

UNIVERSITA' CA' FOSCARI - VENEZIA



Facoltà di Lettere e Filosofia

Corso di Laurea Specialistica in Filosofia Teoretica, dell'Arte e della Comunicazione

TESI DI LAUREA

La medicalizzazione del corpo della donna

Relatore

Ch. Prof. **FABRIZIO TUROLDO**

Correlatore

Ch. Prof. **PAOLO PAGANI**

Laureanda

CHIARA MARSON

Matricola 819956

Anno Accademico 2011/2012

INDICE

6	Introduzione
9	1. La tecnica: alcune premesse
9	1.1. Cos'è la tecnica?
11	1.2. Tecnica ed etica
14	1.3. Tecnica e responsabilità
16	1.4. Tecnica e senso
17	1.5. Tecnica e Natura
19	1.6. Tecnica e scienza
21	1.7. Tecnica e medicina
23	PARTE I – L'invadenza della medicina e le sue implicazioni etiche
24	2. Medicalizzazione: quando la società è “malata” di medicina
24	2.1. Somatogenesi, medicina e medicalizzazione
25	2.2. Iatrogenesi: la medicina come minaccia per la salute
27	2.3. Iatrogenesi clinica: la medicina dannosa
29	2.4. L'errore medico dal punto di vista etico
32	2.5. Iatrogenesi sociale: la medicalizzazione della vita
34	2.6. La classificazione sociale come conseguenza della medicalizzazione
37	2.7. La reificazione del corpo femminile
38	2.8. La prevenzione come “caccia alle malattie”
40	2.9. Iatrogenesi culturale: la perdita del senso del corpo, del dolore e della morte
42	2.10. L'esperienza del dolore
43	2.11. La storia del dolore: alcune premesse
45	2.12. La storia del dolore: dall'“arte di soffrire” alle tecniche analgesiche
49	3. Cosa è giusto e cosa è sbagliato: l'etica in medicina
49	3.1. Introduzione
50	3.2. Medicina, etica e salute della donna

52	3.3. L'involuzione etica della medicina
55	3.4. Bioetica e medicina: l'etica medica
57	3.5. I principi fondamentali della bioetica e la loro applicazione in medicina
60	3.6. Il professionismo fiduciario
63	3.7. I conflitti di interessi in medicina
64	3.8. Il disagio morale del medico e degli altri operatori sanitari
69	4. Il corpo tra scienza e società
69	4.1. L'irrealità dell'oggettività scientifica e il corpo come simulacro biologico
72	4.2. Il corpo come componente essenziale dell'individuo plasmata dalla società
75	4.3. Medicalizzazione del corpo femminile e controllo sociale sulle donne
78	PARTE II – Come la tecnica medica agisce sul corpo femminile
79	5. Quando “essere donna” significa “essere malata”
79	5.1. La creazione delle malattie
82	5.2. Breve storia delle mestruazioni
84	5.3. La sindrome premestruale: disturbo mentale o costruzione sociale?
86	5.4. La pillola anticoncezionale: molto più di uno strumento della tecnica
90	5.5. La menopausa come malattia: storia di una mistificazione
94	5.6. La menopausa come malattia: una visione culturalmente costruita
97	5.7. La “cura” della menopausa
100	6. La percezione della gravidanza mediata dalla tecnica
100	6.1. Essere madri, ieri e oggi
102	6.2. “Cosa si cela nel grembo femminile?”
104	6.3. L'epifania del feto...
106	6.4. ... e le sue conseguenze sociali
107	6.5. L'epifania dell'embrione
109	6.6. La decorporeizzazione iatrogena della donna
113	6.7. Movimenti nel ventre e flussi di sangue: l'antica gravidanza delle sensazioni tattili
115	6.8. La realtà del corpo mediata dalla tecnica medica

117	6.9. Come il feto si è insediato nell'immaginario collettivo
120	7. La diagnostica prenatale
120	7.1. Perché gli esami prenatali?
121	7.2. Le tecniche dirette di diagnosi prenatale: villocentesi e amniocentesi
124	7.3. L'ecografia in gravidanza
126	7.4. Rischi e benefici dell'ecografia
128	7.5. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: gli effetti sulla madre, sulla coppia, sul feto
131	7.6. L'azione somatogena dell'ecografia
133	7.7. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: il rapporto medico-paziente
135	7.8. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: una questione di diritti
139	8. La medicalizzazione del parto
139	8.1. "Il parto è un evento pieno di pericoli!"
142	8.2. Dal parto naturale...
143	8.3. ... al taglio cesareo
145	8.4. La richiesta del taglio cesareo come reazione alla paura del parto
148	8.5. La richiesta del taglio cesareo come problema etico
150	8.6. La richiesta del taglio cesareo da una prospettiva culturale
154	9. Donne che aiutano le donne: la figura dell'ostetrica
154	9.1. L'arte ostetrica: cenni storici
156	9.2. La "caccia alle ostetriche" da parte della medicina
160	9.3. Il ruolo dell'ostetrica: qual era, qual è e quale dovrebbe essere
162	9.4. "Pianifichiamo di più, ma riusciamo di meno": la testimonianza di alcune ostetriche
165	Conclusioni
173	Bibliografia

«Non insorgo contro la tecnologia, ma contro il monopolio del pensiero tecnologico, che insidia il primato assoluto dell'esperienza e della percezione come criteri di valutazione dello stato di salute».

(B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006)

Introduzione

In questa Tesi di Laurea ci occuperemo di come nel corso dei secoli – e oggi sempre più – la donna sia diventata oggetto d’indagine e d’intervento della scienza e, in termini più specifici, della medicina. La donna, il suo corpo, le sue peculiarità fisiche e biologiche, sono da sempre fonti di forte interesse in tutte le popolazioni del mondo e hanno dato origine a specifiche simbologie a livello culturale. Nel mondo occidentale, però, le donne hanno dovuto continuamente lottare per potersi esprimere nella loro natura e rivendicare gli stessi diritti degli uomini. Sono sempre state considerate l’anello debole della catena sociale, non perché lo fossero veramente, ma per ragioni storiche e culturali contingenti.

Non intendiamo, qui, trattare la storia delle donne nel corso dei secoli, bensì far emergere come oggi la medicina eserciti su di loro una nuova forma di controllo sociale e come il loro corpo, in ambito medico, sia stato progressivamente “oggettivato”. Vedremo come la medicina “usi” il corpo femminile, innanzitutto, per studiarlo e indagarlo: tutto ciò che si celava al suo interno, infatti, è stato pian piano svelato ed esposto alla luce. Grazie all’avanzamento della tecnologia si è riusciti a mostrare all’occhio umano ciò che *per natura* gli sarebbe stato impossibile vedere: l’oscurità regnante nel grembo femminile – reale e metaforica – è stata illuminata, ripresa da microtelecamere e attraversata da ultrasuoni, diventando così ispezionabile sempre più a fondo.

Ci proponiamo, inoltre, di mostrare come oggi le donne facciano esperienza dei momenti più intimi della loro vita *attraverso la medicina*. Ci riferiamo ai diversi aspetti della fisiologia femminile legati alla riproduzione, come il ciclo mestruale, la gravidanza, il parto, i cambiamenti che il corpo subisce con la menopausa. Negli ultimi decenni, infatti, sono state sviluppate delle vere e proprie *cure* per ognuno di questi eventi, del tutto normali e comuni a tutte le donne. La medicina e la tecnica, *medicalizzandoli*, sono riuscite a cancellarne la naturalità.

Con apparente facilità, sebbene sia stato un processo piuttosto lungo e graduale, sono state dimenticate tutte quelle conoscenze sottese che ogni donna ereditava dall’intera comunità femminile. Di fatto la comprensione e la gestione pratica di avvenimenti quali la gravidanza e il parto – ma non solo – sono state spodestate, sia simbolicamente che

concretamente, dalla scienza e dalla tecnica medica, attività tipicamente riservate agli uomini. In altre parole, ciò che da sempre era di competenza *femminile* – perché, come si usava dire, erano “cose da donne” – è diventato oggetto di una pratica *maschile*. Nel corso della nostra trattazione cercheremo di descrivere come questo cambiamento sia avvenuto e quali circostanze lo abbiano reso possibile.

Nel farlo ci soffermeremo, ad esempio, sul parto: vedremo perché sia stato ritenuto pericoloso praticarlo in casa e quindi ora avvenga sempre in ospedale, sotto l’occhio vigile ed “esperto” dei medici. È così che una delle mansioni femminili per eccellenza, il prestare assistenza a un’altra donna durante il travaglio – il cui unico, tenue retaggio è la figura dell’ostetrica ospedaliera – ha perso gran parte della sua importanza. In questo modo, però, la partoriente ha perduto quella rassicurante sensazione di essere compresa, che le derivava dal fatto che chi la assisteva aveva già vissuto la sua stessa esperienza. Possiamo ritenere questo uno dei passaggi fondamentali, in negativo, della medicalizzazione della vita delle donne.

Anche il dolore del parto, in passato, era codificato culturalmente: era un dolore inevitabile, ma con l’aiuto e il conforto di altre donne la partoriente non si sentiva sola ad affrontare tale prova e, sebbene soffrisse, il suo dolore era carico di significato, anche simbolico. Oggi, invece, è scomparsa la possibilità di decodificare il dolore, perché non ci sono più i mezzi culturali per compiere tale operazione. Il dolore ha quindi una connotazione totalmente negativa. Poiché il parto naturale è considerato un’esperienza essenzialmente “dolorosa”, esso è visto con paura dalle donne di oggi, che si chiedono: “Perché soffrire il dolore del parto, se tale dolore è destituito di senso?” Al parto naturale vengono allora proposte delle alternative, alternative *medicalizzate*. Ecco che, di nuovo, la tecnica medica si intromette con prepotenza in un evento del tutto naturale, stravolgendolo e dandogli un nuovo significato. Ovunque, in Occidente, è stato registrato un aumento delle richieste di taglio cesareo da parte delle partorienti e questa non è che l’ennesima dimostrazione di quanto è andato perso nel corso del tempo.

La medicalizzazione della fisiologia femminile è un’operazione dettata dalle regole che ormai dirigono l’“economia della salute”. Parliamo di *economia* perché le leggi del mercato hanno invaso ogni aspetto della vita moderna, medicina compresa. Di conseguenza, esse muovono anche le azioni di coloro che operano in campo medico. Se si parla di mercato, si parla anche di profitto: qualsiasi tipo di azienda si mantiene grazie ai

suoi guadagni, perciò una volta che le istituzioni mediche si sono tramutate in enti guidati con criteri manageriali, non hanno potuto far altro che assecondare il mercato. Per queste ragioni, mentre in origine – fin dai tempi di Ippocrate – gli obiettivi della medicina erano sempre stati esclusivamente la cura e la guarigione del malato, la medicina moderna ubbidisce a meccanismi che le permettano di raggiungere anche un profitto economico. L'aspetto paradossale di tutto questo risiede nel fatto che tra gli “utenti” a cui l’“azienda della salute” si rivolge è compresa anche la parte *sana* della popolazione: per avere il massimo guadagno, infatti, essa non può che guardare agli individui più numerosi, che sono appunto quelli sani (e, come vedremo, in molti casi si tratta proprio delle donne). È per questo che naturali fenomeni fisiologici sono stati presentati dalla medicina – e quindi, a poco a poco, percepiti da tutti – come stati patologici bisognosi di cure.

La prima parte di questa Tesi di Laurea è dedicata alla medicina moderna: ne valuteremo gli aspetti negativi dovuti ai suoi eccessi (Cap. 2), cercheremo di capire come l'indispensabile intervento dell'etica possa limitarli (Cap. 3), analizzeremo come la nostra idea di “corpo” sia influenzata dalla mentalità medico-scientifica oggi imperante (Cap. 4). Nella seconda parte della Tesi, invece, il nostro interesse si focalizzerà in maniera specifica su problematiche collegate alla biologia femminile, come il controllo del ciclo mestruale o la “cura” della menopausa (Cap. 5), prestando un'attenzione particolare a ciò che le donne vivono – e subiscono – durante la gravidanza (Capp. 6-7) e il parto (Cap. 8); guarderemo inoltre all'arte perduta delle ostetriche (Cap. 9)¹.

Prima di andare al cuore di questi problemi, però, è doveroso fare alcune considerazioni preliminari su quali rapporti intercorrano tra *tecnica* e *medicina*. Sebbene possa sembrare di allontanarci dai temi indicati, fare un passo indietro è necessario, per capire cosa sia e come operi la tecnica medica e in che modo essa sia figlia della scienza, la quale nella sua evoluzione si avvale da sempre dell'ausilio della tecnologia.

¹ In questo lavoro eviteremo volutamente di approfondire il tema della procreazione medicalmente assistita (PMA) e dei metodi di fecondazione artificiale *in vitro*, a cui le donne fanno ricorso in caso di infertilità propria o del partner. Questa scelta è motivata da diverse valutazioni. Se è vero che la PMA comporta un intervento invasivo della tecnica medica nei confronti del corpo femminile, è anche vero che – soprattutto per i suoi risvolti psicologici – essa non riguarda solo la donna, ma anche il suo partner maschile. Inoltre, a differenza degli altri temi qui considerati, le tecniche di PMA esplicano la loro azione non solo *dentro*, ma anche *fuori* del corpo della donna, creando di fatto una vita che, prima dell'intervento medico, non esisteva. Infine, gli argomenti da noi scelti coinvolgono un numero ben maggiore di donne – quasi la totalità, nelle società occidentali – rispetto a quelle interessate dalla PMA.

1. La tecnica: alcune premesse

1.1. Cos'è la tecnica?

Cosa intendiamo con il termine “tecnica”? Perché è doveroso parlarne prima di affrontare problemi più specificamente medici? In principio la tecnica era *ciò che permette all'uomo di emanciparsi dal suo stato di natura*¹. Nella sua lunga evoluzione, siamo giunti a poco a poco a uno stadio in cui non è più possibile, da parte dell'uomo, il controllo sulla tecnica: l'uomo stesso è ora succube di ciò che ha creato.

È sufficiente guardarsi un attimo attorno per accorgersi immediatamente che la tecnica è ovunque: essa ha avuto uno sviluppo notevole, specialmente a partire dal secolo scorso, e ormai anche i nostri gesti quotidiani si sono adeguati ad essa. Secondo Jonas, la tecnica «è un problema centrale che si interseca totalmente con l'esistenza dell'uomo»². Nel sottolineare la pervasiva presenza della tecnica nella vita umana, egli ne distingue due aspetti: l'aspetto *formale* e quello *sostanziale*. Per aspetto formale, Jonas intende quel moto costante di continuo progresso, quasi un movimento autonomo, tipico della tecnica moderna. Egli individua molteplici fattori che concorrono a questo incessante avanzamento, quali ad esempio l'aumento della popolazione, da cui derivano la necessità di controllarne la crescita, specialmente nei Paesi più popolosi, e la minaccia di esaurimento delle riserve naturali; naturalmente anche la concorrenza alimenta il continuo progresso, poiché esso si presenta come una “gara” all'acquisizione pratica delle ultime innovazioni³. Per aspetto sostanziale della tecnica, invece, Jonas intende tutte le oggettività e le possibilità che la tecnica, con il suo produrre, mette a disposizione dell'uomo.

La tecnica moderna è molto diversa rispetto a quella conosciuta in età premoderna. Un

¹ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 51.

Questa definizione corrisponde all'idea che avevano gli antichi della “tecnica”, simboleggiata dal fuoco degli dèi nel mito di Prometeo. Secondo la mitologia greca, il titano Prometeo sottrasse una scintilla dal carro del dio Sole per donare il fuoco agli uomini, che erano stati creati dagli dèi privi di qualunque prerogativa necessaria alla sopravvivenza. Per punire questo suo gesto, Zeus fece incatenare Prometeo a una rupe del Caucaso, dove egli era costretto a subire ogni giorno la tortura di un'aquila che gli divorava il fegato, che però di notte ricresceva per volontà divina, cosicché il suo supplizio non aveva mai fine (A. Ferrari, *Dizionario di mitologia*, UTET 1999, voce *Prometeo*).

² H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, cit. p. 7.

³ Ivi, p. 13.

tempo la Natura forniva dei limiti ben definiti e ogni scoperta veniva inserita all'interno di un sistema, senza che ne fosse destabilizzato l'equilibrio, poiché la tecnica degli antichi era funzionale al *consumo* e non alla *produzione*, come invece avviene oggi. Ciò che si voleva ottenere era l'utilizzo immediato, pertanto la Natura rimaneva intatta⁴. In una tale visione del mondo, la tecnica non poteva assumere un valore a sé, perciò l'uomo persisteva nella sua natura di *soggetto*, usufruendo della tecnica come suo *oggetto*. I fini perseguibili erano ricercati all'interno dell'orizzonte della Natura ed era possibile realizzare solo ciò che quest'ultima rendeva possibile: il movimento impresso alla tecnica proveniva dal di fuori, era esterno ad essa.

Con la moderna tecnica, invece, si è venuto a creare un sistema autonomo. Ora fini e scopi non sono estrinseci, ma scaturiscono dall'esercizio della tecnica stessa. Essa è ormai divenuta un'istituzione autosufficiente, che non sottostà a giudizi morali: è quindi facile che gli scopi che si prefigge vadano a oltrepassare i limiti consentiti in precedenza. La tecnica moderna è arrivata ad avere tanto potere da precedere la soggettività umana, fino a renderla un suo stesso prodotto: l'uomo rientra così nell'orizzonte dischiuso dalla tecnica, perdendo la propria soggettività⁵.

Come si accennava sopra, per la tecnica premoderna la Natura era limite e paradigma, mentre è solo *ciò su cui si può agire*, manipolandola, per quella moderna. Se si fa riferimento all'uomo greco, la Natura era qualcosa che, imponendo i suoi limiti, condizionava le attività umane. Oggi invece l'uomo, in special modo lo *scienziato*, si rapporta nei confronti del mondo come se avesse a disposizione un enorme laboratorio su cui agire, ritrovandosi così, in quanto egli stesso parte della Natura, a sperimentare anche su di sé. A questa idea di supremazia dell'uomo sulla Natura ha contribuito, nel corso della storia, la visione giudaico-cristiana del mondo, che dà all'uomo il ruolo di padrone sul Creato⁶. L'uomo oggi non è più subordinato alla Natura, è invece subordinato al potere che ha acquisito per dominarla. Lo strumento dell'etica, di cui ci si dovrebbe avvalere per limitare questa subordinazione, è incapace di "contenere" la tecnica, poiché gli esiti di questa vanno al di là dei limiti geografici e temporali in passato ben delimitati: la sua portata è talmente ampia da impedire di effettuare delle previsioni sui suoi effetti.

Non era mai accaduto prima che l'etica non vigilasse su un'attività umana, ma nel caso

⁴ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 346.

⁵ Ivi, pp. 346-347.

⁶ Ivi, p. 460.

della tecnica si palesano troppi fattori a ostacolarne la presenza: oltre alla suddetta incapacità previsionale, vi sono la natura autonoma della tecnica (che ha la capacità di autogiustificarsi, impedendo l'accesso e l'attività dell'etica), il sentimento di neutralità nei confronti del mondo extra-umano (cioè l'ambiente e gli esseri viventi su cui gli effetti della tecnica si ripercuotono), la necessità di competenze e conoscenze sempre più specializzate⁷. L'etica è rimasta la stessa, mentre la tecnica ha modificato il mondo e il modo di pensarlo.

La tecnica moderna non si presenta come un processo lineare, ma come un'intricata rete di effetti reciproci nella nostra civiltà tecnicizzata. Il rischio è di far diventare antiquato il suo stesso creatore, l'uomo, la cui presenza è diventata ininfluenta o addirittura d'ostacolo in situazioni su cui un tempo egli aveva totale padronanza: in questo senso, *le macchine privano l'uomo del suo posto nel mondo*.

Si veda come la tecnica abbia contribuito ad amplificare i normali sensi, ad esempio in ambito medico: i microscopi attuali permettono ai ricercatori di vedere all'interno delle cellule; altri apparati consentono di interagire con il materiale genetico custodito nel loro nucleo; dove prima si operava direttamente con le mani, ora si opera a distanza tramite sofisticate apparecchiature. Ovviamente con ciò non si intende condannare il progresso medico, ma sottolineare la capacità della tecnica – quella medica, in questo caso – di modificare in breve tempo modi di agire consolidatisi nell'arco di secoli.

1.2. Tecnica ed etica

Al giorno d'oggi viviamo in un'epoca – definibile “età della tecnica” – che risulta essere carica di contraddizioni. In un momento delicato come questo, si sente il bisogno di una decisa presenza dell'etica, mentre se ne avverte, al contrario, una grande carenza. La tecnica oggi permette di fare quasi qualsiasi cosa: dovrebbe essere l'etica a porle un freno, a far comprendere come *non tutto ciò che si è in potere di fare debba essere fatto*⁸. Invece la tecnica, con il suo essere, rende manifesta l'impotenza dell'etica. Di questa “mancanza” si accorge e si lamenta anche Jonas, che propone un modello in cui etica e tecnica collaborino. Nella tecnica, quindi, oltre all'aspetto formale e a quello sostanziale prima

⁷ Ivi, p. 461.

⁸ Ivi, p. 597.

descritti, Jonas vede un aspetto etico, che dovrebbe fondere assieme i primi due⁹. Tale *etica della tecnologia* dovrebbe fornire una supervisione massima sull'operato della tecnica.

La tecnica è nata con l'intento di agevolare la vita dell'uomo e, per lo più, vi riesce. Purtroppo, però, essa allontana sempre più l'uomo dalla sua natura. Per capire questo effetto collaterale non voluto, analizziamo il punto a cui siamo giunti considerando il percorso che la tecnica ha compiuto fino a oggi.

In epoca premoderna, gli scopi che la tecnica si prefiggeva e gli strumenti che utilizzava mantenevano tra loro un equilibrio: nulla oltrepassava i limiti stabiliti dalla Natura. Inoltre c'era una netta distinzione tra ciò che era *fine* e ciò che era *mezzo* (con Kant l'uomo diverrà il fine per eccellenza). Ogni nuova scoperta poteva essere compresa e "contenuta" dall'uomo, che rimaneva sempre fine in se stesso; inoltre a vigilare sull'azione della tecnica c'era l'etica.

In seguito, l'antica suddivisione dei compiti, che assegnava all'etica la scelta dei fini e alla tecnica la produzione dei mezzi, è andata disgregandosi. Per capire questo passaggio è necessario fare un ulteriore passo indietro nel tempo. Se consideriamo la *praxis* (πρᾶξις, l'*agire*) e la *techne* (τέχνη, il *fare*) del mondo greco, vediamo come entrambe, ognuna secondo le proprie prerogative, avevano come punto di riferimento la Natura. L'uomo greco, per la produzione dei mezzi tecnici, si ispirava direttamente ad essa: in questo senso la Natura era paradigma e limite¹⁰. E mentre la tecnica apprendeva le proprie regole di produzione imitando i naturali processi di trasformazione, l'etica si rifaceva all'ordinamento cosmico¹¹. Ovviamente per la tecnica era più facile avere delle regole ferme da seguire, mentre l'etica doveva adeguarsi a ogni singola situazione per potervi applicare le proprie¹². Già Aristotele, nell'*Etica Nicomachea*, notava l'instabilità dell'etica rispetto alla tecnica, poiché la prima doveva sempre fronteggiare dei casi particolari, nei quali le norme non dovevano essere seguite alla lettera ma andavano adeguate all'evento, a differenza della tecnica che poteva basarsi su regole stabili¹³. A ogni modo, nel mondo

⁹ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, p. 7.

¹⁰ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 458.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ Aristotele, *Etica Nicomachea*, Libro II, 2, 1104a, 4-10: «Nel campo delle azioni e di ciò che è utile non c'è nulla di stabile, come nel campo della salute. Non c'è infatti una legge generale per i casi particolari, perché essi non rientrano in nessuna conoscenza tecnica e in nessuna regola fissa, ma spetta sempre a chi agisce tener conto di ciò che è opportuno, come avviene nell'arte della medicina e in quella della navigazione».

antico i limiti erano stabiliti *all'interno* della Natura, sia per il *fare* che per l'*agire*, e l'uomo doveva sottostare ad essi¹⁴. Era impensabile il contrario, ovvero che l'uomo piegasse la Natura ai propri scopi: essa rimaneva assolutamente "indomabile".

I significati di *praxis* e *techne* vengono a perdere i loro fondamenti e ad acquisirne altri durante il Medioevo. Attraverso l'interpretazione giudaico-cristiana, il Cosmo perde la propria immodificabilità, diventa il mondo che Dio ha consegnato all'uomo *perché lo dominasse*. La Natura quindi non è più "unità di misura", ma sarà l'uomo a darle la propria misura, andando a operare su ciò che fino ad allora era considerato immodificabile. Questa concezione alimenterà la visione della tecnica come ciò che rende possibile all'uomo ergersi sul mondo¹⁵: «[...] "buone" saranno tutte quelle azioni che affrancano l'uomo dalla propria impotenza nei confronti della natura»¹⁶. L'uomo prende coscienza di potersi riscattare dal suo stato solo con l'ausilio della tecnica, di conseguenza l'agire etico si appiattisce e sottostà al fare tecnico.

Per queste ragioni, oggi siamo lontani dall'equilibrio che esisteva in passato. La tecnica moderna *destabilizza*: ogni nuovo avanzamento crea disequilibrio, perché a partire da qualunque scoperta scientifica o innovazione tecnologica si aprono molteplici strade. Il progresso della tecnica ci appare come un impulso immanente, che ubbidisce a una spinta dinamica. Anche per questo siamo lontani dalla staticità che caratterizzava la tecnica nei tempi premoderni. Si ha addirittura la convinzione di una virtuale infinitezza del progresso. Inoltre la tecnica non decide i suoi fini, che invece scaturiscono dagli stessi risultati che essa raggiunge con la propria attività¹⁷. Si crea cioè, in modo autonomo, un movimento che si autoalimenta, un rapporto circolare tra mezzi e scopi: *nuove tecniche generano nuovi scopi*.

In questo circolo di mezzi e di scopi che si rigenerano autonomamente, manca del tutto la supervisione dell'etica: *nell'età della tecnica l'etica celebra la propria impotenza*¹⁸. Infatti, proprio il considerare come fini della tecnica i suoi stessi risultati, ha contribuito alla perdita di potere dell'etica. La tecnica, dunque, si è ritrovata in una posizione tale da riuscire a condizionare l'etica: «l'*agire*, come scelta di fini, cede al *fare* come produzione

¹⁴ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 459.

¹⁵ Ivi, p. 458.

¹⁶ Ivi, cit. p. 460.

¹⁷ Ivi, p. 457.

¹⁸ *Ibid.*

di risultati»¹⁹.

Oltre a ciò, l'etica deve oggi prendere posizione su una realtà nuova: non ha più a che fare con il mondo *naturale* cui era abituata, ma con un mondo *artificiale*, prodotto della tecnica. La tecnica costringe l'etica a "inseguire" ed accettare il suo "paesaggio trasformato" e ad avere come unico referente la stessa produzione tecnica²⁰.

Al giorno d'oggi, inoltre, ogni innovazione ha una veloce diffusione su scala mondiale, a causa della globalizzazione della ricerca e dei mezzi di comunicazione. Una così rapida propagazione spesso non permette di raggiungere una padronanza completa delle scoperte, provocando la comparsa di effetti collaterali non desiderati o imprevisi²¹. La velocità con cui la tecnica si trasforma – e trasforma il mondo – è molto maggiore di quella con cui l'etica, la cultura e la società riescono a rapportarsi ad essa: la capacità umana di "assorbire" e padroneggiare una data innovazione scientifica è molto lenta rispetto alla sua diffusione e integrazione nella vita di tutti i giorni²².

1.3. Tecnica e responsabilità

Come detto, Jonas ritiene che la tecnica non possa assolutamente prescindere dall'etica. Egli sostiene che, per divenire effettiva, per realizzarsi e incidere sulla realtà, la tecnica ha bisogno dell'agire umano. Ma ogni agire è sottoposto al vaglio dell'etica: l'*agire* si differenzia dal *fare* proprio perché quest'ultimo non deve sottostare ad alcun principio morale. Nel fare non è richiesta la *volontà*, mentre nell'agire la volontà è fondamentale, la degenerazione è sempre in agguato e può svilupparsi anche a seguito di un successo, non solo per un fallimento²³.

L'azione "tecnica" sul mondo ha ripercussioni su un numero esorbitante di individui, non solo nel presente, ma anche nel futuro. Non si può quindi eludere il concetto di *responsabilità*, tanto caro a Jonas. L'enorme portata spaziale e temporale dei risultati raggiunti dalla tecnica moderna pone l'uomo di fronte alla sua responsabilità, verso il

¹⁹ Ivi, cit. p. 457.

²⁰ Ivi, p. 460.

²¹ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, p. 10.

²² L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 105.

²³ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, pp. 28-29.

mondo ma anche verso se stesso. L'etica, la cui chiamata in causa è fondamentale, si trova di fronte a problemi di una portata così vasta come mai prima era accaduto. Nel passato non si erano mai manifestate tali problematiche: più aumenta il potere dell'uomo di modificare il mondo e se stesso, più gli viene richiesto un atteggiamento responsabile. Oggi l'uomo non può più pensare solo a sé e ai suoi bisogni: il suo senso di responsabilità deve allargarsi all'intero mondo in cui vive, mondo di cui egli non può usufruire a suo piacimento. Jonas la definisce *responsabilità cosmica*²⁴. Essa si applica anche nei confronti di chi abiterà questa Terra in futuro, ma questo lungo termine temporale è arduo da concepire ed è perciò difficile per l'etica vigilare²⁵: è possibile rispondere per conseguenze così lontane nel tempo?

L'etica della responsabilità chiede di rispondere delle conseguenze delle proprie azioni²⁶: avere responsabilità significa poter – e saper – agire in caso di effetti collaterali dei propri comportamenti. La tecnica moderna non concede tutto questo: essa dischiude lo scenario dell'*imprevedibile*. Oggi l'uomo ha un potere maggiore nel *fare*, ma un potere molto limitato nel prevederne gli effetti. Siamo ormai di fronte al tramonto dell'ideologia della neutralità della scienza e della tecnica sotto il profilo etico.

Parlando di queste tematiche, è bene introdurre la differenza che intercorre tra *etica dell'intenzione* ed *etica della responsabilità*. L'etica dell'intenzione, che nasce con il Cristianesimo, allude a un'azione che si fonda su un principio *sogettivo*, sul rispetto dei principi dettati dalla coscienza: non richiede di rispondere delle conseguenze che le proprie azioni possono provocare, ma di rendere conto solo alla propria coscienza. Un tale tipo di etica è insufficiente per fronteggiare i problemi che pone la tecnica moderna, poiché in tale visione non c'è una presa di coscienza *oggettiva*. L'etica della responsabilità, invece, risponde a tutt'altri criteri: agire con responsabilità significa considerare i possibili effetti sullo stato delle cose e sulle persone. Per poter prendere posizione è indispensabile conoscere e dunque saper prevedere²⁷. L'uomo agisce eticamente solo se ha potere sui mezzi che utilizza e sugli scopi che si prefigge: solo all'interno di un tale contesto è possibile tenere e praticare un atteggiamento responsabile, perché l'ambiente in cui ci si muove è limitato e conosciuto.

Entrambe le etiche descritte non permettono di far fronte ai problemi derivanti dalla

²⁴ Ivi, p. 31.

²⁵ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 466.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

profonda influenza della tecnica sulla società moderna. L'etica dell'intenzionalità non prende in considerazione i singoli effetti che possono comparire, mentre l'etica della responsabilità, sebbene voglia tener conto delle conseguenze, si trova in difetto non essendo ormai più possibile fare la benché minima previsione²⁸. «Là infatti dove il fare tecnologico, crescendo su se stesso per autoproduzione, genera conseguenze che sono *indipendenti* da qualsiasi intenzione diretta, e *imprevedibili* quanto ai loro esiti ultimi, sia l'etica dell'intenzione, sia l'etica della responsabilità assaporano una nuova impotenza [...] quella ben più radicale che si incontra quando il *massimo di capacità* si accompagna al *minimo di conoscenza* intorno agli scopi»²⁹. È possibile quindi parlare di etica solo quando l'uomo esercita (vero) potere sulla tecnica³⁰.

1.4. Tecnica e senso

La tecnica può domandarsi il senso delle proprie azioni? «L'imperativo della tecnica [...] conosce solo il dovere per il dovere, per cui *si deve fare tutto ciò che si può fare*, anche se non sono noti i fini per cui qualcosa s'ha da fare»³¹. Non è più sufficiente soddisfare i bisogni dell'uomo, questi devono essere ulteriormente alimentati, affinché ci sia una produzione che tenda all'infinito³²: in questo modo l'uomo, sentendosi sempre bisognoso d'altro, alimenta la macchina produttiva. Di questa nuova necessità dei tempi moderni si hanno esempi anche in campo medico, specialmente con la cosiddetta "creazione della malattia", che fa emergere esigenze un tempo completamente assenti e spesso immotivate, che comportano il conseguente arricchimento delle aziende farmaceutiche, decisamente non prive di colpe in questo circolo vizioso.

Per la tecnica è giustificabile l'impiego di tutto ciò che è utilizzabile, compresa anche, come detto più volte, la Natura. Si può dire che la tecnica vede il mondo solamente in termini di utilizzabilità: *mondo è tutto ciò che è utilizzabile*; ciò che non lo è, è *non essente*³³. Perciò l'uomo distingue solo tra ciò che è a sua disposizione e ciò che non lo è:

²⁸ Ivi, p. 467.

²⁹ Ivi, cit. p. 467.

³⁰ Ivi, p. 472.

³¹ Ivi, cit. p. 597.

³² Ivi, p. 597.

³³ Ivi, p. 599.

viene così perso il senso del semplice *essere* delle cose, l'*essere utile* predomina sull'essere. L'essere non produce, non è utile, ma è. Ed è l'essere in quanto tale che permette di vedere l'utilità degli enti.

