazioni individuali qui esaminate permettono di affermare che il Comitato CEDAW abbia effettivamente riconosciuto il perpetuarsi di violenza ostetrica, all'interno della quale, però, ha inquadrato moltissime pratiche. In questo modo il Comitato ha favorito una sovrapposizione di trattamenti abusivi, coercitivi e irrispettosi e ha considerato anche trattamenti che possono essere subiti da qualunque paziente, e dunque non solo da donne in gravidanza e partorienti. Il risultato è l'assenza di una cornice specifica che permetta di configurare la violenza ostetrica come una fattispecie giuridica a sé stante e indipendente; la sua inclusione nel quadro giuridico globale dei diritti umani richiede necessariamente che le forme di maltrattamento delle donne incinte, prima, durante, e dopo il parto siano riconosciute come peculiari e dunque diverse da ogni altra forma di negligenza medica o di maltrattamento dei pazienti (R. DE SILVA, *Obstetric Violence and Forced Sterilization: Conceptualizing Gender-Based Institutional Violence*, cit.).

L'esistenza di una base giuridica forte, che si sostanzia nell'articolo 12 della CEDAW - che, ricordiamo, garantisce alle donne la tutela da ogni forma di discriminazione in ambito sanitario, con specifico riferimento, al comma 2, alla gravidanza ed al parto - e si rafforza con la Raccomandazione generale n. 24, permette di ipotizzare che in futuro il Comitato possa avere un ruolo preponderante nella costruzione di una definizione giuridica di violenza ostetrica. A questo deve necessariamente associarsi la diffusa promozione di un cambiamento sociale e culturale, capace di sradicare disuguaglianze sociali e squilibri di potere che, come sempre, diventano il principale ostacolo alla tutela effettiva dei diritti umani delle donne.

MARIELLA PAGLIUCA