Anche le azioni umane acquistano senso solo se sono utili, se producono risorse utilizzabili nell'apparato creato dalla tecnica. Si agisce senza aver di mira un fine, l'agire si connota di *passività*³⁴: la tecnica è riuscita nella rimozione dell'insensatezza e della capacità di poterla riconoscere. Si può scorgere tale novità nel fatto che, per millenni, l'uomo ha considerato priva di senso la sua esistenza, a causa di forze superiori quali Dio, il Destino o la Natura, che gli impedivano la piena realizzazione di sé. Oggi, invece, la forza antagonista che l'uomo si trova a fronteggiare sono gli «stessi prodotti umani che hanno guadagnato vita propria e ad essa hanno subordinato la vita umana»³⁵. È difficile ricercare il senso delle cose se l'apparato nel quale si è inseriti non se ne pone alcuno³⁶.

1.5. Tecnica e Natura

Osserviamo come l'uomo abbia cambiato il modo di percepirsi nei confronti del mondo. Prima dell'avvento della religione giudaico-cristiana, egli si sentiva parte integrante della Natura e perciò aveva un atteggiamento di rispetto e di tutela nei suoi riguardi. I mezzi che produceva e utilizzava imitavano la Natura stessa, che dettava limiti, regole e tempi. Ma, con l'avvento del Dio cristiano, l'intervento dell'uomo sul mondo, che fino ad allora si poteva immaginare come un ciclo ininterrotto, viene tramutato in una linea retta continua. All'uomo viene detto di essere nato per *dominare* il Creato. Egli cessa così di essere parte della Natura e ne diventa *il padrone*.

Nel pensiero greco la Natura era misura di tutto, quindi anche dell'agire umano – sottoposto al vaglio dell'etica – e della tecnica. La Natura era ritenuta un orizzonte non oltrepassabile: era l'azione umana a doversi piegare alla sua suprema legge. Di fondo a questa visione stava l'impossibilità di dominare la Natura: da essa, attraverso la contemplazione, era possibile solo estrapolare le leggi per l'agire e il fare umano. L'azione umana, in ogni caso, non poteva modificare la Natura, poiché essa era pensata come

³⁴ Ivi, p. 687.

³⁵ Ivi, cit. p. 689.

³⁶ Ivi, p. 689.

immutabile e non assoggettabile. L'etica non poteva avere la Natura come oggetto di giudizio. La tecnica aveva invece come obiettivo scrutare l'ordine della Natura, per edificare su di esso delle regole per l'agire e per il fare: la tecnica serve allo *svelamento*³⁷.

Anche Heidegger, ne *La questione della tecnica*, le attribuisce il potere di svelare: «la tecnica è un modo del disvelamento»³⁸. Il termine *disvelamento* indica come la tecnica *provochi* (“metta fuori”) ciò che della Natura non si vede e che rivela le proprie potenzialità appunto solo se provocato³⁹. Heidegger però sostiene che il disvelamento operato dalla tecnica premoderna e quello della tecnica moderna sono di gran lunga differenti: come detto in precedenza, la prima presuppone un consumo immediato dei suoi prodotti; la seconda, invece, è dedicata alla produzione. Anche nel passato l'uomo aveva necessità di produrre, ma il suo operare assecondava ciò che la Natura consentiva. Oggi, al contrario, egli pretende di avere a disposizione energia che possa essere prelevata e accumulata⁴⁰ e la Natura diventa il serbatoio da cui estrarre tale energia. Il suo obiettivo è la massima utilizzazione al minimo costo, incamerare risorse per poi usarle quando necessario.

Il nuovo modo di agire sulla Natura è, quindi, di *provocarla*⁴¹: la tecnica moderna produce provocando la Natura e, sebbene la provocazione non sia cosa nuova, completamente nuova è la maniera in cui si realizza. Attraverso la provocazione, si forza artificialmente qualcosa al massimo delle possibilità, in un modo che non è iscritto nel suo percorso naturale. Tramite questo processo, la Natura viene messa a nudo, trasformata e immagazzinata, cosicché possa essere successivamente sottoposta ad altre ulteriori trasformazioni. Tutte queste operazioni sono modi del disvelamento⁴².

Questo atteggiamento, che possiamo definire “di dominio” o “di utilizzo”, contraddistingue l'uomo moderno, che vede e tratta la Natura come un fondo a disposizione, da cui attingere e su cui esperire. Essa è mera materia da utilizzare, da sfruttare, da organizzare secondo modelli *non naturali*: si dispone della Natura seguendo gli schemi della progettualità umana⁴³, decidendo della sua destinazione e del suo senso. La tecnica è diventata la nuova chiave interpretativa per la Natura, siamo indotti a vedere

³⁷ Ivi, pp. 474-475.

³⁸ M. Heidegger, *La questione della tecnica*, in *Saggi e discorsi*, Mursia 1975, cit. p. 9.

³⁹ Ivi, p. 11.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ U. Galimberti, *Il tramonto dell'Occidente nella lettura di Heidegger e Jaspers*, Feltrinelli 2005, p. 398.

⁴² M. Heidegger, *La questione della tecnica*, in *Saggi e discorsi*, Mursia 1975, p. 12.

⁴³ U. Galimberti, *Il tramonto dell'Occidente nella lettura di Heidegger e Jaspers*, Feltrinelli 2005, p. 40.

il mondo attraverso il filtro della tecnica⁴⁴: «la tecnica [...] è *visione del mondo* che decide la natura della cosa e la qualità dello sguardo»⁴⁵.

Il rapporto dell'uomo con il mondo naturale è a tal punto mediato dalla tecnica, che la stessa salvaguardia dell'ambiente avviene tramite il suo ausilio. In questo modo, la tecnica è chiamata a risolvere problemi da essa stessa provocati. Ma ogniqualvolta la tecnica interviene sulla Natura, quest'ultima si denaturalizza: tutto ciò che è artificioso impedisce alla Natura di essere ciò che è, la costringe a seguire ritmi non suoi.

Avendo questo potere sul mondo naturale, derivante dai mezzi fornitigli dalla tecnica, l'uomo non ha potuto prendere coscienza della propria effettiva inferiorità nei confronti della tecnica stessa. Anche l'uomo è "provocato" dalla tecnica, che però lo "utilizza" in maniera differente dalle altre risorse. Il pericolo per l'uomo viene più da se stesso, dalla perdita della propria essenza, che dagli apparati tecnici⁴⁶. Egli ne è risucchiato e, trovandosi al loro interno, non si chiede se gli scopi per cui la tecnica opera siano giustificabili o meno. La tecnica agisce in autonomia, è autoreferenziale. Un errore, all'interno di tale sistema, può diventare non tanto motivo di ripensamento, quanto di avanzamento in direzioni prima nemmeno ipotizzate. Trovandosi dentro un sistema su cui non ha voce in capitolo e perdendo la coscienza della propria soggettività, l'uomo è come imbrigliato e privato di se stesso, senza però averne totale coscienza.

1.6. Tecnica e scienza

Nel compiere il suo percorso, la tecnica non è sola: di fatto, senza la *scienza* essa non esisterebbe⁴⁷. Il mutuo rapporto di influenza tra scienza e tecnica è un segno caratteristico del progresso moderno. La conoscenza scientifica avanza in interazione con l'innovazione tecnologica e un bisogno e uno stimolo reciproci le legano l'una all'altra: la scienza nelle sue ricerche necessita di una tecnologia sempre più raffinata e potente, così come la tecnologia ha bisogno di una scienza che le dia forma; inoltre, ciò che la tecnica crea, su "commissione" della scienza, diventa a sua volta materia di nuovi studi per la scienza stessa. Fino a che la scienza continuerà nel suo impulso alla conoscenza, dunque,

⁴⁴ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, p. 354.

⁴⁵ Ivi, cit. p. 355.

⁴⁶ M. Heidegger, *La questione della tecnica*, in *Saggi e discorsi*, Mursia 1975, p. 21.

⁴⁷ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, p. 16.

procederà di conseguenza anche la tecnica⁴⁸.

Da quando la scienza è nata, ha sempre avuto libertà nell'indagare la Natura, poiché l'assenza di vincoli a cui sottostare è una caratteristica connaturata alla scienza stessa. Ciò implica anche una libertà di valori⁴⁹. La Natura conosce solo fatti e non esistono valori ad essa intrinseci: ciò che accade in Natura non segue un senso, gli avvenimenti non hanno di per se stessi uno scopo. È prerogativa dell'uomo attribuire, con il suo sguardo, valore e senso a ciò che accade. Ma quando si tratta di scienza, l'uomo cede il passo allo *scienziato*, che deve fare ricerca con uno sguardo obbiettivo, libero, svincolato da qualsiasi valore. La tecnologia fa forza su questo punto e non trova anomalo agire tecnicamente su una Natura moralmente indifferente.

Ma quando si parla della ricerca scientifica, non si possono omettere i suoi effetti – positivi e negativi – sul bene dell'intera comunità umana ed è per questo che si impone la necessità dell'etica⁵⁰: potrà esservi libertà della ricerca solo se questa non incontra problemi etici. Il motivo per cui si è giunti alla situazione attuale risiede nel fatto che il rapido sviluppo della scienza non ha permesso di fare attenzione ai cambiamenti che si stavano sviluppando in essa. Con la scienza moderna, la tradizionale divisione tra *teoria* e *prassi* è rimasta solo in astratto ed è venuta meno nel concreto, perché le tempistiche delle nuove ricerche necessitavano di una fusione tra teoria e prassi⁵¹. Tale fusione comporta un *agire* a tutti gli effetti e l'*agire* influisce sul mondo reale, perciò deve sottostare al giudizio morale⁵². Non è più possibile, per la scienza e la tecnica moderne, parlare ancora di *immunità morale*: esse devono fare i conti con la propria *responsabilità*.

Attualmente esistono, inoltre, interessi esterni che influiscono sui risultati a cui la scienza e la tecnica puntano e quindi ottengono. La ricerca non è più *pura*, ma indirizzata verso scopi ben precisi. La tecnica, in particolare, è mossa dalle richieste del mercato, che crea i suoi stimoli. Anche lo studio della Natura non è più mosso dal desiderio di conoscerne l'intima essenza, ma dalla volontà di raggiungere esiti che possano avere delle ricadute pratiche. In altre parole non possiamo più parlare di *ricerca incondizionata*.

La responsabilità degli scienziati è tanto più grande quanto più ciò che si ricerca è di ampia portata, poiché si possono avere effetti collaterali inimmaginabili, dato che oggi il

⁴⁸ Ivi, pp. 17-18.

⁴⁹ Ivi, pp. 58-59.

⁵⁰ Ivi, p. 65.

⁵¹ Anche se la separazione tra le due è sopravvissuta nella mentalità degli scienziati.

⁵² H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, p. 69.

laboratorio d'azione è il mondo intero. La scienza moderna ha infatti capovolto, stravolto, annientato la visione greca della Natura. Quest'ultima è ormai vista come un grande laboratorio "allargato", all'interno del quale si può liberamente operare, arrivando a trasformarla a proprio piacimento attraverso l'ausilio della tecnica. Come detto in precedenza, una delle cause di questo nuovo modo di pensare è stato l'avvento della visione cristiana del mondo, che ha reso l'uomo padrone *della e sulla* Natura. Ciò a lungo andare ha portato alla creazione di un mondo sempre più artificiale, in cui la Natura doveva essere domata e trasformata, non assecondata⁵³. Oggi più che mai siamo giunti a livelli di controllo elevatissimi: a ben guardare, però, tale controllo si rivela essere fittizio, dato che le possibili conseguenze delle modificazioni imposte alla Natura escono dalla portata umana.

1.7. Tecnica e medicina

Abbiamo fin qui parlato della tecnica in termini generali e di come la sua evoluzione abbia condizionato la vita degli uomini. Ora, passando al nucleo centrale della nostra trattazione, ovvero all'analisi della *tecnica medica* – figlia della moderna scienza – cercheremo di approfondire come questa abbia acquisito un ruolo sempre più rilevante, specialmente nei confronti del corpo femminile.

Già Ippocrate (460-377? a.C.), sebbene sia figlio del pensiero greco, elabora in fase sperimentale quelle che sono le basi della medicina moderna. Anticipando in qualche modo il pensiero scientifico, Ippocrate ricerca la verità: grazie all'ausilio del sapere tecnico, che agisce cercando prove concrete, non è più necessario basarsi su «ipotesi filosofiche che parlavano il linguaggio religioso dell'*archè*, come principio di tutte le

⁵³ Quando parliamo di dominio sulla Natura, ci riferiamo anche al controllo su ciò che avviene all'interno del corpo umano, di un organo, di una cellula. Possiamo facilmente renderci conto di quanto la scienza – attraverso la tecnica – agisca sulla Natura, analizzando, per esempio, la procreazione medicalmente assistita (PMA) e i metodi di fecondazione artificiale. Si tratta di temi che riguardano la riproduzione della vita umana, un aspetto non solo fisiologicamente, ma soprattutto eticamente, molto delicato. Ciò che naturalmente – cioè secondo Natura – avviene all'interno del corpo della madre, oggi può avvenire anche al suo esterno: nel caso della fecondazione artificiale, i due gameti femminile e maschile vengono prelevati dalla madre e dal padre e la loro unione viene indotta artificialmente; una volta che lo zigote ha raggiunto la giusta "maturazione", cioè allo stadio di embrione, esso viene impiantato in utero. Tutte queste operazioni avvengono sotto l'occhio umano e per volontà dell'uomo: l'ovulo fecondato viene esposto, esaminato, selezionato. Dal dominare la Natura esterna, l'uomo si è permesso di invadere la sua stessa natura più intima e nascosta, l'organo riproduttivo femminile e la sua capacità di dare origine a una nuova vita.

cose»⁵⁴. Già con il primo medico greco, quindi, si giunge a eliminare l'unità mitica della Natura, per farla vedere come un'unità artificiale, frutto delle conoscenze verificate⁵⁵.

Come detto sopra, la ricerca scientifica necessita di limitazioni e responsabilità, deve fare attenzione a non oltrepassare quei limiti oltre i quali si lede il bene comune dell'uomo all'interno del mondo. Il medico, a differenza dello scienziato, non agisce in laboratorio, ma ha a che fare con un suo simile, con *persone* che deve trattare intrinsecamente come *fini*. Il paziente – o, nel nostro specifico caso, *la* paziente – è la finalità della cura. Il corpo su cui il medico applica la sua tecnica è l'*oggetto* della cura stessa, ma è il *soggetto* in quanto tale ad essere in gioco⁵⁶.

La tecnica medica esercita la sua costante ingerenza su numerosissimi processi biologici umani. Ci sono situazioni, come la maternità e la procreazione, in cui le nuove tecnologie hanno dato all'uomo la possibilità di *decidere* laddove prima dominava solo la logica della Natura, spostando al contempo sull'uomo la responsabilità di tali decisioni. In questa Tesi tratteremo, in particolare, l'esperienza della gravidanza, ma se rivolgessimo il nostro sguardo anche all'atto procreativo ci accorgeremmo di come la tecnica medica agisca su aspetti della biologia umana così intimi e nascosti che solo qualche decennio fa pareva impensabile potessero essere soggetti all'intervento della medicina⁵⁷. Oggi siamo posti di fronte a «quesiti etici senza precedenti e tra i più ardui da risolvere»⁵⁸, perché «ogni processo scientifico rende la morale più difficile»⁵⁹.

Inoltre, l'intromissione nella riproduzione umana attraverso l'artificio – operazione che coinvolge un numero notevole di attori, a differenza del processo naturale – dimostra come, per la medicina di oggi, nella fisiologia femminile non ci sia ormai più niente di precluso. La medicina, fin dai suoi albori – e tuttora largamente – prerogativa maschile, ha ormai esplorato, indagato e manipolato ogni aspetto biologico della vita delle donne, dal più evidente al più celato.

⁵⁴ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999, cit. p. 258.

⁵⁵ Ivi, p. 258.

⁵⁶ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997, pp. 112-113.

⁵⁷ A quell'epoca, ad esempio, era inimmaginabile che si potesse agire, addirittura al di fuori del grembo materno, sulla microscopica cellula totipotente da cui poi deriverà un nuovo individuo. La medicina di oggi, invece, riesce a “creare una vita umana” in ambienti di laboratorio, sterili e freddi, lontani dal corpo della donna. Una volta reintrodotta in utero l'embrione, perché tale vita si sviluppi naturalmente, il processo artificiale si fonde con quello naturale, mascherandosi quindi di naturalità, sebbene la capacità decisionale non sia più riservata alla Natura in sé, ma a chi ha trovato il modo di dominarla: l'uomo.

⁵⁸ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 105.

⁵⁹ Ivi, cit. p. 105.

PARTE I

L'invadenza della medicina e le sue implicazioni etiche

2. Medicalizzazione: quando la società è “malata” di medicina

2.1. Somatogenesi, medicina e medicalizzazione

Secondo la storica tedesca Barbara Duden, la *storia del corpo delle donne* fornisce la chiave di lettura per interpretare il presente, il modo in cui le donne percepiscono se stesse e il loro ruolo nella società, nonché i conflitti che ruotano attorno ai temi bioetici¹. Ma la storia del corpo femminile, secondo Duden, è data dall'intrecciarsi di due elementi differenti. Il primo è una «storia della superficie: dello sguardo medico, religioso, artistico – sia femminile sia maschile – *sulla carne*»², ovvero su ciò che, del corpo della donna, *si vede*. Il secondo elemento è una «storia del sentire e del vedere all'interno, ovvero la storia dell'esperienza nell'“oscurità sotto la pelle”»³.

Soffermiamoci su questo secondo punto e chiediamoci: in che modo le donne vedono *dentro* il proprio corpo al giorno d'oggi? «Gran parte delle immagini relative al corpo più diffuse nella nostra cultura trae origine dal modello biomedico occidentale; *la medicina costituisce cioè una delle principali fonti di costruzione delle rappresentazioni sociali del corpo*»⁴. In una parola, la medicina moderna svolge una funzione *somatogena*⁵. Come vedremo tra poco, tale fenomeno è una diretta conseguenza dell'imperante “medicalizzazione del corpo”.

Con il termine *medicalizzazione* si intende «la progressiva estensione del dominio, dell'influenza o della supervisione della medicina su fasi ed aspetti della vita dell'uomo»⁶. Detto con le parole di Hugo Tristram Engelhardt jr.: «La medicina medicalizza la realtà, [...] traduce nei suoi termini interi arcipelaghi di problemi»⁷. Si può quindi parlare di medicalizzazione della gravidanza, del parto, del ciclo mestruale, della menopausa, ma

¹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 69.

² B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 18.

³ Ivi, cit. p. 18.

⁴ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 59.

⁵ La *somatogenesi* – dal greco *soma* (σῶμα, -ατος), “corpo” e *genesis* (γένεσις), “creazione, origine” – è il «potere, che hanno le nuove tecniche, di plasmare il corpo vivente» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 118).

⁶ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 74.

⁷ H. T. Engelhardt jr., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore 1991. Citato in: P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 75.

anche dell'infanzia, della vecchiaia, dell'infertilità, del dolore e così via. *Medicalizzare* significa trasformare qualcosa che normalmente (e spesso inevitabilmente) fa parte della natura umana – sia che si tratti di un disturbo, di una disfunzione oppure di una semplice condizione – in un “problema” suscettibile di trattamento medico, con il preciso intento di ricondurre il corpo del paziente a quelli che dai medici sono considerati gli ideali auspicabili in termini di funzionalità, capacità, aspetto⁸. È la medicina a stabilire «quali funzioni, dolori e alterazioni siano normali, cioè appropriati e accettabili»⁹ e basandosi su questi essa costruisce il suo ideale di corpo sano. È in questo senso che la medicina agisce come una delle principali fonti di costruzione del corpo e delle sue rappresentazioni¹⁰.

2.2. Iatrogenesi: la medicina come minaccia per la salute

Nel suo libro *Nemesi medica. L'espropriazione della salute* – pubblicato nel 1976 ma estremamente attuale nei contenuti – Ivan Illich sostiene che deve essere posto un freno al dilagare della medicina, poiché «un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno»¹¹. A questo proposito, Illich parla di *iatrogenesi*¹²: egli sostiene che «la corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute»¹³ e che ormai sono chiaramente percepiti i «poteri patogeni – cioè generatori di malattia – della diagnosi e della terapia»¹⁴. Con la sua critica Illich evidenzia i danni, materiali e psicologici, provocati dalla medicina, arrivando a dire che «durante le ultime generazioni il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo»¹⁵. Oggi, forse ancor più di allora, la pervasività della medicina nelle nostre vite e i suoi effetti negativi sono sotto gli occhi di tutti.

Riferendoci alla medicina attuale possiamo affermare che «un grande sforzo

⁸ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, pp. 74-75.

⁹ H. T. Engelhardt jr., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore 1991. Citato in: P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 75.

¹⁰ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 75.

¹¹ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 14.

¹² Dal greco *iatros* (ιατρός), “medico” e *genesis* (γένεσις), “creazione, origine”.

¹³ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 9.

¹⁴ Ivi, cit. p. 9.

¹⁵ Ivi, cit. p. 12.

Questo tema sarà affrontato anche da Barbara Duden, che teorizzerà la decorporeizzazione della donna per mano dei medici attraverso l'impiego della tecnica (cfr. par. 6.6).

istituzionale si è trasformato in qualcosa di controproducente»¹⁶, «un grande settore istituzionale ha allontanato la società dal fine specifico per cui quel settore era stato creato e tecnicamente attrezzato»¹⁷, ovvero la salute degli individui. Illich afferma – e le sue parole suonano molto attuali – che «ciò che ha fatto dell’assistenza sanitaria un’impresa generatrice di malattia è l’intensità stessa di uno sforzo ingegneristico che ha convertito la sopravvivenza umana da prestazione di organismi in risultato di manipolazione tecnica»¹⁸.

La iatrogenesi è «ormai diventata irreversibile per via medica, essendo una caratteristica connaturata allo sforzo medico»¹⁹. I provvedimenti tecnici e burocratici, che vengono intrapresi per scongiurare che le cure mediche arrechino danni al paziente, si rivelano infatti deleteri e comportano un aggravamento della situazione che pretendono di risolvere²⁰. Tali inefficaci rimedi si avvitano in una «spirale di *feedback* istituzionale negativo»²¹, per indicare la quale Illich usa l’evocativa espressione *nemesi medica*. Egli sostiene di aver scelto un nome proveniente dal mito²², per riferirsi a queste problematiche, proprio per porsi in contrasto fin da subito con il punto di vista tecnico-industriale da cui l’apparato medico a sua volta osserva il problema della iatrogenesi.

Secondo Illich «la guarigione dal morbo iatrogeno che pervade la società è un compito politico, non professionale. Deve fondarsi su un consenso di base, popolare, circa l’equilibrio tra la libertà civile di guarire e il diritto civile a un’equa assistenza»²³. «Il rovesciamento della *nemesi* può venire solo dall’interno dell’uomo e non da un’ennesima fonte tecnica (eteronoma) basata ancora una volta sul pretestuoso giudizio dell’esperto e sulla mistificazione che ne consegue. La *nemesi medica* resiste ai rimedi medici»²⁴. Per superarla l’uomo deve riappropriarsi di se stesso, poiché essa «può essere rovesciata solo con un recupero, da parte dei profani, della volontà di farsi carico di se stessi, e attraverso

¹⁶ I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 13.

¹⁷ Ivi, cit. p. 13.

¹⁸ Ivi, cit. p. 12.

¹⁹ Ivi, cit. p. 42.

²⁰ Ivi, p. 42.

²¹ Ivi, cit. p. 42.

²² Nella mitologia greca *Nemesi* (Νέμεσις) era la personificazione della “vendetta divina”: ella puniva colui che osava elevarsi al rango di eroe, l’uomo che sfidava gli dèi, il mortale che tentava di raggiungere l’immortalità. Questa divinità simboleggiava «la risposta della natura [...] alla presunzione dell’individuo che cercava di acquisire gli attributi del dio» (I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 42), la giusta collera degli dèi davanti al peccato di *hybris* (ὕβρις), che in greco indica la “superbia” e il “superamento del limite”. In questo senso sono emblematiche le sorti toccate a Icaro e Fetonte, come anche il castigo inflitto da Zeus a Prometeo, colpevole di aver rubato agli dèi il fuoco per farne dono agli uomini (cfr. Cap. 1, nota 1) (A. Ferrari, *Dizionario di mitologia*, UTET 1999, voci *hybris*, *Nemesi*).

²³ I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 12.

²⁴ Ivi, cit. p. 43.

il riconoscimento giuridico, politico e istituzionale di questo diritto di salvaguardarsi, che stabilisce dei confini al monopolio professionale dei medici»²⁵.

2.3. Iatrogenesi clinica: la medicina dannosa

Sempre nel 1976 Illich scrive: «Una quota crescente del *nuovo* fardello di malattie degli ultimi quindici anni non è che il risultato di interventi sanitari effettuati a beneficio di individui malati o che potrebbero diventarlo. È cioè prodotta dai medici, *iatrogena*»²⁶. «Una tecnologia imponente unita a retorici discorsi egualitari ha creato l'impressione che la medicina contemporanea sia altamente efficace. Indubbiamente [...] un certo numero di trattamenti specifici si è dimostrato estremamente utile. Ma [...] la maggior parte delle vertiginose somme che oggi si spendono per la medicina è destinata a un tipo di diagnosi e cure la cui efficacia è, tutt'al più, dubbia»²⁷. Inoltre, «il fatto che la medicina moderna è diventata molto efficace nel trattamento di sintomi specifici non significa che rechi maggior beneficio alla salute dei pazienti»²⁸.

Quando definisce “iatrogene” certe patologie, Illich sottintende che a provocare il male non sono il naturale decorso di una malattia o le sue complicanze, ma proprio le persone, le cose o i luoghi atti a curarle, ossia *medici, farmaci e ospedali*. Illich chiama questo fenomeno – ovvero la «moltitudine di effetti collaterali della terapeutica»²⁹ – *iatrogenesi clinica*. Essa si manifesta «quando la capacità organica di reazione e di adattamento viene sostituita da una gestione eteronoma»³⁰ e «costituisce [...] uno dei modi in cui il predominio della cura medicalizzata diventa ostacolo ad una vita sana»³¹.

Secondo Illich, nel migliore dei casi la medicina propone delle cure inutili che poi si dimostreranno innocue. In tutti gli altri, gli interventi e le terapie proposti non solo sono inefficaci, ma addirittura dannosi per il paziente. I possibili effetti collaterali dei medicinali sono aumentati di pari passo con l'incremento della loro potenza curativa e gli

²⁵ Ivi, cit. p. 43.

²⁶ Ivi, cit. p. 20.

²⁷ Ivi, cit. p. 29.

²⁸ Ivi, cit. p. 91.

²⁹ Ivi, cit. p. 34.

³⁰ Ivi, cit. p. 139.

³¹ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. nota 26 p. 75.

interventi chirurgici non necessari sono all'ordine del giorno³². Tra questi ultimi rientrano gli interventi discrezionali, come l'asportazione delle tonsille, delle adenoidi, l'erniotomia inguinale, la colecistectomia³³. Illich a questo proposito parla di trattamenti medici atti a curare delle "non-malattie", che possono dare origine a vere situazioni invalidanti, invece che portare benessere³⁴. Poiché le diagnosi e le cure comportano sempre un inevitabile margine d'errore, le vittime della malattia iatrogena raggiungono un numero incalcolabile. «La sofferenza, le disfunzioni, l'invalidità e l'angoscia conseguenti all'intervento della tecnica medica [...] fanno dell'impatto della medicina una delle epidemie più dilaganti del nostro tempo»³⁵. Quanto a numero di vittime, Illich considera l'epidemia iatrogena, nelle sue varie manifestazioni, seconda solo alla malnutrizione, con l'aggravante che essa viene diffusa dalle autorità per vie istituzionali³⁶.

Non bisogna tuttavia credere che tali malepratiche caratterizzino solo la medicina moderna: si tratta di eventi e situazioni che si sono sempre verificati e sempre si verificheranno³⁷. Ma una svolta è avvenuta quando «il medico ha cessato di essere un artigiano che esercitava la sua arte su individui che conosceva di persona ed è diventato un tecnico che applica regole scientifiche a classi di pazienti»³⁸. Da quel momento l'errore medico «ha assunto un carattere anonimo [...]. Ciò che una volta era considerato un abuso di fiducia e una colpa morale ora può essere razionalizzato come una fortuita disfunzione dell'apparecchiatura o dei suoi operatori»³⁹. Oggi parlare di un ospedale significa parlare della sua complessa tecnologia ed è proprio questa a fornire alla classe medica l'alibi perfetto: «la negligenza diventa "casuale errore umano" o "avaria del sistema", l'insensibilità "distacco scientifico" e l'imperizia "mancanza di attrezzature specializzate". La spersonalizzazione della diagnosi e della terapia ha cambiato la malpratica da problema etico a problema tecnico»⁴⁰.

Oggi si sente spesso parlare di "malasanità", un tema che nei giornali e telegiornali

³² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, pp. 35-36.

³³ Ivi, nota 58 p. 36.

³⁴ Ivi, p. 36.

³⁵ Ivi, cit. pp. 33-34.

³⁶ Ivi, p. 34.

³⁷ Contro l'ignoranza, l'incompetenza e, soprattutto, l'impunità dei medici si scagliava già secoli fa Plinio il Vecchio nella sua *Naturalis Historia* (XXIX, 8): «[I medici] imparano a nostro rischio e pericolo e fanno esperienza a furia di ammazzare: solo il medico può uccidere nella più assoluta impunità» (I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, nota 61 p. 37).

³⁸ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. pp. 37-38.

³⁹ Ivi, cit. p. 38.

⁴⁰ Ivi, cit. p. 38.

italiani viene proposto e dibattuto con regolarità. Si tratta di un fenomeno ormai decisamente ben accertato e documentato⁴¹, che però tende ancora ad essere minimizzato, o addirittura negato, dalla classe medica e dall'industria farmaceutica. Secondo Illich si cerca, per quanto possibile, di scaricare la colpa del danno provocato direttamente sul paziente, cioè su chi l'ha subito⁴². In ambito italiano, nei casi clinici più difficili e controversi, i medici per tutelarsi chiedono al paziente – dopo averlo correttamente informato – di firmare dei moduli che li sottraggano alla responsabilità delle conseguenze negative del loro intervento: in questo modo è il paziente stesso ad assumersi l'onere di tutti i rischi che il suo “caso” può comportare.

2.4. L'errore medico dal punto di vista etico

Alla visione radicale di Illich sull'errore medico possiamo affiancare le riflessioni di Luigi Mario Chiechi⁴³. Anch'egli riconosce che la medicina non è una scienza esente da errori e che sono anzi relativamente frequenti le morti e i danni permanenti dovuti a una diagnosi superficiale o frettolosa, a una terapia sbagliata, a un intervento inopportuno e così via. Da sempre e da parte di tutti – pazienti compresi – si considera l'errore medico come un'eventualità imprescindibile dalla cura, quasi fosse un “inconveniente del mestiere”, quindi assolutamente inevitabile. Si tratterebbe di un rischio da accettare con rassegnazione, magari considerandolo il prezzo da pagare a fronte dei successi della medicina moderna⁴⁴.

È inoltre largamente diffusa – tra i medici, ma non solo – la visione secondo cui un errore può essere di insegnamento per il futuro: d'altronde per ogni medico ci sarà sempre un caso clinico che sarà il suo *primo* caso. Gli operatori sanitari, tutti, sbagliano e imparano “sulla pelle” dei pazienti: questa è purtroppo l'unica via possibile per apprendere e fare la necessaria esperienza. Ma se è vero che non ci si può sottrarre a questa realtà, si può invece cercare di incrementare la coscienza etica degli operatori; se,

⁴¹ Molti esempi statisticamente dettagliati si trovano in: I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, pp. 38-40.

⁴² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, p. 40.

⁴³ Docente di Ginecologia e membro del Dipartimento di Bioetica presso l'Università di Bari.

⁴⁴ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 61.

al contrario, essa si riduce, cresce proporzionalmente la sofferenza inflitta al malato⁴⁵.

La concezione dell'errore come circostanza che non può evitare o come tappa obbligata della sua formazione «spinge il medico a considerare come ingiusta la denuncia da parte del paziente, denuncia che viene vista come una rottura del patto fiduciario in cui è inserita la possibilità di errore, una specie di privilegio o di immunità che non può essere violata proprio contro chi si prodiga per la salvezza della vita»⁴⁶. L'ostacolo maggiore alla concretizzazione di questa visione "garantista" nei confronti del medico deriva dalla fiducia assoluta – irrealistica e per questo eccessiva – che la società contemporanea ripone nella medicina: il paziente danneggiato da colui che avrebbe dovuto curarlo si sente "tradito" nelle sue illusorie aspettative. L'errore medico diventa così lo spunto per lucrose ritorsioni legali, dalle quali i medici sono costantemente minacciati.

Ogni provvedimento medico, anche il più piccolo, è costituito da una serie di passaggi che richiedono l'intervento di un elevato numero di attori; il lungo e complesso *iter* dei singoli casi clinici porta i pazienti a venire a contatto con più persone e strutture, aumentando così la probabilità di incorrere in un errore. Come in una qualsiasi istituzione, anche in campo sanitario la burocrazia e la mania per l'efficienza e il profitto incombono su ogni cosa: «ogni atto è [...] velocizzato, cronometrato, ottimizzato al calcolo della produttività [...]. Le statistiche [sono] solo numeri [...]. L'efficienza è questa, la prestazione è in questi numeri. Le complicanze, gli esiti negativi, gli sbagli, tutto viene rapidamente dimenticato»⁴⁷. La *burocratizzazione del sistema* cataloga e depersonifica i pazienti: «non soltanto gli uomini vengono amministrati come cose, ma vengono [...] inseriti nelle valutazioni statistiche, elaborati e trasformati in medie; non individui viventi e sofferenti, ma dati, risultati, proiezioni»⁴⁸.

Mancano però, secondo Chiechi, i mezzi che permettano di monitorare l'errore clinico: «sembra incredibile come si dedichi così poca attenzione a questa moderna contraddizione della nostra medicina: la capacità di ammalare di un sistema ideato e strutturato per guarire»⁴⁹. Chiechi lamenta la scarsa attenzione data dalle istituzioni a quello che egli definisce "errore sanitario latente", «derivante dall'ipertrofia del sistema sanitario

⁴⁵ Ivi, p. 66.

⁴⁶ Ivi, cit. p. 62.

⁴⁷ Ivi, cit. p. 65.

⁴⁸ Ivi, cit. p. 65.

⁴⁹ Ivi, cit. p. 67.

odierno»⁵⁰. Nessuno attribuisce il giusto peso a quest'errore latente, anche perché le valanghe di cause giudiziarie ne impediscono un efficace monitoraggio. «E d'altronde il medico ospedaliero ha scarsa fiducia che l'attuale dirigenza sarebbe in grado di porre un valido rimedio, nel momento in cui vive quotidianamente sulla propria pelle la principale motivazione che porta all'errore in ospedale e che risiede principalmente nell'assurda (dis)organizzazione ospedaliera»⁵¹. Con tali presupposti la scomparsa dell'errore medico è impensabile: «come pretendere che non si verifichi l'errore se si lasciano interi reparti chirurgici nelle mani di una sola infermiera? [...] [Oppure] se nei reparti di ostetricia i turni non sono più coperti dalle ostetriche?»⁵²

Tutti noi sappiamo che, tra i tanti errori commessi in medicina, alcuni potrebbero essere evitati se solo si prestasse maggiore attenzione ai sintomi del paziente o se ci fosse maggiore accortezza nella diagnosi. Chiechi, dal canto suo, va oltre e afferma che, a suo parere, l'errore medico può essere evitato nel suo complesso. Più che una considerazione scientifica, la sua è una considerazione di carattere etico⁵³. Egli infatti, prima che sul piano clinico o legale, colloca l'errore medico sul piano etico del rapporto tra medico e paziente⁵⁴. «Sotto questo aspetto la medicina dovrebbe sentire l'obbligo morale di non commettere l'errore medico. Questo significa porre in atto tutte le misure idonee a evitare che l'errore medico avvenga [e] assicurare al malato che [...] non accadrà»⁵⁵. Purtroppo, denuncia Chiechi, la medicina di oggi vive una fase di “povertà etica”, in cui non solo diventa difficile scongiurare la comparsa dell'errore medico, ma si cerca di minimizzarlo o di occultarlo quando si presenta. Un approccio etico all'errore, invece, richiederebbe di ammetterlo di fronte al paziente, adempiendo così all'obbligo morale alla veracità (cfr. par. 3.5). Il coraggio di riconoscere e confessare i propri sbagli, così poco frequente al giorno d'oggi, è il primo passo verso una medicina davvero efficiente, che vuole ritrovare, da parte della società, l'indispensabile base fiduciaria nel sistema⁵⁶.

⁵⁰ Ivi, cit. p. 63.

⁵¹ Ivi, cit. p. 63.

⁵² Ivi, cit. p. 63.

⁵³ Ivi, p. 62.

⁵⁴ Ivi, p. 64.

⁵⁵ Ivi, cit. p. 64.

⁵⁶ Ivi, pp. 67-68.

2.5. Iatrogenesi sociale: la medicalizzazione della vita

Nel corso della sua storia la medicina ha subito significativi cambiamenti. Volgendo lo sguardo al passato possiamo notare come un tempo essa si sforzasse di utilizzare a proprio vantaggio ciò che già avveniva in natura, ad esempio favorendo la naturale tendenza delle ferite a sanarsi, del sangue a coagularsi, del sistema immunitario a sopraffare i batteri⁵⁷. Come diceva Ippocrate: “Per il malato, il meno è il meglio”⁵⁸. Oggi, invece, non si asseconda più la natura, o meglio non si ha più la pazienza di rispettare i suoi tempi, troppo lunghi per l’uomo moderno. Oggi si medicalizza, si somministrano farmaci per prevenire anche quelli che sono eventi normali, si creano terapie che costringono l’organismo a interagire con molecole inesistenti in natura o con macchine, come mai era successo prima nell’intera storia umana⁵⁹.

La medicina moderna, esattamente come una qualsiasi industria, cerca di incentivare il più possibile la richiesta dei suoi “prodotti” e dei suoi “servizi” da parte delle persone. E come ottenere questo risultato se non facendo credere agli individui sani di essere malati e convincendoli dell’assoluta necessità di un parere medico in ogni ambito della vita? In altre parole «la pratica medica promuove malessere rafforzando una società morbosa che spinge la gente a diventare consumatrice di medicina curativa, preventiva, del lavoro, dell’ambiente ecc.»⁶⁰. «Una iatrogenesi intrinseca infligge ormai tutte le relazioni sociali»⁶¹, lo stato di medicalizzazione si è esteso a ogni evento della vita: Illich chiama questo processo “medicalizzazione della vita” e ritiene che essa porti a una vera e propria espropriazione della salute⁶².

Illich definisce *iatrogenesi sociale* «il danno medico alla salute individuale [...] prodotto da un modo di trasmissione sociopolitico, [...] tutte le menomazioni della salute dovute appunto a quei cambiamenti socio-economici che sono stati resi desiderabili,

⁵⁷ I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 47.

⁵⁸ Ivi, p. 90.

⁵⁹ Ivi, p. 47.

È questo uno dei punti su cui insiste anche Barbara Duden, quando ad esempio descrive la pillola anticoncezionale come un prodotto della tecnica che non ha precedenti (cfr. par. 5.4).

⁶⁰ I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. pp. 40-41.

«Il monopolio medico e paramedico sulla metodologia e tecnologia dell’igiene è un esempio lampante del cattivo uso politico delle conquiste scientifiche, deviate a rafforzare la crescita industriale anziché personale» (I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 15).

⁶¹ I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 14.

⁶² Ivi, p. 41.

possibili o necessari dalla forma istituzionale assunta dalla cura della salute»⁶³. Essa provoca molteplici danni: uno tra i tanti è l'abolizione del «diritto ad autosalvaguardarsi»⁶⁴. Si può parlare di iatrogenesi sociale quando la cura della salute viene vista come un prodotto industriale, «quando ogni sofferenza viene “ospitalizzata” e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe far esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza»⁶⁵.

La iatrogenesi sociale emerge quando agli individui e alla società vengono sottratte le condizioni ambientali necessarie per tenere sotto controllo da sé i propri stati interni⁶⁶. «Quando l'autonomia professionale degenera in un monopolio radicale e la gente è resa incapace di far fronte al proprio ambiente, allora la iatrogenesi sociale diventa il principale prodotto dell'organizzazione medica»⁶⁷. «Quando l'ospedale diventa il centro di raccolta obbligato di tutti quelli che si trovano in condizioni critiche, [questo monopolio radicale] impone alla società una nuova forma di agonia. [...] I monopoli radicali rendono la gente incapace di fare da sé»⁶⁸. Così «la propagazione maligna della medicina [...] trasforma l'assistenza reciproca e l'automedicazione in atti illeciti o criminosi»⁶⁹. Secondo Illich la iatrogenesi sociale è reversibile solo con un ferreo intervento politico che riduca il monopolio professionale nel campo della salute⁷⁰.

Se consideriamo uno dei partner fondamentali per il moderno sistema medico, l'industria farmaceutica, ci accorgiamo di come il loro connubio abbia portato a un vero e proprio cambio di mentalità nella gente comune. La nostra società è «preda di una invasione farmaceutica»⁷¹, un sovraconsumo di medicinali favorito dalla professione medica, che spesso tende a soddisfare esigenze lucrose piuttosto che l'essenziale bisogno di salute⁷². Così come Luigi Mario Chiechi⁷³, anche Illich sostiene che spesso i prodotti

⁶³ Ivi, cit. pp. 48-49.

⁶⁴ Ivi, cit. p. 49.

⁶⁵ Ivi, cit. p. 49.

⁶⁶ Ivi, p. 139.

⁶⁷ Ivi, cit. pp. 49-50.

⁶⁸ Ivi, cit. p. 50.

⁶⁹ Ivi, cit. p. 50.

⁷⁰ Ivi, p. 50.

⁷¹ Ivi, cit. p. 72.

⁷² Senza contare che molti degli inevitabili effetti collaterali dei farmaci, anche di quelli più diffusi, sono largamente ignoti al pubblico perché le case farmaceutiche e i medici li tacciono intenzionalmente, vuoi per interesse economico, vuoi per paura di ripercussioni giudiziarie, o addirittura per loro stessa ignoranza.

farmaceutici si rivolgono alla popolazione *sana* piuttosto che a quella malata. L'effetto più pericoloso di questo fenomeno è indurre a vedere «il corpo [...] come una macchina, azionata da manopole e interruttori meccanici»⁷⁴, secondo una visione che potremmo definire cartesiana (cfr. par. 2.12). A una simile conclusione giunge anche Barbara Duden, quando, riflettendo sulla valenza simbolica della pillola anticoncezionale, la descrive esattamente come qualcosa che, nella percezione che ne hanno le donne, è in grado di spegnere e riaccendere l'«interruttore della procreazione»⁷⁵ (cfr. par. 5.4).

2.6. La classificazione sociale come conseguenza della medicalizzazione

La moderna medicina esercita un controllo sociale sulla popolazione. Il suo «potere definitorio» è così vasto che da essa ci si aspetta l'ultima parola sulla nostra e altrui salute: alla medicina è stato delegato non solo il compito di trovare una cura per le malattie, ma addirittura quello di stabilire cosa significhi essere *sano*, *malato*, *incinta*, *a rischio*, allontanando a poco a poco dagli individui la capacità «naturale» di autodefinirsi. È la medicina che convince gli individui di essere malati e bisognosi di cure, che fa avvertire loro la necessità di essere dichiarati sani o di conoscere la «cura» migliore per tornare ad esserlo e rientrare nella cosiddetta «norma». Essa inoltre ha la capacità di generare sempre nuove tipologie di pazienti⁷⁶.

La medicina può decidere cosa è bene e cosa è male. «In ogni società la medicina, al pari del diritto e della religione, definisce ciò che è normale, giusto o desiderabile. La medicina ha l'autorità di etichettare come malattia legittima ciò che lamenta un individuo, di dichiararne malato un altro anche se non si lamenta, e di rifiutare a un terzo il riconoscimento sociale della sua sofferenza»⁷⁷. Alla medicina quindi spetta sempre l'ultima parola sulle sensazioni soggettive dell'individuo: essa solamente può oggettivarle, dichiarandole *sintomi* a tutti gli effetti. Così come tocca al giudice stabilire che cosa è legale e chi infrange la legge e al prete dichiarare che cosa è sacro e chi commette un

⁷³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 91.

⁷⁴ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. pp. 72-73.

⁷⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 138.

⁷⁶ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, p. 51.

⁷⁷ Ivi, cit. p. 53.

peccato, così «il medico decide che cosa è un sintomo e chi è malato»⁷⁸.

Illich propone un parallelo con le società primitive, nelle quali era riconosciuto al guaritore il potere morale di discernere il bene dal male. Nella nostra società tecnicamente avanzata questo potere, passato nelle mani del medico, si espande ulteriormente e viene esercitato attraverso la professionalizzazione delle mansioni sanitarie. «Soltanto i dottori oggi “sanno” che cosa costituisce una malattia, chi è malato, e che cosa bisogna fare al malato e a quelli che essi considerano “esposti a uno speciale rischio”. [...] la classificazione sociale è stata medicalizzata a tal punto che ogni devianza deve avere un’etichetta medica»⁷⁹.

«In una società medicalizzata l’influenza dei medici [...] si estende [...] anche alle categorie cui le persone sono assegnate. La burocrazia medica suddivide gli individui in quelli che possono guidare l’automobile, quelli che possono assentarsi da lavoro, quelli che debbono essere rinchiusi, quelli che possono fare il soldato, quelli che possono andare oltre frontiera, [...] quelli che sono morti, quelli che sono in grado di commettere un delitto e quelli che sono responsabili d’averlo commesso»⁸⁰. Il possesso di un certificato firmato da un medico «fornisce al titolare uno status speciale basato non sull’opinione civica ma su quella sanitaria»⁸¹. Una delle conseguenze di questa proliferazione di attestati medici è il condizionamento che subisce la vita degli individui, che possono vedere usurpata la loro libertà a causa della mancanza di determinati requisiti sanitari o per la presenza di anomalie rispetto agli standard: «la diagnosi può negare la nascita a un essere umano con geni cattivi, escludere un altro dalla carriera e un terzo dalla vita politica»⁸². «Una volta che una società è organizzata in modo tale che la medicina può trasformare gli individui in pazienti perché sono ancora in pancia o neonati o in menopausa o in qualche altra “età di rischio”, inevitabilmente la popolazione cede una parte della sua autonomia ai propri terapeuti»⁸³.

«La ritualizzazione delle fasi della vita è un fatto tutt’altro che nuovo; quella che è nuova è la loro intensa medicalizzazione. [...] La supervisione medica permanente [...] fa di tutta la vita una serie di periodi di rischio, ciascuno dei quali richiede una tutela

⁷⁸ Ivi, cit. p. 54.

⁷⁹ Ivi, cit. p. 55.

⁸⁰ Ivi, cit. pp. 86-87.

⁸¹ Ivi, cit. p. 87.

⁸² Ivi, cit. p. 101.

⁸³ Ivi, cit. pp. 87-88.

speciale. [...] la vita diventa un pellegrinaggio tra test e cliniche verso la corsia dove essa ebbe inizio»⁸⁴. Essa è ridotta a un percorso che, nel bene e nel male, deve essere pianificato e modellato istituzionalmente⁸⁵. La vita così intesa «comincia a esistere con l'esame prenatale, quando il dottore decide se e come il feto dovrà essere partorito, e terminerà con un timbro su un grafico che prescriverà di sospendere la rianimazione. Tra il parto e il termine estremo, questo fascio di interventi biomedici trova la sua migliore collocazione in una città che sia costruita come un utero meccanico»⁸⁶.

Tra gli stati che solo recentemente hanno generato una domanda di assistenza medica troviamo la vecchiaia, un tempo «considerata ora un dubbio privilegio ora una pietosa conclusione ma mai una malattia»⁸⁷. Nella moderna società occidentale, invece, aumenta costantemente la quota della popolazione «che rivendica il diritto ad essere curata della propria vecchiaia»⁸⁸; questo ha condotto alla medicalizzazione della fase finale della vita, cioè alla sua trasformazione in uno stato che necessita di continua assistenza professionale.

La medicina non pervade solo la parte conclusiva della vita, ma anche il suo principio. L'autorità del medico, che ha fatto la sua comparsa in sala-parto alla metà del diciannovesimo secolo, si è a poco a poco estesa nel tempo, «finendo per medicalizzare l'infanzia, la fanciullezza e la pubertà»⁸⁹. Il controllo medico-sociale sull'uomo moderno si esplica «facendo del neonato un paziente da tenere in clinica finché non se ne certifichi la buona salute, e definendo il lamento della nonna un bisogno di terapie anziché di comprensivo rispetto»⁹⁰; in questo modo «l'impresa medica crea non soltanto una legittimazione dell'uomo-consumatore formulata in termini biologici, ma anche nuove spinte verso un'escalation della megamacchina»⁹¹ che si è pian piano sostituita alla società.

⁸⁴ Ivi, cit. pp. 88-89.

⁸⁵ Ivi, p. 89.

⁸⁶ Ivi, cit. p. 89.

⁸⁷ Ivi, cit. p. 91.

⁸⁸ Ivi, cit. p. 91.

⁸⁹ Ivi, cit. p. 95.

⁹⁰ Ivi, cit. p. 98.

⁹¹ Ivi, cit. p. 98.

2.7. La reificazione del corpo femminile

Una delle “fasce di mercato” predilette dalla medicina, una di quelle che essa danneggia maggiormente sotto forma di invadente medicalizzazione, è quella costituita dalla popolazione femminile. Esistono dei precisi motivi di ordine culturale alla base di questo fenomeno. Denuncia Luigi Mario Chiechi: «Si è avvalsa nel mondo occidentale la dannata considerazione di ritenere il corpo femminile un valore per gli altri; deve attrarre, sedurre, piacere, divertire, generare»⁹²; non ha un valore in sé e per sé, ma sempre relativamente a qualcun altro o a qualcosa che è in grado di fare.

Nel corso della vita delle donne ci sono eventi fisiologici, come la gravidanza o la menopausa, che – secondo questa mentalità – “svalorizzano” sempre più il loro corpo: «il corpo femminile è prima giovane e attraente, poi diventa gravido, strumento che genera, esaminabile, infilzabile, tagliabile; e poi di nuovo attraente, ma già svalorizzato dalla maternità, dai parti, dall’allattamento; poi ancora, inutile, non sessualizzabile, non sessualizzato né riproduttivo»⁹³. La contrapposizione con la sua controparte maschile è facile: l’uomo è sempre uguale a se stesso, così come il suo ruolo sociale rimane per lo più lo stesso; la sua “uniformità” nel tempo aveva fornito agli antichi la prova della superiorità dell’uomo sulla donna, che esibisce, al contrario, una inferiorità biologica che non perde occasione di manifestarsi⁹⁴. A differenza del corpo maschile, i cui mutamenti, durante la crescita, sono gradualmente e continui, il corpo femminile evolve attraversando vari momenti, potremmo dire che si sviluppa per “scatti” successivi: «ora è vergine, ora è deflorato, ora ha partorito, ora ha allattato, ora è in menopausa; ed ognuno di questi “ora” della sua espressione biologica rappresenta una svalorizzazione»⁹⁵. Quel che sembra più grave è che la stessa medicina, per definire lo stato di salute di una donna, usi come termine di paragone il corpo femminile “ideale”, cioè giovane e in età fertile, rispetto al quale un corpo più “maturo”, che ha ormai rallentato i suoi tempi di reazione, apparirà sempre imperfetto.

«È un corpo, quello di donna, che può essere, medicalmente parlando, offeso, abbellito, ingrandito, ridotto, gonfiato, liposucchiato, snaturato. È stato reificato, molto più [di

⁹² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 15.

⁹³ Ivi, cit. pp. 15-16.

⁹⁴ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

⁹⁵ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 16.

quello] dell'uomo»⁹⁶, per opera di quella scienza medica che si ostina ipocritamente a professare, come suo unico scopo, la salute delle persone. Esistono oggi delle tecniche mediche il cui utilizzo contraddice le naturali espressioni biologiche del corpo femminile; basti pensare al parto per via addominale (taglio cesareo), che alcuni paragonano alla «maniera più rapida ed efficiente di estrarre un prodotto da un contenitore»⁹⁷.

2.8. La prevenzione come “caccia alle malattie”

A un certo punto della sua storia, la medicina non si è più accontentata della cura delle malattie e ha voluto dedicarsi alla *prevenzione* delle stesse: «il concetto di morbosità si è esteso fino ad abbracciare i rischi prognosticati. [...] Ci si tramuta in pazienti senza essere malati. La medicalizzazione della prevenzione diventa così un altro grande sintomo di iatrogenesi sociale»⁹⁸. Attraverso la *medicina preventiva* la società viene “medicalmente investita”⁹⁹: «quando il controllo medico non è più circoscritto nello spazio chiuso dell'ospedale, ma si diffonde, come oggi si auspica, nello spazio aperto della società, che così ne risulta attraversata e penetrata, allora sono le nostre abitudini, le nostre passioni, i nostri vizi, le nostre abitazioni, la costituzione atmosferica, i prodotti del suolo, la qualità dell'acqua, in una parola tutto il mondo della nostra vita a cadere sotto la giurisdizione della medicina e a dover rispondere ai suoi controlli»¹⁰⁰. «Nel tentativo di allontanare la morte [...], s'è finito col diffonderla in tutti i luoghi in cui la nostra vita si propaga»¹⁰¹.

Le indagini mediche di tipo preventivo «trasformano delle persone che si sentono bene in pazienti ansiosi di conoscere il loro verdetto»¹⁰². «La diagnosi, sempre, aggrava lo stress, stabilisce un'incapacità, impone inattività, concentra i pensieri del soggetto sulla non-guarigione, sull'incertezza e sulla sua dipendenza da futuri ritrovati medici: tutte cose che equivalgono a una perdita di autonomia nella determinazione di sé. Inoltre, isola la persona in un ruolo speciale, la separa dai normali e dai sani ed esige sottomissione

⁹⁶ Ivi, cit. p. 16.

⁹⁷ Ivi, cit. p. 16.

⁹⁸ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 99.

⁹⁹ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, p. 54.

¹⁰⁰ Ivi, cit. p. 54.

¹⁰¹ Ivi, cit. p. 54.

¹⁰² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 102.

all'autorità di un personale specializzato»¹⁰³.

«Solitamente il pericolo rappresentato dai comuni accertamenti diagnostici è temuto ancor meno di quello derivante dalle terapie ordinarie, anche se i danni d'ordine sociale, fisico e psicologico inflitti dalla classificazione medica sono altrettanto ben documentati»¹⁰⁴. Ad esempio, con le sue diagnosi il medico ha il potere di influire – e non in poca misura – non solo sulla vita del paziente, ma anche sul suo intero nucleo familiare¹⁰⁵. Quando a qualcuno viene diagnosticata una malattia, cambia il modo con cui lo si guarda e di rapportarsi con lui, anche da parte delle persone che gli sono più vicine. Lo sguardo del medico è ormai ritenuto l'unico affidabile: una volta espressa la diagnosi, infatti, anche i familiari non vedranno più il loro caro, ma il paziente descritto e interpretato dalle parole del medico¹⁰⁶.

«La caccia su scala di massa ai rischi per la salute comincia gettando grandi reti destinate a catturare tutti quelli che hanno bisogno di speciale tutela: visite mediche prenatali, cliniche per l'assistenza di bambini in buona salute, *check-up* nelle scuole [...], campagne di medicina preventiva [...]; recentemente si sono aggiunti “consultori” di genetica e per il controllo della pressione sanguigna»¹⁰⁷.

I rischi maggiori degli esami di questo tipo sono dovuti alla tendenza del medico a identificare una patologia anche quando essa non c'è: «educato a “fare qualcosa” e a esprimere il suo interessamento, egli si sente attivo, utile ed efficace quando può diagnosticare una malattia. [...] di solito per una forma di garanzia dall'errore egli si comporta come se attribuire al paziente una malattia fosse meglio che non notarla»¹⁰⁸. In aggiunta a questo, «la propensione diagnostica in favore della malattia si combina con frequenti sbagli di diagnosi»¹⁰⁹.

¹⁰³ Ivi, cit. pp. 106-107.

¹⁰⁴ Ivi, cit. p. 99.

¹⁰⁵ Ivi, p. 100.

¹⁰⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 153.

¹⁰⁷ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 101.

¹⁰⁸ Ivi, cit. pp. 102-103.

¹⁰⁹ Ivi, cit. pp. 103-104.

2.9. Iatrogenesi culturale: la perdita del senso del corpo, del dolore e della morte

Oltre alle ripercussioni strettamente cliniche (cfr. par. 2.3) e sociali (cfr. par. 2.5), «le cosiddette professioni sanitarie hanno, sulla salute, un ancor più profondo effetto negativo d'ordine culturale in quanto distruggono la capacità potenziale dell'individuo di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza, vulnerabilità e unicità. Il paziente in preda alla medicina contemporanea non è che un esempio dell'umanità in preda alle sue tecniche perniciose»¹¹⁰. Egli sperimenta la «paralisi di ogni sana capacità di reazione alla sofferenza, alla invalidità e alla morte»¹¹¹. Questa *iatrogenesi culturale* «ha inizio quando l'impresa medica distrugge nella gente la volontà di soffrire la propria condizione reale»¹¹². La medicina si è progressivamente trasformata in un'organizzazione professionale che si è data il compito di «propagandare l'espansione industriale come una guerra contro ogni sofferenza»¹¹³. Così facendo, però, ha indebolito l'uomo, rendendogli sempre più difficile fronteggiare la realtà, accettare il dolore, vivere la sofferenza in maniera consapevole, accogliere la morte. Come dice Umberto Galimberti, nel nostro mondo basato sull'infalibilità della scienza quell'esperienza unica che è la malattia fatica a trovare un senso¹¹⁴.

Affrontando qui il tema della iatrogenesi culturale, è doveroso parlare anche di *cultura* e analizzare quale sia il suo rapporto con la medicina. Ogni cultura elabora una sua particolare visione della salute e sviluppa degli specifici modi di rapportarsi e di agire nei confronti del dolore, della malattia e della morte. «Il senso che la persona ha del proprio corpo, e con esso la sua salute, sono determinati dalla relazione che essa ha con i lati dolci e amari della realtà e dal modo in cui si comporta verso i propri simili quando vede che soffrono [...]. Il senso del corpo non è un'esperienza statica ma un dono di cultura che si rinnova di continuo»¹¹⁵.

La cura della salute, nelle culture tradizionali, si avvaleva di precise regole di comportamento per tutelare il benessere delle persone. «In senso contrario a queste funzioni si muove l'ideologia diffusa dalla medicina cosmopolita del nostro tempo»¹¹⁶.

¹¹⁰ Ivi, cit. p. 41.

¹¹¹ Ivi, cit. p. 41.

¹¹² Ivi, cit. p. 139.

¹¹³ Ivi, cit. p. 139.

¹¹⁴ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, p. 56.

¹¹⁵ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 141.

¹¹⁶ Ivi, cit. p. 143.

«Quando una cultura si medicalizza, [...] la struttura tradizionale delle usanze, che possono diventare esercizio consapevole nella pratica personale della virtù dell'igiene, viene progressivamente paralizzata da un sistema meccanico, un codice medico in forza del quale gli individui si rimettono alle istruzioni emanate dai loro custodi sanitari»¹¹⁷. Una cultura che si medicalizza, quindi, passa a codificare i propri comportamenti attraverso le nuove direttive dei “professionisti della salute”. «La medicalizzazione dà luogo a un prolifico programma burocratico basato sull'idea che non occorra affatto che ciascuno affronti personalmente il dolore, la malattia e la morte»¹¹⁸: ci si lascia convincere dall'idea che non ha alcun senso sostenere da soli tali situazioni. Ci si persuade, anzi, che il singolo individuo non posseda nemmeno la capacità e la forza – fisiche e mentali – per poterlo fare. In realtà basterebbe guardare alle società non ancora medicalizzate, o al nostro passato, per rendersi conto che non è così. «La civiltà medica è pianificata e organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia e annullare il bisogno di un'arte di soffrire e di morire»¹¹⁹. I risultati di questa pianificazione sono l'espropriazione del corpo e la perdita della capacità di autoconservazione insita in ognuno, con l'inevitabile conseguenza di doversi affidare in tutto e per tutto alla tecnica medica.

Queste riflessioni richiamano alla mente quelle di Barbara Duden, che nei suoi scritti insiste molto sul concetto di “decorporeizzazione” dell'individuo moderno a opera della medicina (cfr. par. 6.6). Nella società contemporanea, infatti, Duden scorge una perdita della consapevolezza della propria corporeità – soprattutto da parte delle donne – così come la scomparsa di quell'intima sensazione di essere parte di un “fluire” più grande. Si può osservare come la “perdita del corpo” sia avvenuta in modo lento e graduale, ma abbia ormai fatto presa a tal punto sulle nostre menti “medicalizzate” che cercare di riappropriarci del nostro corpo è un'impresa quasi impossibile.

¹¹⁷ Ivi, cit. p. 144.

¹¹⁸ Ivi, cit. p. 144.

¹¹⁹ Ivi, cit. p. 144.

2.10. L'esperienza del dolore

Se volgiamo lo sguardo alle culture tradizionali del passato¹²⁰, ci rendiamo conto come queste fornissero degli strumenti culturali che permettevano di decodificare e interpretare il dolore, la malattia e la morte. Tali fenomeni erano visti come “sfide” che l'individuo era chiamato ad affrontare e che da lui esigevano una risposta attiva¹²¹. Nella moderna civiltà medicalizzata, invece, il dolore è tramutato in un problema *tecnico*, spogliando così la sofferenza del suo significato più autentico. Siamo diventati incapaci di accettare qualsiasi tipo di malessere, anche il più lieve, e non percepiamo più il dolore come un aspetto inevitabile della vita, ma piuttosto come la prova evidente di un nostro bisogno di protezione e assistenza. E chi può darci protezione e assistenza se non la stessa tecnica medica che, a conti fatti, ne provoca in noi il bisogno?¹²². Si è passati da un sistema di significati a un sistema di tecniche¹²³. «La cultura rende tollerabile il dolore integrandolo in una situazione carica di senso; la civiltà [medica] cosmopolita distacca il dolore da ogni contesto soggettivo o intersoggettivo per annientarlo. La cultura rende sopportabile il dolore interpretandone la necessità; soltanto il dolore che si considera rimediabile non si può sopportare»¹²⁴. Nelle culture tradizionali «il dolore era riconosciuto come una componente inevitabile della realtà soggettiva del proprio corpo»¹²⁵, era vissuto come un male “naturale”; gli individui sapevano di essere soli di fronte alle situazioni limite della vita, di dover essere forti per sopportare le difficoltà.

La contraddizione in atto nell'età moderna – già palese negli anni in cui scrive Illich – nasce dal fatto che la maggior parte dei “dolori” patiti oggi dall'uomo sono prodotti da lui stesso, dalla vita non più “a misura d'uomo” che conduce, dalla continua espansione tecnico-industriale. Ma è la stessa società che affligge gli individui a offrire loro una soluzione: cos'è la medicina, infatti, se non il rimedio che la società moderna promette per eliminare quei dolori che essa stessa produce? «Il dolore si traduce così in accresciuta domanda di farmaci, ospedali, servizi medici e altre forme di cura professionalizzata e impersonale»¹²⁶. È come se il dolore fosse diventato un problema di economia politica,

¹²⁰ Ma lo stesso discorso è valido per le culture “primitive” a noi contemporanee.

¹²¹ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, p. 147.

¹²² Ivi, p. 147.

¹²³ Ivi, p. 148.

¹²⁴ Ivi, cit. p. 148.

¹²⁵ Ivi, cit. pp. 148-149.

¹²⁶ Ivi, cit. p. 149.

una mera fonte di guadagno. «Nella distopia del ventesimo secolo, la necessità di sopportare una realtà dolorosa, interna o esterna, è vista come un difetto del sistema socioeconomico e il dolore è considerato un'emergenza accidentale da affrontare con interventi straordinari»¹²⁷.

«Mentre per la cultura il dolore è un “disvalore” intrinseco, intimo e incomunicabile, per la civiltà medica è soprattutto una reazione organica, sistemica, che si può verificare, misurare e regolare. Soltanto il dolore percepito a distanza da una terza persona costituisce una prova diagnostica che richiede una cura specifica»¹²⁸. L'occhio distaccato e scientifico del medico, che ha scalzato quello empatico e compassionevole del guaritore, ha la presunzione di poter capire con precisione quando c'è vera sofferenza: solo se il medico rileva e codifica il dolore, questo è reale, altrimenti non lo è. «È la professione a decidere quali sono i dolori autentici, quali hanno una base somatica e quali una psichica, quali sono immaginari e quali simulati. La società riconosce questa valutazione professionale e vi si attiene. La compassione diventa una virtù obsoleta»¹²⁹.

2.11. La storia del dolore: alcune premesse

Cerchiamo di capire come si sia arrivati a questo punto, cioè quando la società abbia decretato giusto che l'apparato medico perseguisse l'eliminazione di un'esperienza primordiale, unica e inspiegabile, quale quella del dolore. Presupposto indispensabile per esaminare la trasformazione dell'esperienza del dolore, nel passaggio dalle culture tradizionali alla moderna società medicalizzata, è riconoscere che «il carattere della società forma in una certa misura la personalità di chi soffre e determina così il modo concreto in cui egli vive come dolore i propri mali fisici. [...] L'atto di soffrire il dolore ha sempre una dimensione storica»¹³⁰.

Chiunque cerchi di ricostruire la *storia del dolore* trova davanti a sé tre ostacoli. Innanzitutto, il mutare del rapporto tra il dolore e gli altri mali sofferti dall'uomo. Il concetto di “dolore” in senso lato comprende in sé l'afflizione, il senso di colpa, l'angoscia, la paura, l'infermità. In ambito medico, invece, con questa parola definiamo

¹²⁷ Ivi, cit. p. 150.

¹²⁸ Ivi, cit. p. 152.

¹²⁹ Ivi, cit. p. 152.

¹³⁰ Ivi, cit. p. 156.

solo quell'aspetto concreto della sofferenza su cui il medico può agire, su cui può esercitare un controllo grazie ai farmaci; certamente non la paura che il malato prova, sensazione ancora più impalpabile del suo dolore fisico¹³¹.

Il secondo scoglio è dato dalla lingua. Il gergo medico moderno si è appropriato della parola “dolore”, attribuendole il significato appena visto; questa restrizione di senso, però, ha riguardato solo il suo impiego nella lingua della medicina, non il suo uso nel linguaggio di tutti i giorni, in cui “dolore” è ancora una parola sfuggente, che come detto può indicare afflizione, dispiacere, angoscia, senso di colpa e molto altro. In italiano, insomma, non esiste un vocabolo univoco – assimilabile all'inglese *pain* per intenderci – che designi il solo “dolore fisico”, l'unico che veramente interessa alla medicina, che solamente su di esso può applicare la propria tecnica¹³².

Terzo e ultimo ostacolo: l'insuperabile difficoltà nel comunicare all'altro il proprio dolore. A prescindere da quale sia il linguaggio impiegato, riuscire a spiegare le sensazioni dolorose che si sperimentano è praticamente impossibile. Quando descrivo il *mio* dolore, non sarò mai in grado di far intendere a un'altra persona *esattamente* quello che provo. «Come il “mio dolore” appartiene [...] unicamente a me, così io sono completamente solo nei suoi confronti. Non posso farne partecipi gli altri. Non ho alcun dubbio circa la realtà dell'esperienza dolorosa, ma che cosa provo non posso dirlo realmente a nessuno»¹³³. Allo stesso modo, io posso percepire solamente il mio dolore; quello *altrui* posso sopporlo, avvertirne l'esistenza, ma non *sentirlo*. Ludwig Wittgenstein ha dimostrato come noi siamo certi del dolore altrui e allo stesso tempo non capiamo come questa certezza sia possibile, non ci spieghiamo come ci si possa rendere conto della presenza, in una persona diversa da noi, di qualcosa di così unico e incomunicabile come il dolore¹³⁴.

Affrontando la *storia del dolore* ci si imbatte nelle domande che da sempre sorgono in chi soffre, domande che rimangono ancora aperte e senza risposta, nonostante la filosofia, la religione e il mito abbiano per secoli tentato di trovarvi una soluzione: “Perché soffriamo? Perché esiste il dolore? E perché colpisce proprio me?” Se un medico evita volutamente di prendere in considerazione queste domande esistenziali, fermandosi piuttosto ai meri dati empirici, egli vedrà nella persona sofferente solo dei riflessi

¹³¹ Ivi, p. 153.

¹³² Ivi, pp. 153-154.

¹³³ Ivi, cit. p. 155.

¹³⁴ L. Wittgenstein, *Philosophical investigations*, Oxford University Press 1953. Citato in: I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, p. 156.

condizionati. Egli sa che, rimanendo estraneo alla dimensione metafisica dell'esperienza dolorosa, sarà per lui più semplice trattare il dolore come «il sintomo di uno specifico disturbo fisico»¹³⁵. Illich lamenta come la formazione dei medici, oggi, sia tesa proprio a *oggettivare il dolore* e come essi si concentrino «sugli aspetti del dolore che possono essere manipolati da agenti esterni: la stimolazione nervosa periferica, la trasmissione, la reazione allo stimolo o addirittura il livello di ansia del paziente»¹³⁶. I medici devono rimanere distaccati, vengono istruiti a leggere i sintomi e a riequilibrare il sistema-organismo: tutto il “contorno” non serve al fine di ristabilire la salute del paziente. Ma così facendo essi ignorano completamente la reale sofferenza della persona che hanno di fronte.

Non solo il medico, ma anche il paziente è portato a non porsi domande sul suo dolore e vuole piuttosto soffocarlo prima che si faccia troppo intenso; per questo la nostra società attribuisce un così grande valore all'anestesia. Illich sostiene che «la domanda sollevata dall'intima esperienza dolorosa si tramuta in una vaga ansia che si può sottoporre a cura»¹³⁷.

2.12. La storia del dolore: dall'“arte di soffrire” alle tecniche analgesiche

Affinché il dolore corporeo sia un'autentica esperienza personale e «costituisca una sofferenza nel senso pieno del termine, bisogna che sia inserito in un quadro culturale»¹³⁸. La cultura, infatti, offre tutti i mezzi necessari per affrontare al meglio il dolore: fornisce i gesti e le parole con cui esternarlo, insegna l'uso di una farmacopea naturale volta ad alleviarlo, propone dei miti che ne giustificano l'origine e modelli da seguire per sopportarlo. Infine, l'ambiente culturale permette di integrare tutte queste conoscenze in una vera e propria “arte di soffrire”¹³⁹. La medicalizzazione del dolore, che si è imposta nella civiltà occidentale – e non solo – in epoca moderna, ha scardinato in relativamente

¹³⁵ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 157.

¹³⁶ Ivi, cit. p. 157.

¹³⁷ Ivi, cit. p. 158.

¹³⁸ Ivi, cit. p. 158.

¹³⁹ Ivi, pp. 158-160.

Con questa espressione non intendiamo una sopportazione passiva di qualunque sensazione dolorosa, bensì la capacità dell'individuo di affrontare il dolore facendo innanzitutto ricorso alle proprie risorse, e solo se queste si rivelassero insufficienti rivolgersi ai rimedi offerti dalla medicina.

poco tempo questa complessa struttura culturale elaborata nel corso di secoli. Con il suo intervento, la tecnica medica «ha reso o incomprensibile o scandalosa l'idea che l'abilità nell'arte di soffrire possa essere la maniera più efficace e più universalmente valida di affrontare il dolore»¹⁴⁰.

I criteri dell'incontro tra medico e paziente e le reazioni di entrambi davanti al dolore sono oggi decisi dai canoni sociali. Fino a quando il medico ha rivestito il ruolo di semplice guaritore, il dolore era una condizione essenziale che anticipava il recupero della salute; solo se egli falliva nel suo intento di guarire, non gli restava che alleviare la sofferenza del paziente, senza per altro vedere in questo esito una disonorevole sconfitta, come invece accade ai medici di oggi. «Il funzionario della medicina attuale si trova in una posizione diversa: egli mira in primo luogo al trattamento, non alla guarigione. [...] Si vanta di conoscere la meccanica del dolore, e in tal modo elude l'invito del paziente alla compassione»¹⁴¹.

Come si è giunti a un atteggiamento di questo tipo? Per spiegarlo, Illich passa in rassegna la concezione del dolore nelle civiltà del passato, a partire dai Greci. Per Ippocrate e i suoi discepoli «nel corso della cura il dolore poteva anche sparire, ma non era certo questo l'obiettivo principale dell'intervento medico»¹⁴². Non che la sofferenza fosse gradita, ma senza di essa non era concepibile nemmeno la felicità, «il dolore era il riflesso dell'evoluzione [dell'universo] sull'anima, il suo modo di viverla»¹⁴³. Il dolore del corpo era perciò intimamente connesso a quello dell'anima, al punto che si impiegavano le stesse parole per designare entrambi. Anche le ideologie che si affermarono in Europa nei secoli successivi promuovevano la personale accettazione del dolore, quali che fossero le cause metafisiche che gli attribuivano¹⁴⁴. Per tutte le religioni e le scuole di pensiero il dolore era un'ineluttabile componente della vita e «aveva il gusto amaro di un male cosmico»¹⁴⁵. «Sin dalla nascita ognuno era chiamato ad imparare l'arte di vivere in una valle di lacrime»¹⁴⁶. «Il dolore era concepito come il riflesso umano di un universo

¹⁴⁰ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 160.

¹⁴¹ Ivi, cit. p. 161.

¹⁴² Ivi, cit. p. 161.

¹⁴³ Ivi, cit. p. 162.

¹⁴⁴ Ad esempio, a seconda che si prenda in considerazione il Neoplatonismo, il Manicheismo o il Cristianesimo, il dolore «era la manifestazione di una debolezza della natura, di una volontà diabolica, o di una meritata maledizione divina» (I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 162).

¹⁴⁵ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 163.

¹⁴⁶ Ivi, cit. p. 163.

imperfetto, non come una semplice disfunzione meccanica di qualche suo sottosistema. [...] Il dolore denotava una corruzione insita nella natura, e l'uomo dal canto suo era una parte di quel tutto. Non si poteva escludere l'uno senza l'altro; il dolore non era pensabile come qualcosa di distinto dal disturbo. [...] il dolore era un'esperienza dell'anima»¹⁴⁷. Questi atteggiamenti caratterizzano e accomunano le culture mediterranee postclassiche fino al XVII secolo¹⁴⁸. Era ancora lontana «l'idea che il dolore non richiedesse d'essere sofferto, alleviato e interpretato dalla persona colpita, ma poteva essere eliminato [...] mediante l'intervento [...] di un medico»¹⁴⁹.

Bisognerà attendere Cartesio perché inizi a farsi strada l'idea della soppressione *tecnica* del dolore. Con la divisione cartesiana del corpo dall'anima, infatti, si comincia a considerare il primo come se fosse una *macchina* controllata dalla seconda. Poiché in questa visione il corpo è un apparecchio che è possibile riparare quando si “inceppa”, il dolore non è altro che un segnale con cui esso avverte l'anima di un proprio malfunzionamento. Secondo i cartesiani Dio non poteva dotare l'uomo di un dispositivo migliore del senso del dolore affinché potesse conservarsi nella maniera più perfetta¹⁵⁰. Leibniz arriva a definire il dolore come «un espediente necessario e brillante per garantire il funzionamento dell'uomo»¹⁵¹. Così, dopo Cartesio, non è insolito che nei discorsi sul dolore compaia l'aggettivo “utile”. «Da esperienza della precarietà della vita, [il dolore] si è trasformato in una spia di specifiche avarie»¹⁵².

Cartesio aveva così preparato la strada all'eliminazione scientifica del dolore. Nei due secoli successivi si impose una nuova mentalità, che per la prima volta poteva lamentarsi del mondo proprio perché carico di sofferenza. Alla fine dell'Ottocento ormai «il dolore non aveva più bisogno di spiegazioni metafisiche»¹⁵³ e poteva finalmente «essere sottoposto a studi empirici aventi lo scopo di eliminarlo»¹⁵⁴. Il progresso della civiltà iniziò ad essere misurato in funzione della riduzione della sofferenza.

Il dolore è visto oggi come un evento che colpisce chi è così sfortunato da non poter

¹⁴⁷ Ivi, cit. p. 164.

¹⁴⁸ Ivi, cit. p. 163.

¹⁴⁹ Ivi, cit. pp. 163-164.

¹⁵⁰ Ivi, cit. pp. 164-165.

¹⁵¹ G. W. Leibniz, *Essais de théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, Garnier-Flammarion 1969. Citato in: I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, p. 165.

¹⁵² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 165.

¹⁵³ Ivi, cit. p. 165.

¹⁵⁴ Ivi, cit. pp. 165-166.

godere delle cure che la moderna medicina mette a disposizione¹⁵⁵. «In questo contesto sembra ormai razionale fuggire il dolore, [...] piuttosto che fronteggiarlo. Sembra ragionevole eliminare il dolore, anche a costo di perdere l'indipendenza. Sembra mentalità illuminata considerare inesistenti tutti i problemi non-tecnici sollevati dal dolore»¹⁵⁶. Per tutti questi motivi, Illich parla di quella attuale come di una società “anestetizzata”¹⁵⁷. In una società in cui è stato soffocato per via medica, il dolore perde il suo significato, significato che invece possedeva nelle culture tradizionali, che insegnavano a sopportarne il peso. «La nuova esperienza che ha preso il posto della sofferenza dignitosa è una conservazione artificialmente prolungata, opaca, spersonalizzata. La soppressione del dolore trasforma sempre più l'individuo in un insensibile spettatore della decadenza del proprio io»¹⁵⁸.

Consideriamo il dolore provato dalla donna nel corso del parto e il numero ingente di richieste di anestesia epidurale e di taglio cesareo che vengono avanzate oggi: alla luce delle considerazioni fatte finora, non risultano insoliti né la domanda di poter partorire senza dolore né il desiderio diffuso di sottrarsi all'esperienza del parto, arrivando addirittura a preferire sottoporsi a un'operazione chirurgica non priva di rischi (cfr. Cap. 8).

¹⁵⁵ Ivi, p. 166.

¹⁵⁶ Ivi, cit. p. 166.

¹⁵⁷ Una diretta conseguenza della medicalizzazione della società è l'innalzamento della soglia a partire dalla quale sono percepite le esperienze a base fisiologica: noi moderni consumatori di analgesia non siamo più avvezzi ad apprezzare i piaceri semplici della vita e siamo alla ricerca di emozioni sempre più forti, ottenute attraverso il rumore, la velocità, la violenza, il pericolo (I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, pp. 166-167).

¹⁵⁸ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 168.

3. Cosa è giusto e cosa è sbagliato: l'etica in medicina

3.1. Introduzione

Secondo Francesco Bellino la medicina dovrebbe considerare «la salute della donna non come deduzione della medicina generale ma in modo specifico e personalizzato»¹. La donna è troppo spesso vittima di due preconcetti che ancora resistono presso la comunità medica. Uno è il «pregiudizio che considera l'osservazione scientifica del corpo maschile estensibile anche al corpo femminile»², come se il primo potesse essere assunto come modello e misura dello stato di salute e delle patologie del secondo. Fortunatamente l'uniformità dell'approccio clinico ai generi è oggi superabile grazie alle recenti scoperte scientifiche, allo studio del DNA e all'avanzamento delle biotecnologie: la medicina è finalmente in grado di offrire terapie distinte e mirate agli uomini e alle donne³.

Il secondo pregiudizio riguarda la disparità di trattamento che, fin dalle origini, la scienza medica ha riservato ai due generi, a causa di una visione semplicistica della loro biologia, così riassumibile: la caratteristica fondamentale dell'uomo in salute viene da sempre individuata nella *produttività*, mentre la qualità essenziale della donna è considerata la *riproduttività*⁴. L'interpretazione medica del corpo femminile e della sua fisiologia, infatti, si basano sul presupposto che «il corpo [...] “normale” è quello della donna in età riproduttiva e tutto il processo fisiologico è considerato finalizzato alla produzione di altri esseri umani»⁵. Questo modo di pensare «orienta la medicina (ma anche la società) a spiegare i fenomeni patologici nella donna, diversamente dagli uomini,

¹ F. Bellino, *Prefazione*, in L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 11.

² Ivi, cit. p. 11.

³ Ivi, p. 11.

⁴ Ivi, p. 11.

Fin dagli albori della medicina occidentale il corpo femminile è stato considerato imperfetto e impuro, a differenza di quello maschile. Aristotele stesso decretò la “naturale” inferiorità biologica della donna, il cui corpo perde regolarmente calore con il sangue mestruale. Non molto sembra essere cambiato se, facendo un salto in avanti di alcuni millenni, studiando l'impostazione dei testi di medicina del Novecento è stato rilevato «come alla donna sia attribuita una ridotta capacità di produzione, per la ciclicità delle mestruazioni e per la loro scomparsa con la menopausa, mentre all'uomo viene ascritta una produzione continua» (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p.).

⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

guardando principalmente al solo apparato riproduttivo»⁶.

Per superare queste concezioni ormai antiquate, è necessario ricorrere ai moderni principi dell'etica. Polemicamente Bellino sostiene che non bisogna limitarsi a *parlare* di etica sui libri e nei dibattiti accademici, ma decidersi finalmente a *praticarla*, ad applicarla concretamente alla medicina⁷. È proprio questo ciò che suggerisce anche Luigi Mario Chiechi nel suo libro *Donna, etica e salute*, che «pone al centro della ricerca la donna, la sua salute e i suoi rapporti con la medicina»⁸. Ciò che Chiechi si augura è che la medicina ritrovi il rapporto perduto con l'etica⁹: solamente il ristabilirsi di questo legame permetterà di superare la condizione attuale, in cui la medicalizzazione della vita della donna «si è spinta oltre certi limiti, esautorando la natura e degenerando in una medicina di profitto e dei desideri»¹⁰ e in cui si è perso il senso del rapporto con la paziente in quanto persona. Solo grazie all'etica potremo finalmente tornare a una medicina “a misura d'uomo” e, soprattutto, “a misura di donna”.

3.2. Medicina, etica e salute della donna

La medicina moderna ha con l'etica un rapporto controverso: «l'eclisse della componente esplicitamente morale della diagnosi medica ha [...] conferito all'autorità asclepiea un potere totalitario»¹¹. C'è chi ritiene giusto mantenere la medicina indipendente dall'etica, sostenendo che, a differenza di quelle giuridiche e religiose, le categorie mediche sono frutto della scienza, oggettive, perciò non possono essere sottoposte a un giudizio morale. E in effetti la medicina moderna non è permeata da ideali di tipo etico, non soggiace ad alcuna responsabilità morale: «l'impresa tecnica del medico vanta un potere esente da valori»¹² afferma ancora Illich. In accordo alla mentalità dominante «il danno medico [...] viene visto come inerente al mandato della medicina»¹³

⁶ F. Bellino, *Prefazione*, in L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 11.

⁷ Ivi, p. 12.

⁸ Ivi, cit. p. 12.

⁹ Questo recupero dei principi etici su cui deve poggiare la medicina non riguarda solo i medici, ma l'intero personale ospedaliero e tutte le componenti del sistema sanitario.

¹⁰ F. Bellino, *Prefazione*, in L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 13.

¹¹ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 55.

¹² Ivi, cit. p. 56.

¹³ Ivi, cit. p. 56.

e solo un medico può criticare tale mandato, non certo un profano¹⁴. Secondo Illich tutto questo costituisce una falsa, sebbene efficace, copertura: affermare che l'attività terapeutica sia libera da valori da seguire è un chiaro nonsenso, poiché la stessa salute umana è un valore. È proprio grazie al pensiero di medici come Illich che, finalmente, «i tabù che hanno fatto scudo alla medicina irresponsabile cominciano a crollare»¹⁵.

Chi è la prima vittima di questa medicina priva di valori etici? Secondo Luigi Mario Chiechi, sicuramente la donna. Nel dare questa risposta, egli parte dal presupposto che la donna tende a soffrire di più rispetto agli uomini, ai bambini e agli anziani, perché il suo organismo è l'unico che, data la sua specifica fisiologia, va incontro a eventi quali la gravidanza e il parto, che possono compromettere il suo stato di salute. Per questo Chiechi ritiene, da medico, che la salute femminile sia oggi in pericolo; ma si tratta di una minaccia invisibile, nascosta, poiché proviene dalla medicina stessa. Essa si accanisce sulle donne, al punto da non accontentarsi di agire su quelle malate e rivolgersi, senza alcuna giustificazione etica, anche a quelle sane, nel «tentativo di definirle malate alcuni giorni al mese (o alcuni anni nella vita, come conseguirebbe alla crescente medicalizzazione della menopausa)»¹⁶. Accade sempre più spesso che le donne si rivolgano alla medicina per eventi normali, come il ciclo mestruale, la contraccezione, la gravidanza e la menopausa, appunto. Il medico di riferimento in tutti questi casi è il ginecologo. E il passo è immediato, nel senso che non avviene più un preliminare confronto tra donne, magari con la propria madre o le amiche, che possono aver sperimentato situazioni simili: ci si rivolge direttamente al medico, che molto spesso è un interlocutore inappropriato, un mero “prestatore d'opera”¹⁷.

L'inadeguatezza del ginecologo non è certo dovuta all'ignoranza dei meccanismi biologici che regolano l'apparato riproduttivo femminile e nemmeno a una scarsa familiarità con i provvedimenti da intraprendere. Al contrario, il vero problema risiede per lo più nel rischio di «un uso improprio della scienza e della tecnologia medica. Che si traduce in danno»¹⁸. Quando la donna subisce un numero spropositato di esami inutili e trattamenti inopportuni, ecco che ci troviamo di fronte a una medicalizzazione della biologia femminile e alla trasformazione del corpo della donna in “laboratorio” e, allo

¹⁴ E in ogni caso le critiche possono essere mosse solo dal punto di vista medico, non da quello etico-filosofico.

¹⁵ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977, cit. p. 56.

¹⁶ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. pp. 33-34.

¹⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 14.

¹⁸ Ivi, cit. pp. 14-15.

stesso tempo, in “target di mercato”. Si tratta di un atteggiamento scorretto, che porta a un uso errato e improprio di diagnosi e terapie di per sé giuste: «ecco che il problema diventa fondamentalmente, essenzialmente un problema di comportamento, un problema etico, un problema di etica applicata alla biologia, un problema di bioetica, quindi»¹⁹.

Secondo Chiechi il paradosso della medicina moderna, così avanzata e ipertecnologizzata, è che non è riuscita «a rendere meno evidenti le problematiche biologiche della donna, ma anzi le ha accentuate, enfatizzate, angosciate, malatizzate, creando un costante atteggiamento di inadeguatezza e di ansia»²⁰. La medicina non è una scienza esatta, non è la matematica: «il fatto che utilizzi nozioni sempre più precise e basate su evidenze dimostrate non ne fa una disciplina solo per questo efficace nell’alleviare la sofferenza umana»²¹. Per esserlo davvero, deve fondarsi anche su elementi non definibili, non tangibili, ma di un’importanza quasi superiore: valori culturali, umani, emotivi, etici²².

3.3. L’involutione etica della medicina

In medicina, applicare e rispettare i basilari principi etici «permette il corretto rapporto fra medico e paziente e la corretta espressione di questo legame nel realizzare il mantenimento della salute»²³. L’etica, però, non può essere limitata a questo rapporto duale e nemmeno essere chiamata in causa solo quando fa comodo: essa deve essere sempre presente, deve essere la base imprescindibile dell’azione del medico mentre svolge il suo dovere sociale²⁴ (cfr. par. 3.4). Alla luce di questo, Chiechi si domanda come possa essere così facile trasgredire i principi cardine della bioetica (cfr. par. 3.5) e perché si continui a tollerare che ciò avvenga²⁵. Per lui la risposta risiede nella progressiva “perdita etica” cui la medicina è andata incontro nel corso della sua storia. Ciò che Chiechi

¹⁹ Ivi, cit. p. 15.

²⁰ Ivi, cit. p. 16.

²¹ Ivi, cit. p. 16.

²² Ivi, p. 16.

D'altronde, neanche la malattia è solo il frutto di un susseguirsi di eventi, ma spesso e volentieri ciò che più la influenza è il nostro stesso comportamento, come un'alimentazione scorretta o uno stile di vita dedito a questo o quel vizio.

²³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 88.

²⁴ Ivi, p. 88.

²⁵ Ivi, p. 89.

denuncia è lo smarrimento dei valori etici fondanti, nonostante la scienza medica possa al contempo vantare traguardi scientifici e tecnologici impensabili in passato. Al giorno d'oggi, infatti, le potenzialità tecnico-scientifiche che i medici hanno a disposizione sono innumerevoli²⁶.

Come detto nella parte introduttiva di questa Tesi (cfr. Cap. 1) a proposito della tecnica moderna e di come questa, seguendo le sue regole interne, riesca ad autoalimentarsi, allo stesso modo la tecnica medica ha iniziato a tendere autonomamente verso ciò che richiedono le leggi del mercato. Sotto questo aspetto essa si è perfettamente integrata nella società che l'ha creata. Nell'opinione di Chiechi «la medicina, come scienza terapeutica, ha in gran parte esaurito le sue potenzialità, ha esaurito la sua spinta positiva»²⁷: essa ha ormai intrapreso un percorso regressivo, che la porta a focalizzarsi sulla normalità piuttosto che sulla malattia, a guardare al profitto economico e ai desideri della società piuttosto che al benessere degli individui. Si impongono nuovi valori che rimpiazzano quelli del passato, ormai considerati superati.

Chiechi è molto duro nei confronti della medicina moderna e parla apertamente di una sua involuzione rispetto al passato. Ovviamente egli non si riferisce alle capacità terapeutiche – notevolmente aumentate – o alla tecnologia che nel tempo le si è affiancata; pone piuttosto la sua riflessione sul piano umano e valoriale. Ricorda come un tempo la medicina mirasse solo a guarire il malato, mentre oggi punta anche al guadagno, alla vendita di prodotti e servizi, alla creazione di nuovi bisogni. Oggigiorno a distogliere il medico dalla guarigione del paziente concorre tutta una serie di interessi, dalle pressioni delle case farmaceutiche all'ambizione del medico stesso di fare carriera (cfr. par. 3.7); alcuni di questi atteggiamenti fanno ormai parte dell'esperienza quotidiana al punto da essere addirittura considerati normali. Chiechi afferma che è invece necessario far emergere con forza l'ingiustizia insita in tali comportamenti²⁸. Ogni medico dovrebbe sentire il dovere etico di svelare e, se possibile, limitare le influenze socio-economiche che trasformano la cura delle malattie in un “marketing della salute”. Per farlo, però, il medico per primo deve compiere un percorso di maturazione etica che gli permetta di

²⁶ La specializzazione e il continuo sviluppo della ricerca medica hanno come logica conseguenza la necessità di compiere delle scelte tra le varie opzioni di intervento disponibili: è essenziale *saper scegliere* bene e *saper utilizzare* al meglio i mezzi scelti; per farlo serve una guida etica (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 15).

²⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 17.

²⁸ Ivi, p. 15.

evitare qualunque conflitto di interessi e di riacquistare gradualmente la fiducia della società²⁹; c'è bisogno, in altre parole, di «un medico eticamente equipaggiato e consapevole»³⁰ che persegua quali unici obbiettivi della sua “missione” il benessere psico-fisico della persona e il mantenimento del suo stato di salute. È necessario che la classe medica recuperi le radici antropologiche della medicina: la solidarietà e l'empatia.

Se lamentiamo una carenza di valori etici nella medicina moderna, se li percepiamo non come un elemento accessorio, ma fondamentale, è perché già 2500 anni fa, ai tempi della medicina ippocratica, si affermava l'importanza dell'etica medica (cfr. par. 3.4), pur senza darle già questo nome. Lo stesso giuramento di Ippocrate testimonia questa considerazione; esso consiste di pochi punti, ma molto chiari:

«Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per tutti gli dèi e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò questa arte, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

²⁹ Ivi, p. 17.

Nel caso dei ginecologi, la fiducia da riconquistare è quella delle donne.

³⁰ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 18.

Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro»³¹.

Si avverte, per la medicina di oggi, la necessità di un riscatto, di un ritorno a queste sue nobili origini. E l'unica strada percorribile è proprio quella indicata dall'etica, perché «la medicina non è solo conoscenza biologica; una diffusa perdita bioetica medica e sociale è in grado di influire sulla salute umana più delle influenze patologiche imm modificabili e proprio la donna è quella maggiormente esposta alle influenze socio-culturali invalidanti in virtù della sua fisiologia e della sua debolezza sociale»³².

3.4. Bioetica e medicina: l'etica medica

La parola "bioetica" fu coniata nel 1970 dall'oncologo Van Rensselaer Potter, ma acquisì una definizione precisa con la pubblicazione, nel 1978, dell'*Enciclopedia di bioetica* a cura di Warren T. Reich. In quest'opera la bioetica veniva definita «lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce di valori e principi morali»³³.

L'assoluta necessità della bioetica si è imposta perché l'evoluzione delle tecnologie mediche è stata così rapida e la crescita della scienza medica così vertiginosa, che concetti basilari come quelli di *vita* e di *morte* erano stati messi in discussione; si è sentita l'esigenza, in tal senso, di un impiego dell'etica in campo medico, e quindi della bioetica. Fin dal principio, però, emerse un problema: la bioetica, branca del sapere che per sua stessa definizione doveva essere attiva nelle questioni aperte dalla medicina, «diventò

³¹ http://it.wikipedia.org/wiki/Giuramento_di_Ippocrate (accesso: 17/11/2012).

³² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 92.

³³ P. Cattorini, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson 2006, cit. p. 5. Nella seconda edizione dell'*Enciclopedia* (1995) la bioetica è definita «lo studio sistematico delle dimensioni morali – comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta, le politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare» (P. Cattorini, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson 2006, cit. p. 6).

appannaggio dei filosofi, teologi ed in ogni caso di persone estranee all'ambito medico»³⁴, che criticavano la medicina dal di fuori. Si iniziò a discutere dei grandi dilemmi della vita e delle nuove capacità della scienza, ma la quotidianità della medicina è stata esclusa dalle discussioni etiche. Chiechi si lamenta di questo atteggiamento che, con la creazione di grandi dualismi – cattolici/laici, destra/sinistra, credenti/non credenti – ha travolto la politica e la religione, ma ha colpevolmente lasciato l'etica fuori dalle facoltà di medicina e da ciò che avviene tutti i giorni negli ospedali e negli ambulatori. La bioetica non ha svolto appieno il compito per cui era nata, è rimasta “fuori” dalla medicina a discutere dei suoi grandi problemi, senza amalgamarsi con essa, non è diventata una vera *etica medica*. Tale estraneità dell'etica nei confronti della medicina ha provocato effetti disastrosi nelle società occidentali, orientate al profitto, come la nostra³⁵. È evidente, infatti, come la professione medica oggi risenta di una perdita etica che rende «necessario riaffermare i principi etici basilari, il comportamento medico, i limiti etici allo sviluppo scientifico»³⁶.

La bioetica oggi si presenta in due forme diverse tra loro. Una potremmo definirla *bioetica di controllo*³⁷: il suo scopo è cercare «di porre dei limiti etici alle potenzialità della medicina»³⁸ e tutto sommato riguarda un numero limitato di persone; è eclatante, fa parlare molto di sé, ma è poco produttiva ai fini di una sua applicazione alla realtà che i medici affrontano tutti i giorni. L'altra è la *bioetica quotidiana*, che «contribuisce alla salvaguardia della salute e riguarda tutti»³⁹, è più discreta ma molto più utile. È quest'ultima l'etica che deve essere recuperata dalla medicina, quella che deve permeare ogni sua azione. Quando Chiechi parla di etica medica, infatti, non intende la “grande etica” dei dilemmi morali, ma la “piccola etica di ogni giorno”, che ha «una finalità ben precisa, pratica: stabilire quello che deve essere fatto per il benessere della persona e quello che non deve essere fatto, quello che è giusto e quello che non è giusto; essa non è fatta di limiti né di norme; essa non è sopra la medicina né fuori né contro né accanto; essa è *nella medicina*, è la medicina, indistinguibile, non clausolabile, non trasgredibile»⁴⁰. Il comportamento del medico *deve* essere eticamente corretto: se non lo è, egli non può dirsi

³⁴ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 20.

³⁵ Ivi, p. 20.

³⁶ Ivi, cit. p. 21.

³⁷ Chiechi, ironicamente, la chiama anche “bioetica delle meraviglie” (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 92).

³⁸ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 93.

³⁹ Ivi, cit. p. 93.

⁴⁰ Ivi, cit. pp. 20-21.

un vero medico. Certamente la scienza e la tecnica, con il loro progresso, lo aiutano, ottimizzando le cure e rendendole più efficaci, ma sarebbero inutili, o addirittura dannose, se non fossero bene indirizzate dal giusto comportamento del medico.

3.5. I princìpi fondamentali della bioetica e la loro applicazione in medicina

Quattro sono i princìpi cardine su cui si basa la moderna bioetica: i princìpi di autonomia, di beneficenza, di non maleficenza e di giustizia.

Grazie al *principio di autonomia* è cambiato, rispetto al passato, il ruolo del paziente e di conseguenza anche quello del medico: il malato è finalmente soggetto attivo nel raggiungimento della propria salute – e non più oggetto passivo del paternalismo medico – mentre il medico deve «mettere il paziente in condizioni di effettuare la sua scelta in maniera libera e consapevole»⁴¹. Nel rapporto medico-paziente avviene l'incontro tra due autonomie: deve esserci un percorso comune affinché ognuno scopra l'altro. Alla fine di questo percorso, «da una parte il paziente [deve arrivare] ad acquisire tutti gli elementi utili alla decisione», dall'altra il medico è chiamato «non soltanto a fornire gli elementi scientifici specifici, ma anche a cercare di capire le possibilità conoscitive del malato, la solidità psicologica, la capacità decisionale, l'impatto emotivo, l'ambiente familiare [e] culturale»⁴², in altre parole, il “mondo” del malato. Alla base deve comunque esserci «la volontà comune di avere come obiettivo il miglior risultato, sia in rapporto alle condizioni globali del malato, [...] sia in rapporto alle possibilità [...] del medico»⁴³. La validità del principio di autonomia è tanto maggiore quanto minore è la gravità della patologia di cui soffre il paziente: in ginecologia questa è quasi la norma, in quanto sempre più frequentemente le donne si rivolgono al ginecologo in assenza di vere patologie⁴⁴.

Il *principio di beneficenza* impone al medico di orientare le sue azioni verso il bene del paziente. Può sembrare un concetto ovvio, scontato, ma nella medicina moderna non è affatto detto che tutto ciò che un medico fa miri al benessere del malato. Molti farmaci, ad

⁴¹ Ivi, cit. p. 24.

⁴² Ivi, cit. p. 25.

⁴³ Ivi, cit. p. 25.

⁴⁴ Ivi, p. 24.

Basti pensare alle consulenze ginecologiche per avere consigli sulla contraccezione o per ricevere risposte a dubbi riguardanti la gravidanza o la menopausa.

esempio, non sono di alcun giovamento, ma sono comunque prescritti per accondiscendere alle pressioni delle case farmaceutiche. Perciò è bene sottolineare come non ci debba essere nessuna “interferenza”, di alcun genere, nel valutare l’opportunità di una cura, di un trattamento o di un esame: il concetto di beneficenza deve essere riferito a nient’altro che al paziente, alla sua salute fisica, psicologica e morale⁴⁵. Proprio in riferimento al benessere psicologico del malato, è opportuno ricordare quanto per un medico sia importante, se non fondamentale, saper comunicare: il che significa dimostrare tatto ed empatia, specialmente se l’annuncio di una data diagnosi può turbare molto il paziente. A volte, infatti, il dovere alla *veracità* può essere in contrasto con il principio di beneficenza; in questi casi sarebbe bene limitare le spiegazioni piene di “paroloni” e potrebbe addirittura essere opportuno celare o mascherare alcuni risvolti della verità. Una veracità inopportuna solleva il medico dalle sue responsabilità morali e scarica tutta la pesantezza e l’angoscia della situazione sulle spalle del paziente⁴⁶.

Il terzo principio è il *principio di non maleficenza*; esso impedisce al medico di arrecare danno, dolore fisico o psicologico oppure privazioni al paziente⁴⁷. Purtroppo in medicina non è facile essere certi di non provocare alcun danno, c’è sempre un margine di rischio da considerare: pensiamo, ad esempio, agli effetti collaterali dei farmaci o alle complicazioni che possono insorgere durante un intervento chirurgico. Inoltre, come sappiamo, oggi la medicina è sempre più “medicina di prevenzione”: agisce quindi su persone sane, per le quali non è possibile sapere in anticipo se godranno in maggior misura dei benefici della cura preventiva – perché magari avevano un’alta probabilità di contrarre una data malattia – oppure ne affronteranno solo gli inevitabili svantaggi⁴⁸. Un altro fenomeno relativamente recente è la tendenza a una «gestione farmacologica di normali espressioni biologiche della vita, come per esempio la gravidanza, la fertilità, la

⁴⁵ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 25-26.

⁴⁶ Ivi, pp. 36-37.

Rispettando il dovere etico della veracità si può incorrere in situazioni spiacevoli, che possono comportare angoscia, paura e disorientamento nel paziente. Chiechi cita l’esempio dello pseudoermafroditismo maschile (chi è afflitto da questa sindrome si sente, e appare, donna a tutti gli effetti, ma possiede un corredo genetico maschile ed è perciò sterile): l’esposizione di diagnosi delicate e destabilizzanti come questa, che cambiano per sempre il modo di considerarsi, richiedono tempo per essere accettate e presuppongono partecipazione e comprensione da parte del medico; molto spesso, invece, si dedica loro un tempo risicato e le si riempie con un linguaggio o troppo tecnico o troppo diretto (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 34-36).

⁴⁷ Spesso tale principio viene sintetizzato con la massima latina *Primum non nocere* (“Per prima cosa, non nuocere”).

⁴⁸ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 26.

menopausa»⁴⁹, il ciclo mestruale. In questi casi è ancora più difficile stabilire se le cure prescritte dai medici rispettino o meno il principio di non maleficenza e quello, strettamente connesso, di beneficenza.

Chiechi ci ricorda come nel secolo scorso abbiamo assistito all'imporsi della «visione della menopausa come malattia e fonte di malattie»⁵⁰ (cfr. Cap. 5). L'automatica conseguenza è stata la necessità di una cura, presto identificata nella terapia ormonale sostitutiva, che richiede l'assunzione di ormoni per decenni, al fine di prevenire malattie cardiovascolari e fratture osteoporotiche, ovvero le patologie più frequenti tra le donne in menopausa. Il problema è che il maggiore effetto collaterale della somministrazione di ormoni consiste in un aumento di incidenza dei tumori al seno. Ciò ha sollevato un dilemma etico: se la menopausa è un evento fisiologico, perché dovrebbe necessitare di cure? Ha senso “curare la normalità”? Ma, soprattutto, ne vale la pena, sapendo che il pericolo è quello di incorrere in effetti indesiderati terribili solo per evitare problemi di portata minore? Tra un cancro, un infarto e una frattura, infatti, c'è un'enorme differenza in termini di impatto fisico e psicologico⁵¹. Porre una donna di fronte a dilemmi simili è crudele: come si può scegliere tra «un elevato rischio di frattura osteoporotica od un basso rischio di tumore al seno?»⁵² Per tutti questi motivi, il principio di non maleficenza ha dei confini poco definiti ed è di difficile applicazione.

Con il quarto e ultimo principio, il *principio di giustizia*, si intende il dovere morale di fornire lo stesso trattamento – il migliore possibile – a tutti coloro che necessitano di cure mediche, a prescindere dalle loro differenze di sesso, di età, di razza, di religione, di cultura, di scolarizzazione, di provenienza geografica, di ricchezza: tutti devono essere assistiti allo stesso modo in quanto persone. Secondo Chiechi, questo è il principio più importante, ma al contempo il più difficile da rispettare, quello oggi meno applicato. Si hanno, per esempio, notevoli disparità di trattamento a livello geografico, sia globale che locale: basti pensare alle diverse maniere di affrontare la gravidanza tra il Nord e il Sud del mondo – e dell'Italia⁵³ – o alle differenti possibilità di cura contro il cancro offerte nelle diverse aree del nostro Paese. Notevoli disuguaglianze derivano anche dall'essere

⁴⁹ Ivi, cit. p. 26.

⁵⁰ Ivi, cit. p. 26.

⁵¹ Ivi, pp. 26-27.

⁵² Ivi, cit. p. 28.

⁵³ In Italia assistiamo a palesi differenze di trattamento sanitario tra le regioni settentrionali e quelle meridionali: rispetto al Nord, al Sud abbondano i tagli cesarei e la gravidanza è maggiormente medicalizzata e “privatizzata” (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 89).

ricoverati in una clinica privata o in un ospedale pubblico⁵⁴. Anche «la trasformazione della sanità in apparato complesso centrato sulla struttura ed organizzazione ospedaliera»⁵⁵ ha contribuito all'inosservanza del principio di giustizia: è sempre più difficile, per i medici, riuscire ad essere giusti ed equi, poiché fortemente condizionati, se non addirittura ostacolati, dalle risorse ridotte di cui dispongono⁵⁶. Quasi sempre il principio di giustizia rimane, appunto, solo un principio, un ideale astratto che non trova il modo di concretizzarsi nella realtà.

3.6. Il professionismo fiduciario

Al giorno d'oggi ci si imbatte sempre più spesso in contenziosi legali: dal matrimonio finito allo screzio con il vicino, molte sono le dispute che vengono risolte per via giudiziaria. Ciò accade perché i rapporti umani sono ormai regolati da norme e ordinamenti volti a salvaguardare gli interessi di tutte le parti in causa; ciò vale anche per le relazioni che intercorrono tra chi offre un servizio e chi ne usufruisce, categoria in cui rientra anche il rapporto medico-paziente. È sempre più difficile che si instauri un dialogo autentico tra chi cura e chi viene curato, se si pensa che si è giunti all'esigenza di stilare un documento scritto che protegga il medico dai possibili reclami del paziente. Ma il rapporto tra medico e paziente è in qualche modo unico nel suo genere, in quanto il suo oggetto è la salute umana; dovrebbe manifestarsi come un *patto fiduciario* che si basa più sulle leggi della morale che su quelle dello Stato. Perciò si impone la necessità di definire con chiarezza quali siano queste leggi⁵⁷.

Per capire il presente è necessario guardare alla storia della medicina e a come siano stati raggiunti molti dei suoi progressi. Risale alla fine del XVIII secolo la scoperta del vaccino antivaioloso, a opera di Edward Jenner (1749-1823). Ciò che sconvolge noi contemporanei è il modo in cui egli sperimentò l'efficacia del primo vaccino. Dopo alcune ricerche Jenner ipotizzò che contrarre il vaiolo animale – quasi asintomatico nell'uomo – rendesse immuni dal vaiolo umano, mortale. Per accertarsene, decise di somministrare il vaiolo animale a un bambino, figlio di contadini, ovviamente senza prima ottenere il

⁵⁴ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. pp. 28-29.

⁵⁵ Ivi, cit. p. 89.

⁵⁶ Ivi, p. 29.

⁵⁷ Ivi, p. 47.

consenso informato dei genitori. A distanza di settimane, iniettò nello stesso bambino anche il vaiolo umano, sebbene non potesse prevedere in alcun modo le conseguenze di questo gesto. Fortunatamente, il vaiolo non si manifestò⁵⁸.

Il medico scozzese John Gregory (1724-1773) fu il primo, in epoca moderna, a vedere il malato come *soggetto*, come persona, e non più solo come *l'oggetto della cura*. Egli elaborò il concetto di *professionismo fiduciario*, fondandolo su questi tre elementi:

- la medicina deve basarsi su dimostrazioni concrete;
- il suo principale interesse deve essere la salute del paziente;
- gli interessi del medico devono passare in secondo piano⁵⁹.

Chiechi ritiene che la maggior parte dei medici di oggi non rifletta a sufficienza sull'importanza dei tre principi enunciati da Gregory. Secondo il primo di questi, «può diventare pratica clinica solo quello che è stato dimostrato come efficace e sicuro»⁶⁰. Chiaramente sarebbe auspicabile che le ricerche e le sperimentazioni, volte a dimostrare proprio l'efficacia e la sicurezza delle nuove terapie, spaziassero a 360°. In realtà, nei laboratori in cui si testano nuove cure si lavora entro dei limiti ben precisi, imposti da chi quei laboratori li finanzia. Una parte consistente della ricerca farmacologica, estremamente costosa, non è finalizzata alla cura delle malattie – men che meno a quella delle malattie rare – ma è orientata dai profitti delle case farmaceutiche verso ciò che per loro è più conveniente, cioè produrre quei farmaci che consentono loro maggiori guadagni: «la medicina non cura e previene liberamente facendo quello che è più opportuno per il malato ma [agisce in base a] quello che il mercato gli mette a disposizione»⁶¹ e gli chiede. Si tratta di un atteggiamento tipico della società contemporanea, in cui l'unica medicina praticabile sembra essere la *medicina di profitto*, una vera e propria industria in cui si ha a che fare più con il marketing che con la malattia. Il commercio è aperto ai medicinali che interessano il più vasto numero di persone, comprese quelle sane, e la salute è ridotta a mercato⁶².

⁵⁸ Ivi, pp. 48-49.

Dal metodo seguito da Jenner, indubbiamente disumano ed eticamente scorretto, nel corso della storia si è passati a un sistema praticamente opposto, il cosiddetto *modello consultivo*: il medico viene interpellato solo in virtù delle sue conoscenze, ma è il paziente che, cosciente dei propri diritti, documentandosi e informandosi, decide infine come gestire la propria salute (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 41).

⁵⁹ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 47-48.

⁶⁰ Ivi, cit. p. 49.

⁶¹ Ivi, cit. p. 50.

⁶² Ivi, pp. 49-50.

In quest'ottica, la menopausa è una ricca fonte di guadagno. Uno dei principali rischi per la salute delle donne in menopausa è costituito dalle fratture ossee, rese più probabili dall'osteoporosi post-menopausale (cfr. par. 5.5). Ebbene, oggi si punta di più a prevenire farmacologicamente l'osteoporosi, piuttosto che a evitare le fratture, che spesso colpiscono donne non osteoporotiche. Inoltre, una seria prevenzione dell'osteoporosi, per dirsi davvero tale, dovrebbe partire da un cambiamento nello stile di vita, non tanto dall'assunzione di farmaci: viene chiamata "prevenzione", ma di azioni preventive non farmacologiche ne propone davvero poche⁶³.

Gli ultimi due punti elaborati da Gregory, di ippocratica memoria, affermano che il medico deve mettere la salute del paziente al primo posto e lasciare da parte i propri interessi; tali affermazioni paiono così indiscutibilmente giuste, quasi scontate, da non sembrare nemmeno degne di analisi. E invece oggi, vuoi per la perdita di valori che coinvolge l'intera società, vuoi per l'assenza di una vera etica medica, vengono regolarmente ignorate. La missione del medico appare oggi distorta: essa non è più un fine, ma è diventata il mezzo per ottenere avanzamenti di carriera o guadagni maggiori⁶⁴. Oggi i medici si ritrovano a compiere una missione svuotata di senso.

Ai tre principi di Gregory, Frank A. Chervenak aggiunge altre quattro "virtù" che un vero medico dovrebbe possedere: l'integrità (*integrity*), l'empatia (*compassion*), la capacità di autoannullarsi (*self-effacement*), l'attitudine al sacrificio (*self-sacrifice*)⁶⁵. Per *integrità* non si intende solo quella morale, ma anche l'integrità del comportamento, «comprendere e rispettare la condizione di debolezza»⁶⁶ del paziente, sentire «il dovere di esprimere al massimo la propria professionalità»⁶⁷. Si tratta di una dote ancor più necessaria nel medico ginecologo, poiché la ginecologia «coinvolge oltre alla malattia, comune alle altre branche, le problematiche riguardanti la riproduzione, la sessualità, la differenza di genere»⁶⁸. Per *empatia* si intende la capacità del medico di partecipare alla sofferenza dell'assistito. I medici, gli infermieri, i tecnici ospedalieri – ma anche gli addetti amministrativi – si trovano nella condizione di poter «aggravare o [...] alleviare

⁶³ Ivi, p. 51.

⁶⁴ Ivi, p. 52.

⁶⁵ F. A. Chervenak - L. B. McCullough, *The moral foundation of medical leadership: the professional virtues of the physician as fiduciary of the patient*, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001, 184(5): 875-880. Citato in: L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 53.

⁶⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 53.

⁶⁷ Ivi, cit. p. 53.

⁶⁸ Ivi, cit. p. 53.

molta della sofferenza gratuita a cui la sanità costringe oggi il malato»⁶⁹; se comprendono il suo disagio, ecco che lo aiuteranno a fronteggiarlo. Con il termine *autoannullamento* ci si riferisce alla capacità del medico di tenere per sé le proprie idee e le proprie convinzioni: di fronte al paziente egli deve essere solo un medico, «senza sesso, senza cultura, senza religione, senza politica, senza stato, senza razza, senza idee, senza bisogni, senza necessità, senza rancori»⁷⁰. In caso contrario, il rischio è che influenzi le scelte del paziente o, peggio, non si applichi al massimo delle proprie capacità perché condizionato da opinioni che esulano dall'ambito clinico. Anche questo valore risulta oggi un po' in ombra, poiché la tutela della salute umana – soprattutto quella femminile – è purtroppo subordinata a un'accondiscendenza sempre maggiore ai dettami dell'economia, della politica e della religione. Quanto alla quarta virtù, il medico deve avere la consapevolezza che la sua è una professione votata al *sacrificio*: vedervi solamente un mezzo per acquisire prestigio sociale e fare carriera significa allontanarsi dalla medicina autentica⁷¹.

3.7. I conflitti di interessi in medicina

Uno dei problemi che affligge la medicina moderna è costituito dai conflitti di interessi tra cui i medici sono costretti a districarsi. Alcuni sono dovuti ai medici stessi e insorgono quando essi antepongono i propri interessi a quelli del paziente⁷². In altri casi, però, può succedere che i medici si ritrovino a dover soddisfare due obblighi che si escludono a vicenda: è quello che gli anglosassoni chiamano *conflict of commitment* (“conflitto di obblighi”). Rischi del genere, oggi, sono entrambi molto frequenti⁷³.

Il conflitto di obblighi più eclatante si manifesta quando alla salute dei pazienti viene anteposto il bilancio economico delle strutture ospedaliere, diventate ormai delle aziende – di cui i medici sono dipendenti, di nome e di fatto – che devono tenere sotto controllo il

⁶⁹ Ivi, cit. p. 54.

⁷⁰ Ivi, cit. p. 54.

⁷¹ Ivi, pp. 53-55.

⁷² Se ad esempio un ginecologo accelera farmacologicamente il travaglio, non per agevolare il parto, ma solo perché ha fretta, ci troviamo di fronte a un chiaro caso di conflitto di interessi.

⁷³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 57.

Si pensi, ad esempio, a un ginecologo che effettua un'isterectomia non strettamente necessaria al solo scopo di aumentare la propria esperienza chirurgica – si concretizzerà così un conflitto tra il suo interesse personale e quello della paziente – oppure per dare prova della propria produttività all'ospedale in cui lavora – in questo caso avremo un conflitto tra gli obblighi verso l'azienda e quelli verso la paziente (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 58).

loro budget e le cui risorse sono limitate. Il caso italiano è emblematico: qualsiasi taglio alla spesa sanitaria pubblica comporta esiti negativi per i pazienti e i medici spesso devono attenersi a comportamenti tesi al risparmio, anche contro le proprie intenzioni, e lavorare più a favore dell'ospedale che per il bene del paziente. Alla vocazione altruistica del medico vengono così posti dei paletti, degli ostacoli: l'istituzione lo incalza ed egli si trova costretto a dover scegliere tra la tutela della salute del paziente e la stabilità economica della struttura sanitaria per cui lavora; è infatti assai probabile che questi interessi collidano tra loro⁷⁴. «Il fatto che la sanità sia sempre più sanità di controllo piuttosto che di servizio rende ormai quotidiano il conflitto di *commitment* e poiché il soggetto forte del conflitto è l'istituzione, è sempre più il paziente a pagarne le conseguenze»⁷⁵.

Possiamo considerare utopistica l'ipotesi che la medicina, immersa com'è nella società, non sia influenzata dai suoi meccanismi. La medicina moderna, infatti, è il prodotto di una società dominata dalle leggi del mercato e dell'economia, una società che per prima non tutela i soggetti deboli e non permette di costruire dei sani rapporti fiduciarî tra gli individui. «La trasformazione della società in società di profitto rende il conflitto di interesse quotidiano nel momento in cui il medico è oggi sottoposto non soltanto alla seduzione ed ai tentativi di corruzione delle case farmaceutiche e delle aziende produttrici di strumenti medicali ma anche alle seduzioni di una carriera che non viene più costruita sulla abnegazione, integrità ed onestà»⁷⁶. Tutto ciò stride con la legittima aspirazione a una *medicina fiduciaria*, tesa alla realizzazione dell'interesse del malato e non al perseguimento del proprio. Per questo motivo l'unica via di salvezza risiede in un recupero, da parte della classe medica, della guida morale dell'etica⁷⁷.

3.8. Il disagio morale del medico e degli altri operatori sanitari

Quando l'individuo si trova al cospetto della medicina e diventa un "paziente", vive un'esperienza di difficoltà e di vulnerabilità; ebbene, nel confrontarsi «con la malattia, la

⁷⁴ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 58.

⁷⁵ Ivi, cit. p. 58.

⁷⁶ Ivi, cit. p. 58-59.

⁷⁷ Ivi, pp. 59-60.

sofferenza umana, la vita, la nascita, la morte»⁷⁸, anche gli operatori sanitari affrontano una sorta di disagio morale, ovviamente di natura diversa. Per loro la tipologia più pericolosa di disagio è quello che gli anglosassoni chiamano *moral distress* (“sofferenza morale”), che colpisce «l’operatore [che] sa che quella che sta facendo è una azione moralmente scorretta ma ugualmente è costretto a farla per dovere istituzionale o per obbedienza gerarchica»⁷⁹. «Oggi la medicina è una struttura sanitaria, con i manager, i politici, gli amministrativi, i paramedici, i tecnici, i biologi, i chimici, i medici. E la medicina non è solo cura della malattia, è anche prevenzione, cura della fisiologia. E a volte affronta percorsi inaspettati, incomprensibili e non condivisibili»⁸⁰.

«La discussione bioetica è accesa sulle cellule staminali, sulla eutanasia, se la vita inizia nel momento dell’impianto od allo stadio dei pronuclei ed è invece silente sui drammi che non appartengono alle questioni di principio»⁸¹, che spesso coinvolgono gli operatori sanitari più da vicino e possono opprimerli e demotivarli più intensamente di quei grandi dilemmi. Prendiamo, ad esempio, il modo in cui viene affrontata oggi la sindrome di Down. Come affermava già Illich (cfr. par. 2.6), la medicina moderna si arroga il diritto di definire cosa sia accettabile e cosa non lo sia. Ebbene, «la nostra medicina silenziosamente e senza discussione alcuna ha dichiarato la sindrome di Down una malformazione [...] inaccettabile per la nostra società»⁸²: l’identificazione degli individui affetti da tale patologia come “esseri indesiderati” si è affermata senza clamore, in modo implicito, prima negli studi dei ginecologi e da qui nelle menti di tutti, comprese quelle dei loro genitori. Ci sono vari esami prenatali – da eseguire in base all’età o alla fascia di rischio in cui si rientra – che permettono di diagnosticare la presenza di tale sindrome: amniocentesi e villocentesi (tra le tecniche dirette), tri-test e valutazione della translucenza nucale del feto (tra le tecniche indirette) (cfr. par. 7.2). In ogni caso non esiste attualmente alcuna cura, perciò, se l’esito dell’esame dovesse essere positivo, l’unica alternativa possibile al proseguimento della gravidanza è la sua interruzione, ovvero l’aborto⁸³; viene spontaneo chiedersi se tutto questo sia eticamente e umanamente corretto. È qui che si pone il *moral distress*: «il biologo di un centro di medicina prenatale

⁷⁸ Ivi, cit. p. 69.

⁷⁹ Ivi, cit. p. 70.

⁸⁰ Ivi, cit. p. 71.

⁸¹ Ivi, cit. p. 71.

⁸² Ivi, cit. p. 71.

⁸³ Ivi, p. 71.

esegue quotidianamente la diagnostica della trisomia 21⁸⁴, con la consapevolezza che la sua diagnosi è un certificato di interruzione di gravidanza»⁸⁵; egli può percepire tutto questo come non etico, ma non può rifiutarsi di eseguire il test.

Come abbiamo visto, l'esito positivo delle analisi di laboratorio può essere causa di un'interruzione *volontaria* di gravidanza, intesa come scelta consapevole dei genitori *dopo* aver effettuato il test. Tuttavia, non bisogna dimenticare che esiste la possibilità di abortire anche solo per il fatto di sottoporsi all'amniocentesi o alla villocentesi. Si tratta, infatti, di due esami invasivi, che comportano un rischio di aborto, come conseguenza diretta del prelievo del campione, attorno all'1-2% dei casi. In sostanza, sia il test in sé sia il suo esito possono "provocare" un aborto, con la sostanziale differenza che nel primo caso potrebbe risultare interrotta una gravidanza del tutto sana. Di questo rischio la madre e il padre sono informati⁸⁶: un loro eventuale consenso a effettuare comunque l'esame dimostra come essi siano disposti a correrlo pur di non avere un figlio che potrebbe presentare delle malformazioni o non soddisfare altri requisiti imposti come "normali" dalla medicina⁸⁷. Se si prosegue su questa strada, chi potrà impedire in futuro che nuove caratteristiche fisiche o mentali siano definite "inadatte" e quindi che le persone che le possiedono siano considerate "non degne" di venire al mondo? Il rischio è che tali decisioni diventino davvero troppo arbitrarie.

Una figura che soffre abitualmente il *moral distress* è quella dell'ostetrica, specialmente in tempi recenti. Questa figura professionale ha subito, nel corso degli anni, una marginalizzazione sempre più marcata (cfr. Cap. 9), dovendo allo stesso tempo fare i conti, sempre più frequentemente, con procedure che vanno contro la coscienza professionale ed etica che le ostetriche maturano nel corso della loro esperienza lavorativa⁸⁸. «L'ostetrica è nata insieme al parto spontaneo, è nata per aiutare la donna a partorire, unico essere vivente ad avere un parto così difficoltoso e [a] trovarsi nella condizione di poter difficilmente partorire da sola, o per lo meno, con gravi rischi. Donna fra le donne ha imparato e tramandato l'arte dell'assistenza al parto, fatta non soltanto di

⁸⁴ Anomalia cromosomica che determina la sindrome di Down.

⁸⁵ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 72.

⁸⁶ A dire il vero, Chiechi denuncia una certa superficialità dei ginecologi nell'espone ai genitori il problema, poiché sempre più spesso essi consigliano caldamente di sottoporsi all'amniocentesi o alla villocentesi «non soffermandosi a considerare e discutere con la donna le conseguenze della scelta di questo esame» (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 73).

⁸⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 72.

⁸⁸ Ivi, p. 70.

tecnica, ma anche e soprattutto di *pathos*, umanità, amore, dedizione, sacrificio, *simpatia*, autorità»⁸⁹. A partire dalla seconda metà del XX secolo ha avuto inizio il processo di medicalizzazione del parto e ha iniziato a imporsi «la gestione medica del parto, l'evoluzione tecnologica dell'assistenza alla nascita»⁹⁰. Questo processo ha contribuito alla riduzione dello spazio professionale e del ruolo attivo dell'ostetrica⁹¹; le sue conoscenze hanno subito un lento declino e in parte si sono “trasferite” verso altre figure: ciò che un tempo era di esclusiva competenza delle ostetriche, quindi “femminile”, è passato alla responsabilità dei ginecologi, diventando in qualche modo “maschile”⁹². Ma ci sono cose che un medico, per quanto preparato, non potrà mai offrire a una donna che sta per dare alla luce un figlio. Dai tempi dei tempi, infatti, l'ostetrica soffriva insieme alla partoriente, la aiutava, la spronava, la capiva, condivideva con lei le emozioni di quei particolari, quanto unici, momenti. Oggi, invece, deve dimenticare tutto questo, poiché è diventata una «mortificata [...] vigilatrice di tracciati cardiocografici ed esecutrice delle disposizioni mediche»⁹³, che spesso non condivide o ritiene troppo praticate rispetto alla loro reale necessità, come nel caso dell'episiotomia o del taglio cesareo (cfr. Cap. 8). In questo contesto, a rimetterci sono state tutte le donne: lo scenario umano che le circondava al momento del parto è profondamente mutato, nella forma e nella sostanza.

Anche il medico, tuttavia, è una vittima del moderno sistema sanitario, così impersonale e tecnicizzato. La trasformazione degli ospedali in vere e proprie aziende, gestite secondo direttive manageriali, ha generato «una medicina troppo lontana dalla sofferenza, [...] troppo distratta dal vero obiettivo e dal vero interesse per la malattia»⁹⁴, troppo impegnata a rispettare gli impegni presi in termini di profitto e di produttività. «In queste condizioni il medico è stritolato fra [la sua] coscienza etica che gli impone il trattamento secondo le necessità del malato ed i suoi tempi, ed i tempi del DRG»⁹⁵ che gli

⁸⁹ Ivi, cit. p. 74.

⁹⁰ Ivi, cit. p. 74.

⁹¹ In passato il medico interveniva solo durante i parti più a rischio, in caso di pericolo di vita della partoriente. Egli quindi aveva un ruolo, se non marginale, certamente non più importante di quello dell'ostetrica, come invece avviene oggi.

⁹² Il termine “maschile”, qui usato, non è da intendersi solamente in riferimento al sesso del medico che assiste la partoriente, quanto piuttosto alla distanza emotiva e spirituale che lo separa da lei, risultato della sua formazione professionale e della sua mentalità prettamente tecnico-scientifica. Si tratta, infatti, di considerazioni spesso valide anche per le ginecologhe donne.

⁹³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 74.

⁹⁴ Ivi, cit. p. 75.

⁹⁵ DRG sta per *Diagnosis-Related Groups* (“raggruppamenti omogenei di diagnosi”). Si tratta di «un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o *day hospital*) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse). Tale aspetto permette di

impongono la dimissione secondo gli schemi della produttività burocratica ed ottusa»⁹⁶.

«Il mancato rispetto dei diritti del malato e le costrizioni istituzionali a cui gli operatori sono perennemente sottoposti produce a cascata la crisi etica e la progressione della sofferenza morale negli operatori, medici, infermieri, ostetriche, studenti, specializzandi»⁹⁷. Chiechi afferma che l'angoscia morale che gli operatori subiscono rimane un problema per lo più "sotterraneo", sottovalutato e trascurato. Una delle sue possibili conseguenze può essere l'abbandono della struttura ospedaliera per cercare sistemazioni eticamente più appaganti⁹⁸. L'unico punto da cui partire per liberarsi definitivamente dal *moral distress* non può che essere una *educazione etica* del personale sanitario⁹⁹.

quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria. Il DRG viene attribuito ad ogni paziente dimesso [...] tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software [...] a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato. [...] Il sistema DRG viene applicato a tutte le aziende ospedaliere pubbliche e a quelle private accreditate (ovvero che possono emettere prestazioni ospedaliere per conto del SSN) italiane e alle ASL» (http://it.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group, accesso: 16/01/2013).

⁹⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 75.

⁹⁷ Ivi, cit. p. 76.

⁹⁸ Ivi, p. 76.

⁹⁹ Ivi, p. 77.

4. Il corpo tra scienza e società

4.1. L'irrealtà dell'oggettività scientifica e il corpo come simulacro biologico

La scomposizione anatomica del corpo a opera della scienza medica ha aperto la strada alla medicalizzazione dei suoi processi fisiologici. Perciò, prima di iniziare le nostre riflessioni su come sia cambiata nel tempo la percezione del corpo femminile – soprattutto in chiave riproduttiva – sotto l'influsso della tecnica medica, vediamo quanto la nostra percezione del corpo, senza distinzioni di genere, sia influenzata dalla scienza, che è la matrice da cui la tecnica trae origine.

Secondo Umberto Galimberti, noi uomini moderni siamo giunti ad affidarci totalmente alla scienza: abbiamo a tal punto assimilato il suo modo di guardare alle cose, che ormai siamo abituati a rivolgere uno sguardo “scientifico” anche a noi stessi. La scienza è per noi ciò che permette di definire se una cosa è o non è *reale*; solo un riscontro scientifico può accertare la realtà di un fenomeno. Se riflettiamo sulla nostra concezione del corpo, che ci deriva dalla scienza, vediamo come essa sia il risultato del suo sguardo anatomico, che seziona, frantuma, demolisce e poi ricostruisce. Per vedere, comprendere e descrivere il nostro corpo siamo portati a usare un punto di vista scientifico e non più la nostra diretta esperienza “sensoriale”. Secondo la scienza, «le uniche relazioni possibili [nel corpo] sono quelle fisico-chimiche perché sono le sole che si possono esattamente calcolare»¹: ebbene, solo su quelle noi basiamo la nostra percezione del corpo. Se la realtà è ormai assorbita all'interno della descrizione che la scienza fa di lei, noi stessi ci troviamo ad esperirla in un modo non più naturale, ma indotto. «[...] il nostro corpo sarà costretto a vivere un'esistenza fantasma nell'organismo biologico che la scienza descrive»². «[...] finché la scienza continuerà, contro ogni evidenza, a considerare il corpo come un oggetto, come un aggregato di parti, e la società ad attenersi rigorosamente al dettato scientifico, saremo nell'impossibilità di comprendere qualcosa del corpo e della sua vita»³.

La scienza definisce il corpo non come un tutt'uno – come noi stessi lo percepiamo dal

¹ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, cit. p. 46.

² Ivi, cit. p. 46.

³ Ivi, cit. p. 47.

momento in cui ne prendiamo coscienza per la prima volta – ma come un sistema organico costituito da più parti tra loro integrate. Da dove nasce questa concezione del corpo? Secondo Galimberti, il corpo cessa di essere una cosa sola per scindersi in molte solo dopo che la morte l’ha disgregato⁴. Quando la scienza cominciò a sezionare i cadaveri, per andare a scoprire cosa si nasconde dietro la morte, ci si è lasciati poco a poco alle spalle tutta quella rete di tradizioni magiche e religiose che concepivano i morti come facenti ancora parte del mondo dei vivi. «Escludendo il significato simbolico della morte dal proprio raggio d’azione, allontanando senza rimorsi l’ambivalenza delle forze fauste e infauste che i defunti trascinavano con sé, espropriando il cadavere della sua morte, la scienza l’ha impiegato per costruirvi la sua rappresentazione del corpo»⁵. Grazie al sapere scientifico il corpo, in un certo qual modo, “resuscita” dalla morte. Questo significa che l’anatomia e la fisiologia solo apparentemente studiano il corpo vivente, in realtà per loro esso è soltanto «una modalità particolare della morte»⁶.

È il corpo, attraverso il suo rapporto con il mondo, a dare vita alla “realtà oggettiva”, che però è oggettiva solo per chi la osserva in quel determinato modo e in quel determinato momento. La scienza, invece, assolutizza questa oggettività, ne abusa, dichiarando che ogni oggetto esiste in sé e per sé, indipendentemente da chi lo osserva e come. Ciò che la scienza pretende di fare è costruire la realtà usando il legame tra il mondo e il corpo che lo esplora; essa porta a livelli estremi l’oggettività, pretendendo allo stesso tempo di negare proprio ciò che le dà origine, cioè il rapporto del corpo con il mondo. Nel farlo, eleva il soggetto a pura coscienza, per cui rimane un unico modo per immedesimarsi in esso: astrarre se stessi dal “mondo della vita”, cioè dalla realtà in sé⁷.

La scienza parla dell’oggettività come di qualcosa di dato, un “a priori” che non necessita di ulteriori chiarimenti. Essa oggettiva sia il corpo che il mondo per dare coerenza al suo discorso, ma ciò che è davvero reale non sta nell’oggettività scientifica: ciò che la scienza descrive non è l’autentica realtà, ma l’*iperrealtà* delle sue finzioni, mascherate con il simulacro dell’oggettività. La scienza pretende di dare una descrizione del reale, mentre invece costruisce solo una sua imitazione⁸. Mancando qualunque riferimento al reale, qualunque confronto con esso, la scienza ci priva anche della

⁴ Ivi, p. 46.

⁵ Ivi, cit. p. 46.

⁶ Ivi, cit. p. 47.

⁷ Ivi, pp. 47-48.

⁸ Ivi, p. 48.

possibilità di trovare un senso alle cose. Come dice Galimberti: «la scienza oggi si alimenta unicamente delle regole del suo gioco»⁹.

Per la scienza «il mondo della vita [che è la vera realtà] è *soggettivo e corporeo*, il mondo della scienza è *oggettivo e astratto*»¹⁰. Il mondo della scienza, quindi, è costruito *prescindendo* dal mondo reale, ma poiché la scienza ha la presunzione di imporsi come norma, come chiave di lettura del mondo reale, la contraddizione che ne emerge è palese: «un mondo di corpi regolato da un intelletto puro che procede solo per idee»¹¹. Nella “verità oggettiva” della scienza ogni cosa è certa o prevedibile, ma rimane pur sempre una *simulazione* di ciò che è la realtà; nonostante questo, oggi essa è accettata come realtà “vera”, perché può fieramente esibire la sua “oggettività scientifica”. «In questa simulazione della realtà [...] abita l’intelletto puro che non conosce il tempo e lo spazio dei corpi»¹², che produce quelle costruzioni logico-ideali che sono i risultati scientifici, fatti di formule matematiche e di astrazioni concettuali. Proprio perché basato su un surrogato del reale, il senso dell’operato della scienza si smarrisce e così, di pari passo, accade alla *tecnica*, che dalla scienza discende direttamente.

Al di là delle pretese della scienza, il mondo reale è inafferrabile di per sé. Ciò vale anche per quella branca della scienza che è la medicina. «Ponendosi come controllo progressivo della vita, la medicina ha sacralizzato se stessa [...]. Dalla “salvezza” [delle antiche religioni] alla “salute” la logica è sempre quella della preservazione della vita come valore [...]. Ciò che è stato consacrato, ciò a cui è stato riconosciuto un valore assoluto, [però] non è la vita del corpo, [...] ma quella del suo simulacro biologico»¹³. La medicina, nel suo progredire, agisce sempre e soltanto su questo simulacro, mentre nel perseguire il suo obiettivo principale, che è la vittoria sulla morte, si impone di ignorare che per il corpo autentico la morte non è mai stata qualcosa di negativo in senso assoluto¹⁴. Le società primitive danno prova, su più fronti, di avere principi morali solidi e reali, ma dimostrano soprattutto di avere umanità. La nostra tanto celebrata conoscenza

⁹ Ivi, cit. p. 48.

¹⁰ Ivi, cit. p. 49.

La stessa medicina moderna agisce per astrazione; spesso, ad esempio, i medici si riferiscono a una singola parte del nostro corpo e non a noi come persone, come se si trattasse di un’entità a sé stante e non della parte di un tutto più grande e complesso.

¹¹ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, cit. p. 49.

¹² Ivi, cit. p. 51.

¹³ Ivi, cit. pp. 53-54.

¹⁴ Per la medicina, l’unico valore positivo della morte è la possibilità di verificare le ipotesi formulate quando il corpo era ancora in vita (U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, p. 56).

scientifico, invece, ci ha elevato così in alto da farci perdere qualunque contatto umano “reale” con i nostri simili che soffrono; l’unica insensata interazione che ci rimane – e che sembra portare a una degenerazione delle relazioni sociali – è quella con un simulacro scientifico irreale.

4.2. Il corpo come componente essenziale dell’individuo plasmata dalla società

L’interessamento al *corpo* da una prospettiva non scientifica – in particolare il suo studio come categoria antropologica e sociologica – ha iniziato a emergere negli ultimi decenni del secolo scorso. Da allora esso non viene più analizzato solo dal punto di vista biologico, fisiologico e medico, ma anche da quello storico, sociale e filosofico. Questo rinnovato interesse è nato dalla consapevolezza che il corpo non è soltanto un *oggetto del mondo*, ma anche lo “strumento” di cui disponiamo per *agire nel mondo* e rapportarci ad esso. Fondamentali per l’individuo sono le sue capacità di muoversi nello spazio, di compiere azioni, di interagire con la realtà circostante e di percepirla attraverso i sensi, tutte prerogative proprie del corpo. Secondo Franca Pizzini e Lia Lombardi, ogni individuo è un tutt’uno costituito da *corpo e mente*: la definizione dell’identità unica di ognuno di noi non è quindi limitata all’aspetto psicologico, proprio perché la mente non è la sola componente a qualificare una persona¹⁵.

Inoltre non dobbiamo commettere l’errore di vedere nel corpo solamente materia inerte: esso non è soltanto una “macchina” biologica, il mero substrato fisico in cui si concretizza l’identità individuale, ma è parte integrante di quell’identità, che anzi contribuisce a caratterizzare¹⁶. L’essenza stessa della conoscenza, secondo molte ricerche nel campo dei processi cognitivi, è l’esperienza fisica: tutto ciò che ci permette di dare significato a quello che ci circonda, alla nostra vita e alle nostre azioni, è “incorporato” in noi.

¹⁵ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 9-10; L. Lombardi, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli 2005, p. 66.

¹⁶ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 10.

La stessa biologia insegna come non esistano due esseri umani uguali l’uno all’altro: Darwin, con le sue ricerche sulla selezione naturale, ha dimostrato come proprio la diversità dei singoli sia il fattore fondamentale per consentire l’evoluzione. Pertanto, se ogni corpo è differente biologicamente, a maggior ragione possiamo attestare la differenza tra i corpi quando sono intesi come categoria sociologica.

Chi si ostina a studiare il corpo solo da un punto di vista fisico è la medicina, in quanto condivide la concezione del corpo propria della scienza. Secondo Umberto Galimberti, la scienza vorrebbe farci credere che il nostro corpo non è che un “oggetto” tra i tanti, ma ogni qual volta lo consideriamo in tal modo cadiamo in errore. Per avvalorare questa tesi, egli sottolinea come da un oggetto sia possibile “distogliere lo sguardo” in qualsiasi momento, mentre è impossibile fare lo stesso con il nostro corpo: esso «è costantemente percepito»¹⁷, è sempre “con noi”. Il corpo, inoltre, ha un rapporto esplorativo con il mondo, si apre ad esso. E poiché è mediante il corpo che ci relazioniamo al mondo, è proprio attraverso di esso che sperimentiamo l’esistenza degli oggetti: attraverso il corpo possiamo vederli, toccarli e quindi percepirli come oggetti, “crearli” come tali. Invece, quando rivolgiamo i nostri sensi al corpo, siamo “esplorati” ed “esploranti” allo stesso tempo. Ognuno di noi può dire: “Il mio corpo è me, perché è sia fuori che dentro di me”. Anche per questo, dunque, il corpo non è un oggetto: noi stessi non ci sentiamo oggetti o aggregati di parti che assemblate assieme danno origine all’oggetto-corpo¹⁸.

Sebbene per ognuno, dal principio fino al termine della vita, il corpo sia uno e uno soltanto, esso non è affatto immutabile e definito, ma è anzi plasmabile – e plasmato – dalle esperienze che viviamo. La costruzione della nostra immagine corporea dipende dal nostro vissuto “amalgamato” con l’elemento sociale. Questa combinazione viene a crearsi attraverso l’interazione con gli altri, interazione che fin dall’infanzia ci aiuta a decodificare e interpretare il mondo esterno¹⁹. In altre parole, «il corpo è frutto dell’incrocio tra dimensione biologica e dimensione sociale»²⁰. Da un lato, ciò significa che «le realtà corporee acquistano significato ed identità in base al contesto culturale nel quale sono inserite»²¹, cioè che è la cultura a dare identità al corpo: ad esempio, pur avendo fin dalla nascita un corpo che per natura – cioè in termini biologici – è maschile o femminile, impariamo a considerarlo tale grazie alla cultura, all’educazione, all’influenza dell’ambiente e del contesto sociale in cui viviamo. D’altra parte, però, proprio a causa del fitto «intreccio, nell’essere umano, di natura ed educazione, di biologia e di cultura, [...] il comportamento socio-culturale per quanto strutturato dall’ambiente, ha una forte

¹⁷ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, cit. p. 47.

¹⁸ Ivi, p. 47.

¹⁹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 10.

²⁰ Ivi, cit. p. 10.

²¹ Ivi, cit. p. 10.

componente biologica»²².

Non si può negare come il corpo «sia socialmente costruito, cioè vissuto e gestito in modi diversi a seconda delle culture e delle epoche storiche»²³. Secondo Renato Stella, «la relazione corpo/società è strategica [...] perché è in essa che riteniamo di poter cogliere i criteri con cui il corpo stesso, da oggetto di Natura diviene oggetto di Cultura, e quindi è socialmente costruito»²⁴. «Il corpo è come un testo [...]. Per comprenderlo però occorre, preliminarmente, capire chi lo scrive e chi lo legge: i segni significano non di per sé stessi ma in ragione del corpo sociale che lega chi li produce a chi li interpreta»²⁵. È un “testo”, quindi, che necessita di una continua reinterpretazione: secondo questa visione, il corpo «è “messo in pratica” nella vita quotidiana, viene concretamente modellato nei rapporti con le situazioni, le regole e le classificazioni in cui si trova inserito»²⁶.

C'è una stretta connessione tra la costruzione sociale del corpo e la sua medicalizzazione. Il corpo è ormai diventato “territorio medico”, materia su cui agire medicalmente. Si badi bene, però: non stiamo parlando del corpo *malato*, ma del corpo *tout court*²⁷. La medicina continua ad allargare il suo patrimonio di conoscenze e il suo campo di sperimentazione tecnologica: è sempre più presente nella vita di tutti i giorni, come mai era accaduto nel passato, al punto che ormai non c'è momento della vita che non sia diventato oggetto di cura (cfr. Cap. 2). Inoltre, le numerose campagne preventive e l'immagine dominante del benessere fisico a ogni età influenzano la percezione che le persone hanno del loro stato di salute o, più spesso, del loro stato di malattia. Tutto ciò contribuisce ad alimentare una profonda incertezza nei confronti di se stessi e spinge ad affidarsi all'oggettività medica, di origine tecnico-scientifica. Potremmo definire questo fenomeno “terapeutizzazione dell'esistenza”²⁸.

²² Ivi, cit. p. 10.

²³ L. Lombardi, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli 2005, cit. p. 65.

²⁴ R. Stella, *Il corpo come testo*, in M. Bucchi - F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci 2001, cit. p. 268.

²⁵ Ivi, cit. p. .

²⁶ L. Lombardi, *Medicalizzazione del corpo e potere della medicina: questioni di genere?*, in Elisabetta Camussi - Nadia Monacelli (a cura di), *Questioni sul corpo in psicologia sociale. Atti del Convegno GDG organizzato dal Gruppo Disparità di Genere (Milano, 7-8 maggio 2010)*, UNI.NOVA 2010, cit. p. 149.

²⁷ Come già detto, se i malati a disposizione scarseggiano, la medicina trova facilmente il modo di attrarre a sé il maggior numero possibile di persone sane.

²⁸ L. Lombardi, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli 2005, pp. 68-69.

4.3. Medicalizzazione del corpo femminile e controllo sociale sulle donne

Il corpo è diventato un campo di battaglia in cui si scontrano valori diversi, interessi politici, sociali ed economici: in altre parole, il corpo è il fulcro di veri e propri conflitti di potere. Secondo Michel Foucault, tra il XVII e il XVIII secolo si sviluppa in Europa quello che egli chiama “biopotere”²⁹, cioè «la gestione e il controllo del corpo umano da parte del potere politico»³⁰. Dalle riflessioni di Foucault sulle dinamiche sociali del potere e dell’assoggettamento del corpo emergono i fondamenti per capire gli aspetti storici e sociali della femminilità e della mascolinità, che permettono a loro volta di segnare i confini tra i due generi³¹. In culture ed epoche differenti, il luogo per eccellenza in cui si è manifestata l’identità collettiva è il corpo femminile, riconoscibile come lo spazio in cui più si esercita il potere di coercizione e di controllo della società³².

Ciò che primariamente differenzia il corpo femminile da quello maschile è la capacità di generare figli; da sempre questa consapevolezza ha determinato un controllo sociale sulle donne, controllo un tempo esercitato attraverso la religione³³. E oggi? Ci si può chiedere se, nelle moderne società occidentali, si eserciti ancora questo controllo, oppure se esso sia solo il retaggio di un passato in cui alle donne erano negati i loro diritti. Purtroppo dobbiamo rilevare come il dominio sul corpo delle donne perduri tuttora, sebbene ora si espliciti in una maniera diversa, meno evidente, cioè per mezzo della *medicina*, o meglio, della sua ingerenza nella biologia femminile. L’attuale *medicalizzazione del corpo femminile*, infatti, può essere letta come «la risposta della modernità alla necessità di controllo sociale sull’attività riproduttiva della donna, una necessità [...] che è una costante in tutte le culture»³⁴. Come già visto (cfr. Cap. 2), la

²⁹ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli 1996.

³⁰ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

³¹ L. Lombardi, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli 2005, p. 67.

³² N. Diasio, *Il vaso di Pandora, ovvero della chiusura del corpo femminile. Aspetti storico-antropologici*, in M. Mazzetti (a cura di), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, Franco Angeli 2000, pp. ?-?.

³³ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 11.

In riferimento alla storia del mondo occidentale, non è difficile notare come la religione cristiana abbia notevolmente influenzato la concezione del corpo femminile e di conseguenza l’atteggiamento della società verso le donne e il loro ruolo sociale.

³⁴ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 11.

La medicalizzazione ha una storia antica, ma è nell’età moderna che ha dato i suoi frutti più deprecabili. Essa si palesa quando la medicina “sconfina” al di là dei suoi limiti, considerando e affrontando come problemi

medicalizzazione è un fenomeno che coinvolge l'intera società, ma sembra focalizzare la sua azione proprio sul corpo delle donne e in particolare sui molti aspetti legati alla riproduzione: lo dimostra il fatto che la tecnologia applicata alla medicina fornisce costantemente nuovi mezzi aventi lo scopo di monitorare l'apparato riproduttivo femminile e intervenire su di esso.

Proviamo ora a stilare un profilo storico della medicalizzazione del corpo femminile. Essa nasce quando la medicina, da "arte" che era, si eleva al rango di "scienza". Ciò che vediamo oggi sono i risultati della decisione della medicina di avere come obiettivo la salvaguardia e il miglioramento della salute umana³⁵. Il passaggio da "arte della guarigione" a "scienza medica" ha avuto come effetto collaterale l'oggettivazione del corpo, in special modo di quello femminile. Grazie all'imporsi del pensiero cartesiano e della divisione tra mente e corpo, è oggi quasi impossibile non vedere quest'ultimo in un'ottica meccanicistica. «Se il corpo è considerato una macchina e può essere scomposto nelle sue varie parti, ne consegue che la riproduzione è rappresentata come un processo lineare e la nascita come un processo industriale, sottoposto a controllo, così come è esemplificato dalle pratiche ospedaliere»³⁶.

Possiamo chiederci quanto questo tenda a modificare la concezione che le donne hanno della loro corporeità³⁷. Perché la percezione di se stessi, del proprio corpo, è in continua evoluzione e le nuove tecnologie messe in campo dalla medicina, soprattutto quelle che permettono di "vedere attraverso la pelle", contribuiscono in modo determinante a formare tale percezione. A questo proposito, possiamo dire che, rendendo visibile ciò che per natura è invisibile, il corpo della donna si è trasformato, come dice Barbara Duden, in un "luogo pubblico"³⁸ (cfr. par. 6.1).

Con le moderne innovazioni tecnologiche ci si attende di non dover più «subire le "incertezze della natura" ma di poterla controllare, che si tratti di fecondità, di gravidanza, di parto, di menopausa o di infertilità [...]. Tutti questi eventi diventano necessari di

medici questioni che non richiederebbero affatto un trattamento di questo tipo (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84).

³⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

³⁶ Ivi, cit. p. .

³⁷ È un quesito che si pongono filosofi, psicologi, antropologi, sociologi, storici, soprattutto se si tratta di donne, come molti tra gli autori consultati per questa Tesi (Battaglia, Borgna, Duden, Lombardi, Pizzini, Ranisio).

³⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 107.

intervento medico e da qui scaturisce la delega del proprio atto di mettere/non mettere al mondo, agli esperti della medicina e della tecnologia della riproduzione»³⁹, forse senza rendersi conto che si sta delegando anche il controllo sul proprio corpo.

Si può affermare che la prima medicalizzazione del corpo femminile prenda forma quando, sulla scena del parto, accanto all'ostetrica compare la figura del medico. Tra il XVIII e il XIX secolo l'assistenza alla procreazione – intesa come processo che va dalla gravidanza al parto – da pratica esclusivamente *femminile* è passata ad essere una tecnica *maschile*. Da allora il controllo medico sul corpo della donna incinta è andato aumentando d'intensità, al punto da poter affermare che oggi la riproduzione è una prerogativa femminile che avviene sempre sotto supervisione – medica – maschile⁴⁰.

³⁹ L. Lombardi, *Medicalizzazione del corpo e potere della medicina: questioni di genere?*, in Elisabetta Camussi - Nadia Monacelli (a cura di), *Questioni sul corpo in psicologia sociale. Atti del Convegno GDG organizzato dal Gruppo Disparità di Genere (Milano, 7-8 maggio 2010)*, UNI.NOVA 2010, cit. p. 151.

Per quanto concerne l'infertilità, con la procreazione medicalmente assistita (PMA) oggi si è riusciti a svincolare la *riproduzione* dalla *sessualità*, privando l'uomo – inteso come specie umana – del suo potere generativo e scavalcando la Natura con la tecnica; in questo caso, il controllo sulla procreazione è ancor più nettamente una prerogativa esclusiva del mondo medico (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 20-21).

⁴⁰ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 18-19; I. M. Gaskin, *La gioia del parto. Segreti e virtù del corpo femminile durante il travaglio e la nascita*, Bonomi 2003, p. 270.

PARTE II

Come la tecnica medica agisce sul corpo femminile

5. Quando “essere donna” significa “essere malata”

5.1. La creazione delle malattie

Nella società occidentale contemporanea è nato il cosiddetto “mercato della malattia”, fenomeno complesso ed eticamente inammissibile, che consiste nel “costruire” ad arte nuove patologie e convincere persone sane di essere malate, con l’intento di ampliare il mercato dei servizi sanitari e vendere una maggior quantità di medicinali¹. «Il tentativo di commercializzare la biologia umana a scopo di lucro è fenomeno che nasce da lontano»², dai sogni dell’immortalità e dell’eterna giovinezza, dagli antichi rimedi che promettevano effetti prodigiosi contro le malattie più disparate e gli acciacchi della vecchiaia. Ma il modo in cui oggi la biologia viene sfruttata economicamente ha un valore nettamente diverso: non si tratta più di soddisfare desideri tutto sommato legittimi, ma di agire sul pensiero culturale, trasformando «normali variazioni biologiche in malattie necessitanti di essere curate farmacologicamente, un concetto che travalica quello della medicalizzazione»³. Se infatti medicalizzare un processo biologico significa modificarne la percezione da parte del medico e del paziente⁴, le malattie create “artificiosamente” sono anche peggio, perché generano in persone sane le paure e le ansie che solitamente colpiscono i malati e possono stravolgere la loro vita.

Tutto questo è potuto succedere perché la medicina non è affatto una scienza oggettiva, come alcuni pensano. Al contrario, essa «è vista attraverso la lente della cultura dominante ed attraverso di essa si esprime; a volte la distorsione culturale è talmente potente da creare non soltanto terapie inadeguate o completamente sbagliate e dannose, ma addirittura la malattia stessa»⁵. Già da molti decenni è chiara l’origine sociale di alcune malattie, perché legate all’urbanizzazione o all’inquinamento, ma oggi stiamo assistendo a qualcosa di diverso: la creazione di malattie praticamente dal nulla. È quello che, ad

¹ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 103.

² Ivi, cit. p. 103.

³ Ivi, cit. p. 103.

⁴ È ciò che avviene, ad esempio, con la riduzione del parto da evento naturale a “evento biomedico”, con la conseguenza che tutte le problematiche ad esso connesse vengono affrontate dal punto di vista medico – quindi scientifico – mentre l’aspetto umano ha perso decisamente importanza.

⁵ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 90.

esempio, è avvenuto con la menopausa, che la medicina occidentale⁶ ha trasformato «da fisiologica fase di transizione nella vita della donna [...] in “endocrinopatia da carenza” necessitante di terapia ormonale “sostitutiva”»⁷ (cfr. par. 5.5). Lo stesso calo del desiderio sessuale, naturale conseguenza delle prime fasi della menopausa, è visto dalla moderna medicina come uno stato anormale cui è necessario trovare una terapia adeguata⁸. Di recente “invenzione” è anche l’ipogalattia, patologia che consisterebbe in una produzione di latte materno insufficiente per garantire al neonato l’allattamento al seno⁹.

Come detto, fenomeni di questo genere sono esclusivi della società occidentale contemporanea, che Luigi Mario Chiechi definisce “postindustriale”. Perché distinguerla dalla società industriale che l’ha preceduta? Nella *società industriale*, l’imperativo era creare prodotti da poter piazzare sul mercato; per farlo, si seguivano le regole del mercato stesso. Nella *società postindustriale* ci si spinge oltre: se non si ha a disposizione un mercato pronto ad assorbire un determinato prodotto, lo si crea. Per questo motivo gran parte delle cure e dei medicinali oggi in commercio sono rivolti alla popolazione sana, un pubblico ovviamente molto più vasto rispetto alle persone malate. Trattamenti come la cura ormonale per la menopausa, i contraccettivi orali, i farmaci per accrescere la libido, i sostituti artificiali del latte materno, si rivolgono per lo più a donne perfettamente in salute¹⁰.

La creazione delle malattie è resa possibile da uno degli aspetti fondamentali della medicina moderna: qualsiasi sintomo, nel momento in cui viene dichiarato *evitabile* – grazie a un nuovo farmaco prodotto in laboratorio o a una nuova tecnologia appena messa a punto – diventa automaticamente inaccettabile, insopportabile e quindi *patologico*: «l’uomo perde la capacità di capirlo, utilizzarlo e controllarlo e si affida alla medicina; ma la perdita di autocontrollo ed autogestione della propria espressione biologica è una perdita imposta perché dichiarata come gestione impossibile»¹¹. È quello che è accaduto per dolori fisiologici come i dolori mestruali o quelli del parto, ridotti con l’uso massiccio

⁶ La precisazione “geografica” è necessaria, perché ciò non avviene presso le società orientali, come ad esempio quella cinese o quella giapponese (cfr. par. 5.6).

⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 90.

⁸ Ivi, p. 104.

Un tale “problema”, come si sa, non colpisce solo la donna, ma anche l’uomo, come dimostrano le vendite in continuo aumento del Viagra (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 104).

⁹ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 90.

In questi casi si consiglia alle giovani madri, in carenza di latte proprio, di sostituirlo con quello artificiale.

¹⁰ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 90-91; L. M. Chiechi, *La menopausa nella società postindustriale. Critica alla costruzione medica della menopausa*, Aracne 2006, pp. 24-25.

¹¹ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 105.

di analgesici e anestetici, ma anche per gli stati d'ansia e la depressione, per i quali si è arrivati al controllo farmacologico dell'umore¹². Per sopportare il dolore non si fa più affidamento sulle proprie forze, fisiche e mentali: «le capacità della persona non vengono più mobilitate dalle risorse individuali o dalla formazione socio-culturale di gestione del dolore fisiologico, ma dalla medicina farmacologica»¹³ (cfr. par. 2.12).

Una volta innescato, questo meccanismo mistificatorio si autoalimenta e si amplifica spontaneamente: indicata una problematica come la causa primaria di una determinata patologia, si spinge la popolazione a temerla, a combatterla, a prevenirla, per la gioia delle case farmaceutiche, di quelle produttrici di apparecchiature medicali e, purtroppo, anche delle aziende sanitarie – private ma anche pubbliche – e di molti medici conniventi con questo sistema. Tutti questi soggetti sono spinti da meri interessi economici e non certo dal desiderio di contribuire alla difesa della salute¹⁴.

Nell'affermarsi di questo processo, quindi, la medicina è stata complice della moderna società del profitto, in quanto non ha contrastato, quanto piuttosto favorito, il fenomeno. Se già negli anni Settanta del secolo scorso Ivan Illich denunciava la pressione indebita esercitata sui medici dalle case farmaceutiche, oggi questo problema si avverte ancora di più. Nel corso di un quarantennio la medicina è riuscita a far passare per “scientificamente provati” molti dati che in realtà erano falsi o comunque pilotati, al solo scopo di favorire l'industria medica e quella farmaceutica.

Quella che un tempo era una vocazione, si è progressivamente trasformata in una *professione*: il medico è diventato un *professionista della salute*, un impiegato dell'industria sanitaria votato all'efficienza, un prescrittore di farmaci. Ciò ha portato a una *medicina di conflitto* che lo mette in contrapposizione al malato: quest'ultimo è spinto a denunciare il medico che a suo giudizio non ha compiuto correttamente il proprio dovere, mentre il medico si preoccupa sempre più di far valere i propri interessi piuttosto che andare incontro a quelli del malato. Tutto questo ha contribuito a ledere il patto fiduciario tra medico e paziente¹⁵ (cfr. par. 3.6). Chiechi vede nella situazione attuale un chiaro segno del percorso degenerativo intrapreso dalla medicina: essa ha dato prova «di poter dominare le più pericolose e diffuse malattie[, ma] si è lasciata trascinare da comportamenti involutivi rivolgendosi contro la stessa salute che aveva giurato di

¹² Ivi, p. 105.

¹³ Ivi, cit. p. 105.

¹⁴ Ivi, pp. 105-106.

¹⁵ Ivi, p. 91.

difendere, asservendo la biologia alle esigenze della società»¹⁶. «La perdita bioetica attuale è stata determinata non dall'avanzamento della tecnologia sanitaria ma dallo svilupparsi di una *medical industry* che si comporta come una industria di profitto e dalla presenza ancora forte di una lente socio-culturale distorsiva»¹⁷. Il medico è diventato «depositario di una tecnica sempre più raffinata ed evoluta ma che mette a disposizione [solo] di chi può pagarsela anche quando è impropria»¹⁸.

Nei prossimi paragrafi analizzeremo alcuni dei casi più eclatanti di approccio “patologico” alla fisiologia femminile, riguardanti il ciclo mestruale e la menopausa.

5.2. Breve storia delle mestruazioni

Il ciclo mestruale è il «complesso delle modificazioni cicliche che hanno luogo nella mucosa dell'utero per prepararla ad accogliere l'uovo fecondato. L'attività funzionale dell'apparato genitale femminile, per quanto riguarda la funzione riproduttiva, comincia con la pubertà (per la donna italiana inizia in media tra i 12 e i 13 anni) e termina con la menopausa, che avviene in genere tra i 48 e i 52 anni. Tale funzione si svolge ciclicamente: l'ovaio va incontro a una serie di modificazioni, al termine delle quali si ritrova nelle condizioni di partenza, [...] a intervalli fissi e regolari. Tali modificazioni, qualora l'impianto dell'uovo non avvenga, si concludono con lo sfaldamento degli strati superficiali della mucosa uterina, e con la loro eliminazione attraverso le vie genitali, fenomeno che viene definito *mestruazione*. [...] con la comparsa della mestruazione il ciclo ricomincia»¹⁹. L'intero ciclo dura circa 28 giorni, 3 o 4 dei quali sono necessari all'espulsione, con il flusso del sangue mestruale, del materiale derivante dalla disgregazione della mucosa uterina. Nel suo complesso il ciclo mestruale consiste in «una successione di eventi regolati da fini meccanismi ormonali tra loro strettamente interdipendenti»²⁰, che coinvolgono ormoni prodotti dall'ipotalamo (*releasing hormones*), dall'ipofisi (FSH e LH) e dalle ovaie (estrogeni e progesterone), che agiscono gli uni sugli altri in un mirabile meccanismo di autoregolazione a *feedback*.

¹⁶ Ivi, cit. p. 92.

¹⁷ Ivi, cit. p. 92.

¹⁸ Ivi, cit. p. 91.

¹⁹ AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, Rcs Libri 2006, voce *Mestruale, ciclo*.

²⁰ *Ibid.*

Il fenomeno delle mestruazioni ha sempre suscitato un certo interesse in medicina. Galeno (129-216 d.C.) le considerava un salasso naturale, dovuto a un'eccedenza di sangue nell'organismo. Fino al XVIII secolo questa espulsione di sangue in eccesso veniva vista come qualcosa di naturale, assolutamente non patologico²¹. Risale all'inizio dell'Ottocento, con la comprensione della funzione delle ovaie, la scoperta delle cause delle mestruazioni: da quel momento il processo viene decretato come morboso e «si accentua la convinzione che le mestruazioni siano debilitanti, sottolineando l'impatto negativo che queste hanno sulla vita e sul lavoro delle donne»²².

Bisognerà aspettare gli anni Quaranta del secolo scorso per sentire parlare di “ciclo” mestruale. Le mestruazioni, allora, cominciano ad essere descritte come un “fallimento riproduttivo”: in una visione meccanicistica dell'apparato genitale femminile, il ciclo mestruale diventa la conseguenza negativa di qualcosa che poteva avvenire (l'impianto di un ovulo fecondato nell'utero) e invece non è avvenuto²³. Con la scoperta degli ormoni femminili e della loro funzione, quelli che un tempo erano semplicemente i “segni naturali” delle mestruazioni diventano i “sintomi” di un fenomeno debilitante e patologico. Si perde il legame “magico” tra la donna e la Natura che le mestruazioni in qualche modo rappresentavano (cfr. par. 6.7) e si impone l'uso di rimedi “scientifici” contro i loro aspetti invalidanti.

Sostenendo che le mestruazioni indebolivano il corpo e la mente, le donne lavoratrici furono messe in una cattiva luce: nei primi decenni del Novecento, infatti, era pensiero comune che il ciclo mestruale impedisse alle donne di svolgere appieno le loro mansioni. Gli stessi medici consigliavano loro di non affaticarsi durante il ciclo, perché potevano andare incontro a dolori maggiori o a “traumi emozionali”. La tendenza a “patologizzare” le mestruazioni ha quindi coinvolto le donne stesse²⁴. Questo atteggiamento, sempre più generalizzato e diffuso, ha portato a considerare il ciclo mestruale un evento necessitante di farmacologizzazione: soltanto con i farmaci si sarebbero risolto i problemi dovuti a inutili sofferenze e disagi²⁵. È così che si è giunti progressivamente a parlare di una “sindrome premestruale” da curare.

²¹ Il considerarlo un fenomeno fisiologico, comunque, non impediva di ritenere il sangue mestruale “impuro”.

²² G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

²³ Ivi, pp. 67-84.

²⁴ La medicalizzazione avviene anche perché i soggetti interessati si lasciano consapevolmente medicalizzare.

²⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

5.3. La sindrome premestruale: disturbo mentale o costruzione sociale?

L'ultima patologia che si è aggiunta alla lista delle “malattie femminili” è la sindrome premestruale (PMS, *Pre-Menstrual Syndrome*)²⁶. Con questa espressione ci si riferisce a «un complesso di sintomi di tipo emozionale, fisico e comportamentale dall'andamento ciclico, dall'intensità variabile e in stretta relazione con il periodo postovulatorio del ciclo mestruale, di severità sufficiente a condurre ad un deterioramento delle relazioni interpersonali e/o ad un'interferenza con le attività normali»²⁷. Nella PMS prevarrebbero i disturbi dell'umore, al punto da renderla oggetto di studio da parte degli psichiatri: nel 1987 essa è stata inserita nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* redatto dall'Associazione Americana di Psichiatria (APA, *American Psychiatric Association*), la più autorevole nel campo dello studio delle malattie della mente²⁸.

Il movimento femminista americano fu il primo a chiedere una «riflessione sul significato e sulle potenziali conseguenze della concettualizzazione della sindrome [premenstruale] in termini di malattia – in modo particolare per ciò che concerne la possibilità di occupare posizioni lavorative di responsabilità – per *tutte* le donne»²⁹. Chi affiderebbe, infatti, un ruolo dirigenziale o istituzionale di primo piano, magari con centinaia di persone alle dipendenze o con l'onere di prendere decisioni determinanti, a qualcuno che ogni quattro settimane circa diventa emotivamente instabile e quindi inaffidabile? Secondo le femministe, ma anche secondo molti psichiatri, classificando la PMS tra i disturbi mentali si danneggiavano *tutte* le donne, condannandole ad essere “vittime” della loro stessa fisiologia, e si creava un’“arma” che poteva essere usata contro di loro in ambito lavorativo e sociale: «i cambiamenti psicologici associati ad una normale funzione corporea [...] dovrebbero anch'essi essere considerati normali»³⁰. Si sollevò un

²⁶ Il termine è stato introdotto da Robert T. Frank nel 1931, in un articolo in cui descriveva tutti i sintomi della PMS, da quelli psicologici (quali irritabilità, depressione e ansia) a quelli fisici (nausea, problemi epidermici, dolori al ventre e al seno) ai problemi di concentrazione (dovuti a mal di testa, stanchezza e insonnia). È stato notato come la creazione e la successiva affermazione della PMS siano coincisi temporalmente con l'esigenza, negli Stati Uniti della Grande Depressione, di escludere le donne dal mondo del lavoro per favorire l'occupazione maschile (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84).

²⁷ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 24.

Tra gli effetti delle disfunzioni endocrine alla base della PMS vi sono la diminuzione della capacità di concentrazione e dell'interesse per le attività usuali, da cui deriva un generale calo di efficienza.

²⁸ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, nota 12 p. 25.

²⁹ Ivi, cit. p. 25.

³⁰ Ivi, cit. p. 26.

dibattito che andò a toccare il tema della *costruzione sociale* delle malattie mentali³¹: «quand'anche ci fossero validi criteri per distinguere tra variazioni normali e variazioni anormali nei livelli di estrogeni, perché mai le conseguenze mentali e comportamentali di questi cambiamenti fisiologici [...] debbono essere costruite come sintomi di disturbo mentale? [...] Di più: la sindrome [premenstruale] avrebbe trovato posto tra i disturbi mentali se del gruppo di lavoro incaricato del suo studio dall'Associazione Americana di Psichiatria [...] avessero fatto parte un numero maggiore di psichiatri donne? O se queste ultime avessero avuto più potere politico nell'Associazione? Ancora: se non esistessero stereotipi sulle donne “in certi giorni”?»³²

Al di fuori della comunità medica, una riflessione sulla sindrome premenstruale si è aperta anche tra gli antropologi. Essi osservano, innanzitutto, come i disturbi associati alla PMS esistano – e addirittura ci si interroghi se considerarli sintomi di una vera e propria malattia – esclusivamente nelle società industrializzate occidentali³³. Inoltre affermano che l'opinione delle donne stesse sulla PMS è influenzata dal modo mutevole con cui essa è trattata dai medici, dalla società e dai *media*, oscillando continuamente tra i due estremi del “mito culturale maschilista” e della “conclamata patologia debilitante”.

Paola Borgna si chiede «*cosa significa, dunque, affermare – come fa la prospettiva cultural-femminista – che la sindrome premenstruale è una costruzione sociale?*»³⁴ Significa «che non è possibile guardare al corpo [femminile] come ad una forma puramente naturale»³⁵, poiché nel nostro modo di considerare la donna nei giorni successivi all'ovulazione³⁶ «sono implicite assunzioni sulla natura della società, e nella fattispecie sui ruoli in essa di uomo e donna»³⁷, che «orientano una serie di pratiche relative al corpo»³⁸. Queste considerazioni, dice sempre Borgna, valgono non solo per la sindrome premenstruale, ma anche per altri aspetti della fisiologia femminile, quali la gravidanza e la menopausa.

³¹ Una riflessione simile avvenne negli anni Settanta del secolo scorso a proposito dell'omosessualità, catalogata dall'APA tra i disturbi mentali fino al 1973 (P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 26).

³² P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. pp. 26-27.

³³ Questa riflessione vale anche per altri aspetti della biologia femminile – uno su tutti, la menopausa – per i quali le donne occidentali consultano abitualmente il ginecologo, mentre in altre parti del mondo ciò non avviene (cfr. par. 5.6).

³⁴ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 29.

³⁵ Ivi, cit. p. 29.

³⁶ «Processo che consiste nell'espulsione da parte dell'ovaio di una cellula uovo pronta per essere fecondata» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico OVA-R*, RCS Libri 2006, voce *Ovulazione*).

³⁷ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 29.

³⁸ Ivi, cit. p. 29.

Per comprendere la PMS è necessario studiare il suo significato culturale. Essa è «uno degli esiti della progressiva medicalizzazione del corpo e del comportamento femminile»³⁹; secondo alcuni autori, attraverso la PMS le donne occidentali possono «esprimere la frustrazione generata dalla [loro] vita sociale»⁴⁰, poiché è l'unica maniera che hanno per farlo, l'unica che la società trasmette loro, l'unica che la società accetta. La PMS, inoltre, sarebbe così diffusa a causa «dell'atteggiamento negativo nei confronti delle mestruazioni, alimentato dai media e da interessi politici ed economici, e del conflitto tra ruoli femminili produttivi e ruoli femminili riproduttivi»⁴¹. È possibile che la riduzione dell'efficienza delle donne sul posto di lavoro, che può verificarsi nel periodo premestruale, sia etichettata come malattia proprio a causa dell'organizzazione del sistema socio-economico occidentale. C'è addirittura chi vede, dietro la propaganda a favore del riconoscimento medico della PMS negli anni Settanta del Novecento, gli interessi di quella parte di società che voleva che le donne “rimanessero a casa” e non rivendicassero ruoli sociali fino ad allora appannaggio dei soli maschi⁴².

La moderna medicina consiglia l'uso di farmaci – per lo più antidepressivi – per contrastare «la comparsa regolare, a cadenza mensile, in milioni di donne, di ansia, irritabilità e rabbia dall'intensità e dalla persistenza variabile, in corrispondenza di forme di diversa severità della sindrome [premenstruale]»⁴³. Sarebbe invece opportuno non intervenire in alcun modo contro gli effetti disabilitanti della PMS, anzi convivere con essi – come d'altronde si è sempre fatto in passato e si continua a fare in altre parti del mondo – tentando piuttosto «di attingere a [quelle] riserve latenti di emozione, di comprensione e di creatività»⁴⁴ che sembrano emergere “in quei giorni” e di cui la stessa letteratura medica sulla PMS riferisce.

5.4. La pillola anticoncezionale: molto più di uno strumento della tecnica

L'entrata in scena della pillola anticoncezionale è relativamente recente, ma i suoi

³⁹ Ivi, cit. p. 29.

Questa è la tipica lettura della PMS che viene data da un punto di vista femminista.

⁴⁰ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. pp. 29-30.

⁴¹ Ivi, cit. p. 29.

⁴² Ivi, pp. 30-31.

⁴³ Ivi, cit. p. 31.

⁴⁴ Ivi, cit. p. 32.

effetti sull'idea che le donne hanno della loro stessa fisiologia è stata dirompente. Nel pubblicizzarla, piuttosto che sul suo effetto contraccettivo⁴⁵, si cerca spesso di focalizzare l'attenzione delle donne su come la "pillola" le possa finalmente "liberare" dalle mestruazioni e quindi emanciparle dal condizionamento imposto dai loro ormoni: per questo possiamo definire la pillola come uno dei più riusciti tentativi di medicalizzazione del ciclo mestruale. Soprattutto tra le adolescenti occidentali, la pillola viene assunta con l'intento di "riprendere il controllo" sulla propria vita, controllo che dal loro punto di vista, evidentemente, è insidiato dalla ricorrenza delle mestruazioni, viste come un problema, una limitazione, certamente non come un segno tangibile del loro essere donne⁴⁶ (cfr. par. 6.7).

La pillola è «un prodotto sintetico dell'industria farmaceutica, ma non una medicina»⁴⁷. Quando, negli anni Cinquanta, iniziò ad essere commercializzata, l'ovulazione era «un processo che soltanto da poco, cioè dal 1923, era stato verificato empiricamente»⁴⁸. Inizialmente, nelle ricette mediche, veniva prescritta al solo scopo di alleviare i dolori mestruali, per evitare le obiezioni di natura morale e religiosa derivanti dal suo impiego come contraccettivo, che tuttavia era il motivo reale per cui veniva assunta⁴⁹.

La pillola, infatti, è prima di tutto un metodo anticoncezionale, il più efficace tra quelli in commercio. La sua azione contraccettiva consiste nel rilascio di «ormoni estrogeni e progestinici [...] sintetici, attivi anche a dosaggi molto bassi, che impediscono il concepimento attraverso vari meccanismi di azione, il più importante dei quali è il blocco dell'ovulazione; gli estro-progestinici, però, possono agire anche alterando la motilità tubarica, rendendo l'endometrio non adatto all'annidamento dell'uovo fecondato ed infine modificando il muco cervicale in modo da renderlo impenetrabile agli spermatozoi»⁵⁰. «Per ottenere questi risultati soddisfacenti va però precisato che è necessario che non sia dimenticata, nemmeno un giorno, l'assunzione della pillola stessa»⁵¹.

Perché le donne fanno ricorso alla pillola? In un'epoca come quella contemporanea,

⁴⁵ Effetto di per sé rivoluzionario, perché permette di evitare l'arrivo di un figlio non desiderato, possibilità che non era assolutamente concessa alle donne del passato, da sempre "vittime" dell'imprevedibilità della maternità.

⁴⁶ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

⁴⁷ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 140.

⁴⁸ Ivi, cit. p. 140.

⁴⁹ Ivi, p. 139.

⁵⁰ AA. VV., *Salute. Dizionario medico CAP-DEM*, RCS Libri 2006, voce *Contraccettivi*.

⁵¹ *Ibid.*

che in ogni campo esalta l'efficienza e le prestazioni, la maternità è giudicata come qualcosa che rallenta la macchina produttiva ed è perciò malvista, se non addirittura ostacolata. In una società per niente a misura di donna, quest'ultima si trova condannata a scegliere tra due alternative contrastanti: «quella di madre senza lavoro o quella di lavoratrice senza maternità»⁵². In ambito italiano, specialmente, non si danno molti aiuti concreti alle donne incinte e alle neomamme, non esistono le strutture adatte o, comunque, non in numero sufficiente. Si è così arrivati a quella che Chiechi chiama “lotta alla gravidanza non programmata”, che riscuote sempre più consensi nella nostra società. Basti pensare a quanti sono ormai favorevoli a una contraccezione ormonale sempre più prolungata nel tempo, giungendo a giustificare l'assunzione della pillola per decenni⁵³. «I vari rischi da pillola tendono ad essere sempre più sottaciuti anche quando sono importanti (rischio tromboembolico, rischio di tumore al seno) banalizzando questi trattamenti medici e le sequele derivanti dal necessario iter medico [che li accompagna], [consistente in] visite, accertamenti, esami, ansie e quant'altro. Questa contraccezione così sicura e falsamente tranquillizzante ha finito però per annullare tutta la funzione riproduttiva della donna»⁵⁴. Poiché non si cercano delle valide alternative alla contraccezione ormonale, la pillola appare ancora come l'unico mezzo sicuro per evitare situazioni psicologicamente insostenibili per la donna, legate a una gravidanza indesiderata o a un aborto⁵⁵.

Barbara Duden ritiene «che la pillola abbia segnato l'avvento di una nuova [...] grande epoca della tecnica»⁵⁶: la sua comparsa annuncia «il passaggio dall'epoca in cui il corpo stava all'ombra della strumentalità e responsabilità personale all'epoca in cui il corpo sta sotto il segno dell'ottimizzazione di un sistema»⁵⁷. «Con la pillola quotidiana, è diventata abituale la prassi di “regolarsi” da sé. La pillola è il paradigma della tecnica contemporanea che non serve per “fare” qualcosa, ma per “determinare” e “impostare”

⁵² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 81.

⁵³ Ivi, p. 80.

⁵⁴ Ivi, cit. p. 80.

Informazioni recenti sui rischi delle pillole di cosiddetta “terza” e “quarta generazione” si trovano in: E. Dusi, *La battaglia della pillola. “Oggi più rischiosa di ieri”*. *L'Europa apre un'inchiesta. Ictus e trombosi: pioggia di cause su Big Pharma*, *la Repubblica* del 30/1/2013, p. 21.

⁵⁵ Ivi, p. 81.

⁵⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 135.

⁵⁷ Ivi, cit. p. 134.

una certa condizione a proprio piacimento»⁵⁸. Qui si manifesta la profonda ambiguità della pillola: essa sottrae il corpo delle donne al dominio millenario esercitato dalla loro biologia, solo per consegnarlo nelle mani della tecnica medica, che promette di realizzare i desideri femminili⁵⁹.

Simbolicamente, la pillola ha un particolare potere come segno carnale della decorporeizzazione⁶⁰. Dice ancora Duden: «È lecito chiedersi se la biografia individuale non rischi di diventare il protocollo di una gestione di sé completamente affidata alla chimica: la donna gira l'interruttore della procreazione su *off* e poi cerca di rimmetterlo temporaneamente su *on*, sempre che ci riesca»⁶¹. Ciò che a Duden preme far notare «è la modernizzazione del corpo a opera di una nuova esperienza del proprio vissuto, di una nuova percezione di sé»⁶². Secondo Duden la pillola è un «comando impartito al proprio corpo di trasformarsi in modo invisibile»⁶³, «un prodotto della tecnica che ha conseguenze sistemiche vaghe e imprevedibili»⁶⁴. In questo, la pillola è totalmente diversa rispetto agli altri metodi anticoncezionali⁶⁵. Duden si chiede se si possa vederla come un *mezzo*, uno strumento per raggiungere un fine. Il preservativo rientra a pieno titolo in questa definizione, poiché «è palesemente un pezzo di gomma che blocca il flusso dello sperma»⁶⁶ e non altera affatto il corpo della donna⁶⁷. La pillola, invece, è «un comando chimico [...] che modifica in modo stabile e a lunga scadenza il suo stato di salute, il suo comportamento, l'esperienza del proprio vissuto, anche se le si fa credere che il processo è reversibile»⁶⁸. Possiamo quindi affermare che «la pillola è perfettamente in linea con il comportamento, l'esperienza e la logica della contemporaneità, che all'epoca della sua introduzione era appena all'inizio»⁶⁹.

⁵⁸ Ivi, cit. p. 135.

⁵⁹ Desideri che vanno dalla liberazione dal vincolo biologico del ciclo mestruale alla maternità “programmata” (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84).

⁶⁰ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 138.

⁶¹ Ivi, cit. p. 138.

⁶² Ivi, cit. p. 138.

⁶³ Ivi, cit. p. 140.

⁶⁴ Ivi, cit. p. 141.

⁶⁵ Ivi, p. 135.

⁶⁶ Ivi, cit. p. 141.

⁶⁷ Ovviamente il preservativo non agisce nemmeno sul corpo maschile, a differenza di quanto fa la pillola con quello femminile.

⁶⁸ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 141.

⁶⁹ Ivi, cit. p. 142.

5.5. La menopausa come malattia: storia di una mistificazione

Il termine naturale del ciclo mestruale è denominato *menopausa*, evento fisiologico «che consiste nella cessazione dei flussi mestruali, in seguito al venir meno della funzione ormonale e produttrice di gameti delle ovaie; la menopausa avviene, alle nostre latitudini, per la maggior parte delle donne tra i 45 ed i 55 anni di età»⁷⁰. La menopausa «si inserisce nel processo a lungo termine che è il climaterio, causato dall'involuzione ovarica, che può durare una ventina d'anni, dieci anni prima della menopausa e dieci anni dopo, all'incirca»⁷¹. «La menopausa si accompagna talvolta ad una serie di fastidi o veri e propri disturbi generali dell'organismo, che esprimono l'adattamento dell'organismo stesso al nuovo equilibrio fisiologico che si va instaurando. [...] Insonnia, calo della libido, irritabilità e depressione, difficoltà alla concentrazione sono [...] sintomi piuttosto frequenti. Un altro aspetto importante è l'osteoporosi, fenomeno naturale della senescenza ma accelerato, talvolta in maniera patologica, dall'ipoestrogenismo post-menopausale. [...] La terapia più importante per la donna in menopausa – *se di terapia si può parlare visto che la menopausa non è, né deve mai essere percepita quale, una malattia* – è la cura di se stessa e l'osservanza di un certo numero di regole (quali lo svolgimento di una discreta attività fisica, l'astensione dal fumo e da alimentazioni scorrette o smodate, il monitoraggio della pressione arteriosa e del profilo lipidico) che, sole, permettono di vivere in uno stato di benessere e di soddisfazione quel lungo periodo della vita di ogni donna che, con le attuali aspettative di vita nel nostro paese, rappresenta oltre un terzo dell'intera esistenza»⁷². Solo in tempi recenti la menopausa è diventata, per molti medici e per molte donne, una malattia⁷³: solamente la moderna medicina occidentale avverte questo lungo periodo della vita delle donne come una fase problematica necessitante di cure.

L'interesse medico per la menopausa è recente e risale al periodo a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento, epoca in cui si iniziano a descrivere scientificamente i suoi

⁷⁰ AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, RCS Libri 2006, voce *Menopausa*.

⁷¹ A. M. Nenci, *Il corpo femminile in evoluzione*, Bollati Boringhieri 1992. Citato in: F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 150.

⁷² AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, RCS Libri 2006, voce *Menopausa*.

⁷³ La diffusione di questa visione distorta della menopausa spiega perché gli autori dell'enciclopedia medica da cui è tratta la citazione precedente hanno sentito la necessità di inserire, all'interno della trattazione della voce "menopausa", quell'inciso riportato in corsivo.

“sintomi” e a immaginare un legame tra l’utero e il sistema nervoso centrale⁷⁴. L’inglese Edward John Tilt, nel 1851, indicò nella rete nervosa delle ovaie l’origine dei disturbi che la menopausa poteva comportare. A quell’epoca, la menopausa non veniva ancora apertamente definita una patologia, anzi alcuni suoi aspetti, secondo Tilt, potevano essere considerati positivi⁷⁵. A partire dal XIX secolo, comunque, la menopausa comincia ad essere dichiarata un “problema medico” a tutti gli effetti e si cerca di definirne la “sindrome”⁷⁶. Infatti, se per le mestruazioni si parla di sindrome premestruale (cfr. par. 5.3), per la menopausa si parla di *sindrome post-menopausale*. Questa presunta patologia è uno dei fenomeni più recenti tra quelli legati alla medicalizzazione del ciclo fisiologico femminile. Ciò è dovuto al fatto che, a differenza del passato, oggi si “convive” con la menopausa molto più a lungo, poiché le aspettative di vita sono andate via via aumentando e oggi le donne occidentali vivono in media oltre gli 80 anni⁷⁷.

Dalla seconda metà del XX secolo la medicalizzazione della menopausa è ormai la norma⁷⁸: fin dagli anni Settanta, la medicina guarda alla menopausa come a una “carenza”, una “deficienza ormonale” dovuta alla cessazione dell’attività endocrina delle ovaie; i disturbi ad essa correlati, di conseguenza, sono diventati i sintomi di una nuova malattia, qualcosa che deve essere “curato” ricorrendo alla terapia adeguata. Terapia che venne presto individuata nella massiccia somministrazione di ormoni femminili⁷⁹ (cfr. par. 5.7). «Soltanto nel Novecento, con lo sviluppo dell’endocrinologia e quindi con l’individuazione degli estrogeni e del progesterone, la medicina attribuisce ai cambiamenti ormonali il potere di agire in modo globale sulla salute femminile; ne consegue che, dopo

⁷⁴ La parola “menopausa” fu introdotta dal medico francese Charles Pierre Louis De Gardanne nel 1821, ma solo in seguito le sue cause sono state identificate con una carenza ormonale. Il termine è composto da due etimi greci: *men* (μήν, μηνός), “mese” e *pausis* (παύσις), “cessazione”, per cui non significa altro che “fine del (ciclo) mensile”. Il senso della prima parte della parola (*meno-*) viene spesso travisato e interpretato come un prefisso che denota qualcosa di negativo, di mancante. Questa parola ha infatti assunto, negli anni, un significato dai toni sempre più grigi, quando invece la sua etimologia, tradotta nel modo corretto, non ha niente di così spaventoso (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 149).

⁷⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

⁷⁶ Ivi, pp. 67-84; F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 154.

⁷⁷ Come rileva Franca Pizzini, fino a due generazioni fa l’aspettativa di vita femminile non andava oltre i 60 anni, perciò la maggior parte delle donne non aveva che una breve esperienza della menopausa, che inizia attorno ai 50 (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 148).

⁷⁸ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

⁷⁹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 153-154.

questa scoperta, le donne in menopausa iniziano a essere curate con terapie ormonali»⁸⁰. Da allora la medicina è sempre proceduta in questa direzione, anche perché le poche ricerche che hanno espresso opinioni divergenti dal pensiero dominante non sono state – e non sono tuttora – tenute in seria considerazione⁸¹.

«Spesso un evento diventa malattia per il fatto di essere pensato tale, scostato da un parametro di normalità»⁸² presunta. Lo snaturamento della menopausa si è definitivamente compiuto quando anche le donne si sono convinte che ci fosse qualcosa di anomalo, di patologico, in questo evento assolutamente fisiologico, per il quale hanno quindi iniziato a richiedere una cura specifica. Ma la cura a base di ormoni della “malattia della menopausa” ha ripercussioni assai negative per le donne, anche in considerazione del fatto che può protrarsi a lungo nel tempo, anche per decenni⁸³ (cfr. par. 3.5 e 5.7).

Per contrastare il senso di “decadenza” percepito dalle donne in menopausa, oltre ad offrire terapie ormonali, la medicina sostiene una versione moderna del mito dell’“eterna giovinezza”, dedicandosi a ricerche tese a ritardare sempre più l’invecchiamento⁸⁴. Proprio l’incapacità di accettare l’invecchiamento comporta per le donne una maggiore difficoltà nell’affrontare una fase di cambiamento così delicata qual è la menopausa e le fa confidare in un impossibile rallentamento dello scorrere del tempo grazie ai nuovi ritrovati della tecnica farmaceutica.

Affrontare la menopausa solo a livello medico-farmacologico riduce la sua portata, il suo significato anche esistenziale, che è indubbio, visto che essa mette in dubbio un equilibrio ottenuto negli anni e rimette in discussione molti punti fermi. Ma la situazione familiare, affettiva e sociale, fattori fondamentali per il benessere di una persona, nell’analisi della menopausa non vengono presi seriamente in considerazione, perché «viviamo in un tempo che tende a ridurre tutto a malattia e dipendente dalla medicina»⁸⁵. Prima la medicina ha trasformato la menopausa – un evento che potrebbe rivelarsi un nuovo momento di libertà – in qualcosa di negativo e bisognoso di cure, poi si è offerta come la sola e unica speranza di salvezza.

⁸⁰ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

⁸¹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 154.

⁸² Ivi, cit. p. 177.

⁸³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 104.

⁸⁴ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 177.

⁸⁵ Ivi, cit. p. 178.

Esistono diversi motivi che hanno portato all'equivalenza tra "essere in menopausa" ed "essere malate": se vengono proposte delle cure per la menopausa, è perché si identificano dei sintomi ad essa attribuibili. Ma «*sintomi* non è una parola appropriata per descrivere i cambiamenti che avvengono con la menopausa, perché sintomo è un cambiamento dovuto a una malattia»⁸⁶. In realtà molti di quelli che sono indicati come "sintomi della menopausa" spesso sono disturbi e malesseri che non hanno poco o nulla a che fare con la cessazione dell'attività ovarica, essendo legati piuttosto all'invecchiamento. Gli unici *segni* che si possano sicuramente associare alla menopausa sono la fine delle mestruazioni e le vampate di calore⁸⁷.

Nonostante questo, altri elementi inducono a vedere nella menopausa un rischio per la salute⁸⁸. Un ruolo sicuramente decisivo, specialmente presso l'opinione pubblica, ce l'ha l'indubbia diffusione dell'osteoporosi tra le donne in menopausa⁸⁹. L'*osteoporosi* è una «condizione patologica delle ossa caratterizzata da una rarefazione del tessuto osseo [...]; come conseguenza, l'osso risulta meno resistente a ogni forma di sollecitazione meccanica e quindi predisposto alle fratture. [...] Una forma molto comune di osteoporosi si ha nella senescenza [...], specie nelle donne dopo la menopausa [*osteoporosi post-menopausale*]. [...] è una osteoporosi naturale, fisiologica»⁹⁰. L'osteoporosi però colpisce anche gli uomini, perciò non è una conseguenza necessariamente riconducibile alla menopausa. Nella definizione clinica dell'osteoporosi, inoltre, ci si basa su dei parametri ottimali di densità ossea identificati con quelli dell'individuo giovane; poiché è con questi valori che si confrontano le ossa di cui si vuole valutare la qualità, ne deriva che un qualsiasi corpo maturo sarà quasi sicuramente malato di osteoporosi⁹¹.

Una delle cause dell'osteoporosi è la diminuzione della produzione di estrogeni, che favoriscono la mineralizzazione delle ossa. Ma osservando le statistiche ufficiali sul rischio di fratture osteoporotiche e sul grado effettivo di infermità e di mortalità che queste comportano, siamo portati a chiederci se tali dati siano sufficienti per giustificare

⁸⁶ Ivi, cit. p. 181.

⁸⁷ Ivi, p. 181.

⁸⁸ Alcune ricerche, ad esempio, hanno messo in relazione con la menopausa, soprattutto se precoce, la possibilità di incorrere in malattie cardiovascolari (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 190).

⁸⁹ Si tratta, in effetti, di un dato riferito alle sole donne occidentali – soltanto quelle bianche, oltretutto – alle quali la medicalizzazione della menopausa si è rivolta fin dalle sue origini.

⁹⁰ AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, Rcs Libri 2006, voce *Osteoporosi*.

⁹¹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 186.

quei medici che consigliano o prescrivono alle donne l'assunzione di ormoni o altri farmaci fino al termine della loro vita, sapendo quali siano i rischi che tale terapia comporta⁹² (cfr. parr. 3.5 e 5.7). Oltre alla cessazione della funzione ovarica, ci sono diversi fattori che influenzano la possibilità di soffrire di osteoporosi e quindi di subire fratture ossee in età avanzata: tra questi, un'alimentazione che non fornisca le dosi adeguate di calcio e di vitamina D, lo scarso esercizio fisico, uno stile di vita errato⁹³. Lo stesso luogo in cui si vive è una componente fondamentale, visto che l'osteoporosi non ha un'uguale incidenza ovunque nel mondo⁹⁴.

5.6. La menopausa come malattia: una visione culturalmente costruita

«Come le donne vivono la fine della possibilità di procreare dipende in buona misura dal contesto culturale e sociale, dalla loro situazione individuale e dal rapporto con chi si prende cura di loro, sia esso un rapporto affettivo, medico o psicologico»⁹⁵. È per questo che Franca Pizzini ritiene che non esista una maniera universale per reagire a questo evento e che «i sintomi e lo stato delle donne in menopausa dipendano dallo stile di vita, dalla concezione del corpo, dall'alimentazione»⁹⁶. Torna centrale, qui, il concetto di “corpo”: è il corpo a parlare per la donna, quel corpo che si modifica più volte nell'arco di una vita, quasi a scandire lo stesso scorrere dell'esistenza femminile⁹⁷. Ancora oggi la cultura dominante può essere d'ostacolo per affrontare serenamente situazioni come la menopausa: la nostra società, ad esempio, impone ed esalta un modello di donna giovane, in ottima forma, sempre attraente⁹⁸ (cfr. par. 2.7). «Se viviamo in una società che incoraggia le donne a pensare la facoltà riproduttiva come il loro contributo più importante, la menopausa viene ovviamente intesa come una morte, la morte delle ovaie

⁹² Ivi, pp. 186-187.

⁹³ Ivi, pp. 188-189.

«Possono contribuire alla insorgenza dell'osteoporosi fattori [...] legati alle abitudini di vita. Sono considerati fattori di rischio un inadeguato apporto alimentare di calcio, il fumo di sigarette, l'abuso di alcol e la vita sedentaria» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, RCS Libri 2006, voce *Osteoporosi*).

⁹⁴ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 187.

⁹⁵ Ivi, cit. p. 146.

⁹⁶ Ivi, cit. p. 146.

⁹⁷ Ivi, cit. p. 147.

⁹⁸ Il messaggio che passa è: “Una donna può anche essere inutile, l'importante è che sia bella”.

che segnala il concludersi dell'esistenza»⁹⁹ in quanto fine della riproduttività. La menopausa viene raggiunta quando il corpo femminile invecchia, perciò le cause delle colpe che spesso le vengono attribuite andrebbero invece ricercate nel significato che la nostra società attribuisce all'invecchiamento e nei pregiudizi che essa, con il colpevole appoggio della medicina, diffonde¹⁰⁰. In un contesto del genere, la menopausa è innegabilmente un momento di crisi, perché altera un equilibrio durato anni, ma se la donna ne è consapevole vivrà meglio il cambiamento, che sarà definitivo, e conquisterà per sé un nuovo ruolo¹⁰¹.

È doveroso notare come le conoscenze mediche sulla menopausa e sui suoi disturbi siano state elaborate basandosi esclusivamente sui sintomi riportati dalle donne europee o nordamericane e tali sintomi siano stati poi riconosciuti, a torto, universali. È bene ribadire, invece, che la menopausa vissuta come un problema di salute è un fenomeno tutto occidentale e che di fronte ad essa esistono anche reazioni diverse dall'approccio patologico tipico delle donne e dei medici occidentali¹⁰².

Prendiamo, ad esempio, il caso del Giappone. Sappiamo che l'idea di rivolgersi a un medico solo per il fatto di essere entrate in menopausa è un pensiero estraneo alla mentalità delle donne giapponesi¹⁰³. Non solo: nella lingua giapponese nemmeno esiste un termine corrispondente a "menopausa", parola che invece compare in tutte le lingue occidentali; il termine utilizzato dai giapponesi per indicare questo particolare momento della vita di una donna è *konenki*. La traduzione migliore che se ne può dare è "transizione", "cambiamento", inteso più come "cambiamento di vita" che come "cambiamento fisiologico": il *konenki*, infatti, riassume in sé più eventi, dall'invecchiamento al mutamento delle condizioni familiari, sociali e affettive. Le donne giapponesi non interpretano la fine dell'età fertile solamente dal punto di vista biologico, troppo riduttivo, ma la intendono come un evento naturale che può sì comportare qualche disturbo, ma comunque di breve durata, e tendono a sottolineare maggiormente gli aspetti positivi, quasi liberatori, che il *konenki* regala, rispetto a quelli negativi, come invece

⁹⁹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 166.

¹⁰⁰ Ivi, p. 166.

¹⁰¹ Ivi, p. 148.

¹⁰² G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

¹⁰³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 14.

fanno la medicina e, su suo condizionamento, le donne occidentali¹⁰⁴. Nella nostra visione della menopausa prevale il riferimento agli aspetti strettamente biologici del corpo femminile: il nostro è uno sguardo scientifico, che non permette un'interpretazione del fenomeno nella sua totalità. Potremmo invece definire quello giapponese uno sguardo “olistico”, tipico di una cultura contemplativa, più attenta al lato spirituale dell'esistenza – caratteristica che l'accomuna a molte altre culture orientali. Una delle differenze maggiori è che le donne giapponesi considerano il loro corpo un'entità “sociale” piuttosto che un'entità “biologica” – come invece fanno le occidentali – per cui i cambiamenti per loro più rilevanti sono quelli a livello sociale¹⁰⁵.

Nonostante la moderna medicina occidentale si stia diffondendo sempre più anche in Giappone, continua ad esistere tra le donne giapponesi un'attenzione particolare all'equilibrio tra il corpo e lo spirito e tra il corpo e l'ambiente circostante; è importante che tali equilibri non vengano spezzati, perché se questo avvenisse il corpo ne soffrirebbe. Un corpo malato, per la cultura giapponese, è un corpo “non in equilibrio”; per questo il *konenki* non può essere definito una malattia, come avviene in Europa e in Nord America, quanto piuttosto la ricerca di un nuovo equilibrio da parte del proprio corpo. Il concepire il corpo in un continuo fluire da uno stato di equilibrio all'altro, separati da temporanei squilibri come nella fase del *konenki*, impedisce ai giapponesi di ascrivere la menopausa tra le malattie femminili e alla sua medicalizzazione di imporsi da loro come ha fatto da noi¹⁰⁶.

Una concezione della menopausa così diversa dalla nostra aiuta a comprendere come l'universalizzazione dei suoi “sintomi” sia qualcosa di forzato, di indotto, che non rispecchia affatto la realtà delle cose¹⁰⁷.

¹⁰⁴ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 173.

¹⁰⁵ M. Lock, *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press 1993. Citato in: F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 173-174.

¹⁰⁶ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 176.

¹⁰⁷ Un altro esempio in questo senso emerge da una ricerca realizzata da Dona Davis confrontando l'atteggiamento verso la menopausa delle abitanti di un villaggio di pescatori dell'isola di Terranova, in Canada. Il cambiamento avvenuto nella piccola comunità tra gli anni Settanta e gli Ottanta è stato radicale. Se prima l'esperienza della menopausa veniva condivisa con le altre donne e la rete dei rapporti interpersonali femminili era molto fitta, pochi anni dopo la menopausa era già diventata un evento privato, personale, da gestire sotto controllo medico e l'impatto della medicalizzazione era ormai irreversibile (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84).

5.7. La “cura” della menopausa

La terapia ormonale sostitutiva (TOS) «è [...] la terapia di scelta nel trattamento dei disturbi menopausali nelle donne sintomatiche, e si basa sulla somministrazione – per via orale e più recentemente anche transdermica – dell’ormone femminile (estrogeni) venuto a mancare per la cessazione dell’attività ovarica. La discussione sulla validità o meno della TOS è molto accesa ormai da anni, e se fino a pochi anni fa i vantaggi (su osteoporosi, funzione intellettuale e cognitiva, rischio cardiovascolare oltre agli indiscutibili benefici sulla sintomatologia vasomotoria [vampate di calore], sul trofismo di cute e mucose, sul tono dell’umore, sull’insonnia) sembravano superare i possibili svantaggi (rappresentati sostanzialmente da un minimo incremento del rischio di neoplasia mammaria) in ogni condizione e per ogni durata di terapia, ora la tendenza terapeutica è molto più conservativa. [...] le più recenti linee guida nazionali e internazionali suggeriscono l’impiego della terapia – nella donna di età superiore ai 50 anni – solo in presenza di sintomatologia o con elevato rischio osteoporotico, e per una durata di somministrazione di estrogeno non superiore ai cinque anni»¹⁰⁸.

Sebbene oggi la TOS sia diffusa, la sintesi artificiale dei primi ormoni femminili è relativamente recente e risale agli anni Trenta del Novecento. La somministrazione di ormoni alle donne in menopausa ha inizio nel 1947, ma in breve apparve chiaro che queste assunzioni provocavano l’insorgere di tumori negli organi e nei tessuti che dipendono normalmente dagli estrogeni, come l’apparato genitale e il seno. Dopo un primo blocco delle vendite, queste ripresero nel 1966, con la commercializzazione di nuove pillole agli estrogeni ritenute più sicure e dagli effetti quasi “miracolosi”¹⁰⁹. Tra alti e bassi – l’entusiasmo delle donne (e delle case farmaceutiche) veniva regolarmente spento da ricerche che dimostravano la cancerosità di questi trattamenti – arriviamo ai giorni nostri, in cui «i sostenitori di prescrizioni ormonali sistematiche continuano a somministrarli [gli ormoni] alle loro pazienti, partendo dal presupposto che la menopausa è un fatto di carenza ormonale e quindi una malattia, da trattare pertanto allo stesso modo che il diabete o altro»¹¹⁰. Assumere ormoni sintetici quando il corpo ha smesso di produrli non sembra per niente strano o innaturale: d’altronde non è quello che si fa per moltissime

¹⁰⁸ AA. VV., *Salute. Dizionario medico MEN-OTT*, RCS Libri 2006, voce *Menopausa*.

¹⁰⁹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 192-194.

¹¹⁰ Ivi, cit. p. 194.

patologie determinate da una insufficienza o da un “malfunzionamento” dell’organismo? Anche gli slogan pubblicitari di alcune case farmaceutiche rendono subito chiaro ciò che esse vogliono trasmettere alle donne; negli anni Novanta uno di questi recitava: “Perché subire la menopausa se ci sono gli ormoni?”¹¹¹ Mentre si concentra l’attenzione delle donne su messaggi come questi, si evita volutamente di dire che molti dei disturbi collegati alla menopausa sono passeggeri, che non sempre i problemi cardiocircolatori e l’osteoporosi ne sono una diretta conseguenza¹¹², che anche gli uomini sono vittime di queste patologie. Al contrario, a favore della TOS vengono addotti proprio i suoi benefici in termini di prevenzione dall’osteoporosi e delle malattie cardiovascolari. I disturbi tipici della menopausa, nel complesso, colpiscono una percentuale di donne relativamente bassa, tra il 15 e il 20%. Per questo le case farmaceutiche si sono viste costrette a “tirare in ballo” l’osteoporosi, un problema che invece interessa la maggior parte della popolazione femminile.

La medicina tende sempre più «all’uso su vasta scala dei ritrovati farmacologici e tecnologici, mentre poca o nessuna attenzione viene posta alle situazioni individuali»¹¹³. Raramente si tiene conto del fatto che ogni donna è diversa dalle altre, sia dal punto di vista fisico che psichico, e che perciò non necessariamente gli ormoni avranno gli stessi effetti su tutte coloro a cui saranno somministrati¹¹⁴. L’errore insito in una medicalizzazione della menopausa estesa indifferentemente a tutte le donne è facile da smascherare mettendo a confronto la cultura occidentale con quella giapponese (cfr. par. 5.6).

In Giappone, rispetto ai Paesi occidentali, c’è una maggior diffusione della conoscenza diretta della medicina: i giapponesi sono fortemente educati alla salute fin da bambini e hanno una notevole capacità di avvalersi di cure tradizionali che hanno una storia millenaria. Nel campione preso in esame da Margareth Lock per il suo studio pubblicato nel 1993¹¹⁵, il 60% delle donne intervistate affermavano di non essersi mai recate dal medico per problemi relativi al *konenki*. Gli stessi medici vedevano il *konenki* come una

¹¹¹ Ivi, p. 196.

¹¹² La demineralizzazione delle ossa spesso e volentieri è provocata da uno stile di vita scorretto e da un’alimentazione inadeguata, non tanto dalla menopausa in sé.

¹¹³ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 207.

¹¹⁴ Ivi, p. 207.

¹¹⁵ M. Lock, *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press 1993.

normale tappa del processo di invecchiamento¹¹⁶. Inoltre, nonostante in Giappone, come nella maggior parte dei Paesi occidentali, esista «un forte ed aggressivo mercato farmaceutico, si registra una considerevole resistenza alla medicalizzazione del *konenki* e alle terapie ormonali di sostituzione»¹¹⁷. La riluttanza ad accettare le cure ormonali nasce sia dalla paura che queste provochino tumori o disturbi cardiovascolari, sia dal fatto che in Giappone la diffusione dell'osteoporosi e la mortalità per malattie cardiache non raggiungono i livelli europei o del Nord America¹¹⁸.

¹¹⁶F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 207-208.

Si tenga presente che le interviste di Lock risalgono al biennio 1983-1984, anni in cui il mercato delle cure ormonali non era ancora aggressivo come è oggi.

¹¹⁷F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 209.

Tuttavia, anche in Giappone le cose stanno lentamente cambiando, perché tra le giovani donne si stanno diffondendo modelli occidentali di giovinezza. Forse in futuro assisteremo alla medicalizzazione della menopausa anche in un Paese come il Giappone, che aiutato da un fattore culturale molto forte per lungo tempo è riuscito a resistere alla “globalizzazione medica”.

¹¹⁸F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 209.

6. La percezione della gravidanza mediata dalla tecnica

6.1. Essere madri, ieri e oggi

Nei secoli scorsi, le emozioni e le sensazioni provate dalle future madri durante la gravidanza, così come i loro comportamenti – spontanei o indotti – erano differenti da quelli che emergono nel corso delle moderne gravidanze medicalizzate. Possiamo affermare che l'intera esperienza materna è molto cambiata rispetto al passato. La gravidanza, che era vissuta come un evento intimo e segreto, un'esperienza che coinvolgeva unicamente la donna incinta, è diventata oggi una *realtà medica*, verificata per mezzo di strumenti tecnici nei reparti di ginecologia¹. Questo ovviamente non significa che la futura madre non provi ancora una grande emozione quando avverte il primo movimento del figlio che porta in grembo: si tratta, infatti, di una di quelle sensazioni senza tempo radicate da sempre e per sempre nell'animo umano. La principale differenza con il passato risiede nel fatto che, oggi, tale percezione *conferma una diagnosi* – quella di essere incinta – conosciuta già da molti mesi, mentre un tempo proprio il sentire il primo movimento del bambino *annunciava* alla donna, e a lei sola, che il suo *status* era cambiato².

Per secoli l'ignoranza su come ha realmente origine la vita ha in qualche modo protetto le donne dall'invasione della medicina: «per molto tempo la donna è stata ritenuta l'unica responsabile della creazione di una nuova vita ed in quanto tale rispettata e venerata, insieme ai suoi genitali [...]; per secoli la riproduzione umana è rimasta segreta e misteriosa, inaccessibile, nascosta nelle profondità del corpo femminile, fra l'immaginario e il divino, evocatrice di timori e speranze, ansie e sortilegi, ma comunque sacra, inviolabile ed inaccessibile alla conoscenza ed al controllo maschile»³. Secondo il ginecologo Luigi Mario Chiechi, oggi la sfera riproduttiva *femminile* è invece diventata, grazie alla scienza, una proprietà della medicina *maschile*, che la aggredisce e la profana, danneggiando spesso la donna «non soltanto nella sua indipendenza di genere, ma

¹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 77; P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 3.

² P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 4.

³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 21.

soprattutto nella sua salute»⁴.

È inoltre mutata l'immagine stessa della donna incinta, vista quasi come «un sistema di approvvigionamento del feto che porta in grembo»⁵. La sociologa Paola Borgna condivide con la storica tedesca Barbara Duden la convinzione che, negli ultimi decenni, alcune idee prettamente medico-scientifiche sul corpo della donna sono state socialmente accettate. Oggi, cioè, l'opinione pubblica – compresa quella di sesso femminile – non ha alcuna reazione di fronte a visioni della gravidanza così “fredde”, così tecniche, come quella appena descritta: esse fanno ormai parte della nostra vita di tutti i giorni⁶. Duden allora si chiede: «Com'è accaduto che l'esperienza del grembo sia stata oggettivata in modo tanto brutale e spudorato? Come hanno potuto le donne accettare che questa loro esperienza fosse resa pubblica?»⁷

Per rispondere a queste domande, bisogna prima di tutto comprendere come «a modificarsi, [...] è l'esperienza che la donna incinta fa del proprio corpo»⁸. La donna esperisce un nuovo tipo di rapporto con il suo corpo che cambia: per millenni e fino a non molti decenni fa, si trattava di un'esperienza esclusivamente di tipo *tattile*; in anni recenti, invece, ha fatto irruzione sulla scena il senso della *vista*. «Oggi, con i mezzi dell'ottica medica, la donna vede l'interno del proprio corpo [...]; attraverso la macchina l'interno del corpo è svelato, il confine tra dentro e fuori assottigliato»⁹. A poco a poco «la pelle ha cessato di costituire un confine»¹⁰. La tecnologia ha reso *visibile* il figlio atteso, quel figlio che nel passato – quando alla madre non era necessario vederlo per essere certa della sua esistenza – era sempre stato *invisibile*. Inoltre, con la visualizzazione del nascituro, prima sulle tavole degli atlanti anatomici poi sullo schermo dell'apparecchio ecografico, è nato

⁴ Ivi, cit. p. 21.

⁵ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 17.

⁶ Un'altra concezione della gravidanza, ispirata dalla scienza e assai diffusa tra le donne moderne, è quella che la considera da un punto di vista *genetico*. «Le donne si abitano a concepire se stesse come sistemi immunitari regolati dai geni. Si trasformano in contenitori in cui una nuova vita può essere geneticamente programmata» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 146). In questo caso Duden è portata a chiedersi: «Come è possibile che [...] lo stile di pensiero da laboratorio biomedico e la terminologia di una medicina degenerata in biotecnologia si siano radicati nel vocabolario del movimento femminile fino a condizionare l'autopercezione delle donne? Come mai le donne sono così bramosi di appropriarsi delle parole chiave del programma genetico?» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. pp. 146-147).

⁷ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 17.

⁸ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 4.

⁹ Ivi, cit. p. 4.

¹⁰ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 25.

quello che Duden definisce il “feto pubblico”, «il feto come fatto pubblicamente attestato attraverso la mediazione professionale»¹¹ del medico¹².

Le conseguenze di tutto questo sono due: da un lato lo sviluppo del feto è diventato un processo «esposto senza pudore allo sguardo della ricerca, delle autorità e della strada»¹³, dall’altro il corpo della donna è a sua volta divenuto «un terreno su cui è possibile vedere, intervenire, decidere»¹⁴. Ormai da decenni «il grembo materno è diventato una zona di operazioni: il modo in cui se ne parla, il modo in cui ne vengono programmati il controllo, la difesa e l’assistenza, il modo – e fa male dirlo – in cui le donne ne parlano e lo vivono, ha fatto del formarsi di un qualcosa “sotto il cuore della donna” un processo pubblico»¹⁵. Le donne, inoltre, sono spinte verso una serie di decisioni, scelte difficili che prima dell’avvento della tecnologia medica non erano costrette a compiere, lungo un percorso che va dall’amniocentesi, passando per l’eugenetica interiorizzata, fino alla moderna cura del neonato¹⁶.

6.2. “Cosa si cela nel grembo femminile?”

Nei suoi scritti Barbara Duden si sofferma sui diversi modi in cui, nel corso dei secoli, sono stati rappresentati il corpo della donna in gravidanza e il feto custodito nel suo grembo. Tali raffigurazioni si sono succedute nel corso della storia degli atlanti anatomici, a partire da Leonardo da Vinci, passando per Vesalio, Fabrizio d’Acquapendente, Hunter e Sömmerring, fino ad arrivare a oggi, con il nostro sguardo ormai abituato a “vedere ciò che non si vede” in immagini provenienti da un’infinità di *media*¹⁷.

¹¹ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 4.

¹² Duden è preoccupata per le «conseguenze fisiche di questa rivelazione dell’intimo» (B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 59): «il feto pubblico occupa uno spazio sempre maggiore nell’interpretazione delle condizioni fisiche ed emotive delle donne» (B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 59).

¹³ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p.121.

¹⁴ Ivi, cit. p.121.

¹⁵ Ivi, cit. p.121.

¹⁶ Ivi, p. 62.

¹⁷ Oggi siamo letteralmente “sommersi” da immagini o riferimenti al feto, che compaiono non solo negli ospedali, sui testi specialistici di anatomia e ginecologia, sulle riviste scientifiche o sui manuali scolastici, ma sempre più spesso anche su quotidiani e magazine di attualità, nei documentari televisivi, nei film, su Internet, nei dibattiti politici e nelle dichiarazioni dei leader religiosi, addirittura negli spot pubblicitari o nei videoclip musicali.

Leonardo, che può essere considerato il precursore degli anatomisti moderni, fu il primo a considerare l'immagine molto più importante della didascalia, o comunque del testo che inevitabilmente la accompagnava. «Il disegno, per lui, non è più soltanto un indispensabile sostegno alla descrizione. Leonardo lo considera un mezzo ottico necessario per offrire allo sguardo le parti del corpo in modo tale che possano essere “viste” nella loro forma»¹⁸. È grazie al suo genio che la nostra pelle è diventata per la prima volta “trasparente”¹⁹. Ma nemmeno Leonardo «arriva fino al contenuto embrionale dell'utero. I suoi disegni dell'utero gravido non ritraggono più il bimbo rannicchiato [tipico delle raffigurazioni medievali], ma neppure un feto. Ciò che Leonardo *può* vedere nell'utero è un bambino completamente sviluppato»²⁰. Ciò non toglie che egli anticipi di due secoli, nello studio dell'anatomia umana, l'imporsi delle immagini, che devono essere il più possibile veritiere per permettere all'osservatore di capire com'è fatto realmente e come funziona il corpo umano.

Nei secoli successivi i cambiamenti maggiori hanno riguardato le tecniche impiegate dagli autori delle tavole anatomiche, dal disegno su carta alla stampa di incisioni su rame²¹. La seconda metà del XVIII secolo – il cosiddetto Secolo dei Lumi – fu l'epoca d'oro dei testi di anatomia, corredati da dettagliatissime incisioni. Fino agli ultimi decenni del XIX secolo godette di enorme prestigio presso la comunità medica l'atlante anatomico dello scozzese William Hunter, risalente al 1774 e stampato a grandezza naturale²². A quell'epoca, il problema più sentito era la difficile collaborazione tra disegnatore e anatomista: «è una lotta tra il disegnatore, che vede, e l'anatomista, che vuole vedere nell'incisione ciò che *sa*, non ciò che il disegnatore *vede*. [...] Si tratta di una competizione per decidere qual è lo sguardo giusto su qualcosa di concreto che dev'essere fissato dalla mano del disegnatore»²³.

Per quanto questo conflitto garantisse comunque ai disegni anatomici un sempre maggiore realismo, rimaneva un organo per il quale non era *mai* concesso al disegnatore di raffigurare ciò che effettivamente emergeva dalla dissezione dei cadaveri: l'utero gravido. «Quando [...] si tratta dell'interno della donna incinta, è sempre la tradizione a

¹⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 43.

¹⁹ Ivi, p. 49.

²⁰ Ivi, cit. p. 44.

²¹ Ivi, pp. 44-45.

²² Ivi, p. 52.

²³ Ivi, cit. pp. 46-47.

prendere il sopravvento: l'immagine rimane quella del bimbetto»²⁴. Per gli anatomisti dell'epoca il corpo umano femminile non poteva custodire qualcosa che non fosse un bambino, così come appare alla nascita. Inoltre, il “bimbetto”, a qualunque stadio del suo sviluppo venisse osservato, doveva essere *bello*²⁵. «L'embriologia, intorno al 1800, è fatta ancora di supposizioni, estetica e caducità»²⁶. Gli anatomisti di allora, quando constatavano la sproporzione esistente tra la testa e il resto del corpo nei feti abortiti, li classificavano come “mostri” deformati.

6.3. L'epifania del feto...

La prima rappresentazione grafica *realistica*, a noi pervenuta, di un feto umano risale al 1799, a opera di Samuel Thomas von Sömmerring (1755-1830), il più autorevole anatomista tedesco, e del disegnatore Christian Köck. Per Duden ciò significa che l'umanità ha vissuto all'incirca 8000 anni “senza feto”, dalla biblica creazione dell'uomo – che i contemporanei di Sömmerring, basandosi sulle Scritture, collocavano più o meno nel 6000 a.C. – fino alla pubblicazione delle sue tavole anatomiche²⁷. Possiamo far risalire la nascita della moderna anatomia a più di 300 anni prima del 1799: ma mentre nel frattempo il corpo umano veniva sezionato, studiato e raffigurato in tutte le sue parti, il feto – che oggi può essere visto così facilmente attraverso le ecografie – rimase *invisibile* per ben tre secoli. E questo malgrado il suo aspetto fosse sicuramente noto, grazie agli aborti. In tutte le rappresentazioni antecedenti quella di Sömmerring, il contenuto del grembo della donna incinta era ancora raffigurato simbolicamente: non venivano illustrati feti umani realistici, i disegni riportavano piuttosto bambini già completamente formati e pronti a nascere²⁸, collocati in quel recipiente rovesciato che era la tipica immagine, anch'essa simbolica, dell'utero. Non esisteva la mentalità dello sviluppo fetale, persisteva un pregiudizio “ottico” che portava all'ostinata mancanza di una forma prenatale del bambino²⁹.

²⁴ Ivi, cit. p. 47.

²⁵ Ivi, p. 47.

²⁶ Ivi, cit. p. 48.

²⁷ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 70.

²⁸ Ivi, pp. 72-73.

²⁹ Ivi, p. 74.

Sömmerring si domandava come mai nessuno, prima di lui, avesse visto la forma fetale umana per quello che era davvero. Egli attribuiva ai suoi predecessori una ritrosia nel percepire gli stadi iniziali della formazione di un essere umano e dichiarava di non comprendere i pregiudizi secondo i quali il feto era una forma mostruosa. Gli anatomisti del passato volgevano al corpo delle donne gravide quello che Sömmerring chiamava *sguardo intenzionale*: non “vedevano” ciò che non coincideva con la loro opinione, anche se in realtà seguiva perfettamente l’ordine naturale; per questo gli aborti e i bimbi prematuri erano considerati cose *non mirabili* e disprezzati come frutti difettosi³⁰. La novità di Sömmerring, dunque, risiede nel suo schierarsi «a favore della possibilità che un essere appaia morfologicamente differente nelle diverse fasi del suo sviluppo e tuttavia, ogni volta, compiutamente bello»³¹. È quindi grazie a lui che inizia a farsi strada, nell’embriologia umana, l’idea di sviluppo.

Neanche Sömmerring, tuttavia, è esente da critiche. Egli diede precise istruzioni al disegnatore affinché riproducesse sulla tavola *non un feto esattamente come lo vedeva*, ma ciò che secondo l’anatomista era “significativo”, estrapolandolo dall’osservazione di vari campioni in suo possesso. Inoltre, il disegno di Köck doveva essere un’espressione grafica dei risultati di tutte le misurazioni che Sömmerring aveva effettuato sui feti, visualizzata in proiezione isometrica e non come apparirebbe all’occhio di un ipotetico osservatore, cioè in prospettiva centrale³². «Sömmerring vuole un simulacro dell’oggetto, non un facsimile di ciò che appare. Non vuole una copia, ma un costrutto. [...] Con tale precisione, Sömmerring priva della sua ingenuità l’atto sensibile del vedere e forza all’osservazione di una “realtà” costruita»³³. Possiamo considerare questo l’inizio della trasformazione – oggi pienamente compiuta – del bambino non ancora nato in un “feto”. I disegni di Köck non sono che un’anticipazione delle sue moderne rappresentazioni, rigorosamente determinate tecnicamente³⁴, frutto di tecnologie che vanno dalla microfotografia intrauterina alla radiografia, all’impiego degli ultrasuoni³⁵.

³⁰ Ivi, p. 79.

³¹ Ivi, cit. p. 77.

³² B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, pp. 79-80.

³³ Ivi, cit. pp. 80-81.

³⁴ Duden parla, a questo proposito, di *tecnogenesi* delle immagini del nascituro, intese come *record* costruiti meccanicamente (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 81).

³⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 81.

6.4. ... e le sue conseguenze sociali

Secondo Duden nel 1799, con l'apparizione sulle pagine degli atlanti anatomici della forma fetale umana, emerge un nuovo tipo di donna e dunque, necessariamente, un nuovo rapporto tra i sessi. La maternità, la gravidanza e il parto non si riferiscono più al bambino *sperato*, ma all'essere umano *in divenire*. L'utero diventa "nicchia" per un nuovo individuo; la gravidanza, da esperienza vissuta solo dalla donna in modo palpabile e sensibile, diviene una realtà ottica visibile a tutti, un'esperienza condivisa; il parto, da epifania del bambino, si trasforma in una fase di un processo biologico³⁶.

«Durante l'Illuminismo [...] in ogni dettaglio della morfologia e della fisiologia tipicamente femminili gli studiosi cercavano un appiglio per giustificare il ruolo "della femmina" nella natura, nell'economia e nelle istituzioni [...]. Nella storia delle donne, l'iconografia dei trattati medici ottocenteschi è diventata la chiave per capire in che modo la "biologia", come forma di pensiero del XIX secolo, acquisì potere sociale»³⁷: dopo aver ricercato "scientificamente" per anni, nel corpo delle donne, una giustificazione al loro ruolo nella società – ruolo che ovviamente era stato attribuito loro dagli uomini – le tavole anatomiche esplicitavano queste scoperte in maniera evidente.

«Si può dire che, a partire dal tardo secolo XVIII, il corpo della donna sia stato utilizzato per creare un nuovo tipo sociale. [...] A partire dal 1800, l'interno della donna viene reso pubblico, sia dal punto di vista medico sia da quello poliziesco e giuridico, mentre parallelamente – ideologicamente e culturalmente – viene intrapresa la privatizzazione del suo esterno. [...] Mentre da un lato [...] la donna, grazie alle leggi, all'educazione e all'etica, [è rinchiusa] nella "sfera privata", il suo grembo diventa, scientificamente e attraverso una mediazione professionale, l'utero pubblico. Il corpo della donna diventa il luogo nel quale si compie un processo che riguarda direttamente lo Stato, la salute pubblica, [...] nonché la Chiesa e il marito»³⁸. Paola Borgna, al pari di Duden, sostiene che la moderna *costruzione sociale del corpo femminile* ha portato a una serie di pratiche e di politiche – in ambito medico, giuridico, sociale – responsabili di una vera e propria «espropriazione del corpo della donna»³⁹. In altri termini, secondo la

³⁶ Ivi, pp. 76-77.

³⁷ Ivi, cit. p. 75.

³⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. pp. 106-107.

³⁹ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 5.

visione femminista, «il corpo [della donna] non è una forma puramente naturale, [...] esso rappresenta un luogo in cui si inscrivono i rapporti prevalenti di dominio e subordinazione»⁴⁰.

6.5. L'epifania dell'embrione

Una data importante, per la nostra “società del vedere”, è indubbiamente il 1831, anno in cui nacque la *fotografia*. «La prova fotografica crea l'identità. [...] la fotografia autentica l'osservazione, la fotografia fornisce le prove»⁴¹. L'influenza della fotografia sulla nostra percezione della realtà si esplica anche nei confronti del corpo della donna e del contenuto del suo grembo. Vediamo alcuni esempi al riguardo.

Il 30 aprile 1965 usciva nelle edicole americane un numero della rivista *Life* che riportava in copertina il titolo “Il dramma della vita prima della nascita: un'impresa fotografica a colori senza precedenti”⁴². A dominare tutta la copertina è la foto di un feto umano che, illuminato a giorno, contrasta nettamente sullo sfondo buio dietro di sé. La foto, opera di Lennart Nilsson, è accompagnata da questa didascalia: «Feto vivo di 18 settimane mostrato dentro il suo sacco amniotico – a destra si vede la placenta». Da sottolineare come i redattori di *Life* abbiano scelto proprio le parole “mostrato” (*shown*) e “si vede” (*is seen*), fatto che rimarca una volta di più lo strapotere del senso della vista nella nostra società. All'interno della rivista⁴³, nelle didascalie che commentano le altre foto a corredo dell'articolo, viene raccontato come nasce e si sviluppa una nuova vita umana⁴⁴. Questo numero di *Life* fu uno dei più venduti di sempre.

Già nel 1965 era quindi possibile scattare delle fotografie direttamente nell'utero, introducendovi un obiettivo fotografico e una fonte di luce: c'è infatti bisogno di luce per

⁴⁰ Ivi, cit. p. 6.

⁴¹ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 27.

⁴² *Life*, 30 aprile 1965.

Il titolo di copertina, in lingua originale, è: *Drama of life before birth: unprecedented photographic feat in color*. Il servizio fotografico all'interno è opera di Lennart Nilsson.

⁴³ *Life*, 30 aprile 1965, pp. 54-71.

⁴⁴ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, pp. 20-21.

fotografare ciò che nasce nel buio totale⁴⁵. La *foetoscopia in situ* «era l'illuminazione a giorno dell'oscurità più intima attraverso la serratura “naturale”, il telescopio in un'applicazione estrema»⁴⁶.

Nel 1990, 25 anni dopo, sempre su *Life* viene pubblicato un altro articolo, anch'esso illustrato da “fotografie” all'avanguardia per l'epoca, che mostra ai lettori uno stadio vitale ancora precedente: non più il feto, ma addirittura l'embrione⁴⁷. Questa volta, l'evocativo titolo di copertina recita: “Le prime foto di sempre di come comincia la vita”. «Nel 1965, le immagini fungevano ancora da commento al testo. [...] Nel 1990, immagine e testo si sono scambiati di ruolo; l'immagine propone al lettore un mostro a lui estraneo, nel quale senza la didascalia del fotografo non è possibile leggere nulla [...]. Solo grazie al testo, più breve e apodittico rispetto a quello del 1965, quella massa colorata [...] acquisisce una connotazione “umana”. Nei venticinque anni intercorsi tra i due numeri di *Life* è aumentata la disponibilità a “vedere a comando”»⁴⁸. Il lettore identifica ciò che vede con quello che il commentatore gli suggerisce, ma si tratta di un suggerimento che vale quanto un'imposizione, poiché egli non ha alternative interpretative, a causa della sua ignoranza in materia. La didascalia a commento di una delle foto del servizio del 1990⁴⁹ – in cui si scorge solo, «in un paesaggio spettrale, un grumo marrone rossiccio»⁵⁰ – spiega che l'ovulo fecondato, ormai diventato blastocito, è “atterrato” sulla parete interna dell'utero; ma soprattutto dice: «È un essere umano, al cento per cento»⁵¹.

Rispetto a quelle del 1965, «le immagini di Nilsson del 1990 sono di un tipo nuovo. Ciò che il fotografo pretende ora di mostrarci come una riproduzione, non è in realtà *piccolo*, bensì per sua stessa natura *invisibile*»⁵². Ed è invisibile non solo perché, come il feto, è “nascosto alla vista” – in quanto custodito all'interno del corpo della donna,

⁴⁵ D'altronde la stessa parola *fotografia* – dal greco *phos* (φῶς, φωτός), “luce” e *grapho* (γράφω), “scrivere, disegnare” – significa “raffigurare con la luce”.

⁴⁶ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 24.

⁴⁷ *Life*, 1 agosto 1990.

Il titolo di copertina, in lingua originale, è: *The first pictures ever of how life begins*. Il servizio fotografico proposto all'interno, intitolato *The first days of creation. Lennart Nilsson's astonishing new photographs of life's beginnings*, è ancora una volta di Lennart Nilsson.

⁴⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. pp. 21-22.

⁴⁹ *Life*, 1 agosto 1990, pp. 26-49.

⁵⁰ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 22.

⁵¹ *Life*, 1 agosto 1990. Citato in: B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 23.

⁵² B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 25.

nell'oscurità del suo ventre – ma proprio perché *fisicamente* non è possibile vedere oggetti di quelle dimensioni. Nelle immagini del 1990, ottenute con l'utilizzo di un microscopio elettronico, la luce svolge una funzione “creatrice”. «Ciò che viene rappresentato mediante fenditure, graffi e fili è generalmente più piccolo di un'onda luminosa. In dimensioni che non possono essere “illuminate” da alcun raggio luminoso, vengono registrate intensità mediante fasci di elettroni e vengono misurati campi magnetici la cui visualizzazione digitale sul video raffigura “superfici” mai viste e non risolvibili mediante la luce. La luce non è utilizzata per ritrarre, ma per creare, in quanto l'oggetto non viene ritratto dalla luce (*fotografato*), bensì creato da essa»⁵³. Quelle pubblicate su *Life* nel 1990, quindi, non sono delle vere fotografie: in realtà, ognuna di esse è «un collage di decine di migliaia di risultati di misurazioni di dimensioni submicroscopiche»⁵⁴, è il frutto di un «processo in cui vengono elaborate misurazioni relative a un oggetto invisibile, raccolte con un procedimento digitale, in modo tale da creare una raffigurazione affascinante e convincente che fa credere di riprodurre tale oggetto celato ai sensi»⁵⁵. La cosa assurda, secondo Duden, è che ormai ci siamo abituati a considerare veritiere raffigurazioni come queste. «Vediamo sempre più ciò che ci viene mostrato. [...] Questa tendenza alla visualizzazione presuppone una tendenza ad attribuire lo status di realtà solo a ciò che può essere registrato strumentalmente»⁵⁶.

6.6. La decorporeizzazione iatrogena della donna

Nel libro *Il corpo della donna come luogo pubblico* e nella raccolta di saggi *I geni in testa e il feto nel grembo*, Barbara Duden affronta il tema del «corpo vissuto delle donne»⁵⁷; lo fa «da storica del corpo femminile e non da studiosa di storia della medicina»⁵⁸: ciò che le interessa, quindi, «non è l'incremento delle conoscenze biologiche o dell'efficacia terapeutica nel corso dei secoli, bensì le conseguenze sociali della

⁵³ Ivi, cit. p. 26.

⁵⁴ Ivi, cit. p. 28.

⁵⁵ Ivi, cit. p. 32.

⁵⁶ Ivi, cit. p. 25.

⁵⁷ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 105.

⁵⁸ Ivi, cit. p. 108.

crescente medicalizzazione»⁵⁹. Duden ha elaborato gran parte delle sue riflessioni sulla medicalizzazione della gravidanza a seguito dei suoi studi storici, durante i quali ha avuto modo di esaminare approfonditamente le memorie del dottor Johann Pelargus Storch, medico condotto che esercitava nel suo ambulatorio nella cittadina di Eisenach, in Turingia, all’inizio del Settecento. Scrive Duden: «Con le annotazioni del dottor Storch abbiamo inserito la gravidanza nel contesto della storia del corpo, prendendo in esame il passaggio dalla percezione *sinestetico-tattile* a quella *visuale-concettuale*»⁶⁰.

Dalle sue memorie emerge come l’approccio di Storch, nei confronti delle donne sofferenti che a lui si rivolgevano, era completamente diverso da quello che i ginecologi di oggi hanno con le loro pazienti. Ovviamente le metodologie mediche erano altre – sicuramente “più arretrate” – ma non era solo questo a fare la differenza: c’era anche un modo più umano, più diretto, non mediato dalla tecnica, di rapportarsi a chi soffriva. Nel XVIII secolo le donne avevano un modo diverso di percepire il loro corpo; era quindi differente anche il modo in cui ne parlavano ai loro medici, che non erano i freddi specialisti di oggi. Le donne si lamentavano per lo più di qualcosa che le colpiva, che accadeva loro, qualcosa a cui oggi non si fa quasi più caso⁶¹; raccontavano i loro dolori, le loro sensazioni e i loro sintomi: su questi racconti, quindi, i medici come Storch fondavano l’interpretazione dell’esperienza corporea femminile e da lì partivano per sviluppare le loro cure. A quell’epoca la donna non presentava al medico un corpo che doveva essere esaminato, ma «una storia divenuta carne nella donna. Lo strumento dell’anamnesi è quindi l’orecchio del medico, non l’occhio»⁶². Storch aveva a che fare con delle storie di vita, non con dei corpi senza storia da osservare e da sottoporre a esami.

I medici moderni, invece, analizzano referti⁶³. La paziente di oggi «è un’immagine fittizia sullo schermo, [...] la sua amniocentesi è in una norma ricavata dall’incrocio di due diagrammi di rischio. Un “caso” in più, da sottoporre all’attenzione della ricerca internazionale»⁶⁴. A questo proposito, Duden afferma che «quasi tutte le donne incinte

⁵⁹ Ivi, cit. p. 108.

⁶⁰ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 106.

⁶¹ Ivi, p. 18.

⁶² Ivi, cit. p. 95.

⁶³ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 112.

⁶⁴ Ivi, cit. p. 120.

L’oggetto specifico del sapere medico moderno è la malattia, per cui la medicina non guarda all’individuo, al suo corpo, alle sue esperienze, alla sua *biologia* – intesa, come suggerisce Duden, come il “racconto di una

[...] oggi sono sottoposte sin dall'inizio a una decorporeizzazione intensiva; nel corso della gravidanza vengono progressivamente private dei loro "sensi" dall'interpretazione diagnostica del loro corpo»⁶⁵. A differenza del passato, quando il medico si basava per lo più su ipotesi, segni e sintomi, ora abbiamo a che fare con reiterate misurazioni eseguite da macchine. E le donne si sentono spesso disturbate da ogni nuovo controllo⁶⁶. «Storch lasciava letteralmente in pace le donne che lo consultavano, mentre oggi ogni nuova visita dal ginecologo rivela un punto debole, che richiede attenzione, se non trattamento»⁶⁷. «Di fronte a questo martellamento di paure virtuali, la superstizione del 1720 appare innocua»⁶⁸.

Duden sottolinea altresì «la contraddizione tra la [passata] fiducia nella propria percezione sensibile e la dipendenza moderna dalla verifica operativa, ovvero dall'accertamento dei fatti attraverso misurazioni ripetute»⁶⁹. Nei secoli scorsi le donne certamente si affidavano ai medici per essere curate, ma non permettevano loro di *definirle*⁷⁰. Prima dell'imporsi dei moderni accertamenti clinici, erano le donne stesse ad "autodefinirsi": ad esempio, se una donna non lo affermava in prima persona, non era considerata incinta⁷¹. Era solo lei che, *percependo* il primo movimento del figlio, poteva decretare da sé stessa l'inizio della propria gravidanza⁷²: «solo il primo movimento del bambino dava alla donna la possibilità di accedere allo *status* sociale di donna incinta. Ed era un segno del quale solo lei poteva fornire testimonianza. Oggi, il laboratorio lo sa prima di lei, la donna viene a conoscenza della gravidanza incipiente prima di poterla sperimentare»⁷³. Le viene tolta l'esperienza rivelatrice della sperimentazione personale: la donna prima *sa* di essere incinta e solo in seguito lo *percepisce* direttamente dai movimenti che sente all'interno del suo grembo.

Oggi «viviamo in una società nella quale si deve essere *dichiarati* malati, incinte e

vita" (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 114) – bensì alla sua *patologia*, al suo corpo malato, ai suoi sintomi oggettivi (U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli 1987, pp. 54-55).

⁶⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 128.

⁶⁶ Ivi, p. 120.

⁶⁷ Ivi, cit. p. 120.

⁶⁸ Ivi, cit. p. 120.

⁶⁹ Ivi, cit. p. 87.

⁷⁰ Ivi, p. 113.

⁷¹ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, pp. 105-106.

⁷² B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 111.

⁷³ Ivi, cit. p. 88.

perfino sani, da un documento *scritto*⁷⁴. Così, mentre «un tempo la gravidanza era prima di tutto la lenta percezione di un'esperienza corporea, ora è diventata la presa d'atto e l'interiorizzazione di un referto medico»⁷⁵: «oggi la gravidanza è il referto di un'indagine diagnostica»⁷⁶ e «la paziente deve imparare a vedersi in base al referto clinico e a sottomettersi a un programma»⁷⁷. «Essere incinta significa imparare a vivere il proprio corpo come “ambiente fetale”, assumersi la responsabilità di un fardello di rischi geneticamente determinati, dipendere da un complesso sistema di consulenza»⁷⁸.

Duden riscontra, nella medicina moderna, altre differenze sostanziali rispetto a quella che lei definisce “medicina ippocratico-galenica”. Come il fatto che il “rischio calcolato” o la “scelta terapeutica” fossero concetti completamente estranei ai medici del passato. Oggi, invece, si applica una «valutazione razionale delle probabilità e dei rischi, degli utili e dei danni, dei benefici e dei costi»⁷⁹. Si sottopone in tal modo la scienza medica «alle impostazioni dell'utilitarismo e agli imperativi del progresso»⁸⁰ e la si pratica «come statistica applicata»⁸¹.

Una novità assoluta è anche la professionalizzazione della pratica medica: la gravidanza come la intendiamo oggi sarebbe impensabile senza la figura del ginecologo professionista, iscritto a un ordine professionale riconosciuto che detiene un patrimonio di conoscenze condivise. Nella società moderna la donna viene convinta che solo il medico può dirle se è incinta ed è in grado di istruirla su come affrontare la gravidanza, al punto da poter dire che è lui stesso a gestire, indirettamente, la gravidanza stessa⁸². La medicina del XXI secolo detiene il monopolio sulla salute e decide in piena autonomia in che modo applicare il suo sapere al corpo delle donne.

⁷⁴ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 105.

⁷⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 111.

⁷⁶ Ivi, cit. p. 109.

⁷⁷ Ivi, cit. p. 112.

⁷⁸ Ivi, cit. p. 112.

⁷⁹ Ivi, cit. p. 85.

⁸⁰ Ivi, cit. p. 85.

⁸¹ Ivi, cit. p. 85.

⁸² Ivi, p. 86.

6.7. Movimenti nel ventre e flussi di sangue: l'antica gravidanza delle sensazioni tattili

Se parliamo di sessualità, è forse possibile che l'uomo arrivi a comprendere, o per lo meno a immaginare, le sensazioni provate dalla donna, assimilandole alle proprie. Ma percepire un figlio che si muove dentro di sé è un'esperienza unicamente femminile⁸³, assolutamente preclusa al sesso maschile. Tradizionalmente «le donne hanno una percezione della realtà diversa dagli uomini; le donne possono comprendersi tra loro quando si parla di percezioni che per la sensibilità maschile rimangono in ombra o in un angolo cieco»⁸⁴. Questa diversità di percezione, fino agli inizi dell'Ottocento, aveva una forte rilevanza sociale, come prova il fatto che solo le donne, in prima persona, potevano stabilire di essere incinte: «era sufficiente una testimonianza proveniente dalla sfera femminile a stabilire una realtà sulle donne di complessiva validità sociale»⁸⁵.

Ebbene, questa importanza dell'esperienza femminile è andata lentamente dissolvendosi. Passo dopo passo, dalla nascita della figura del ginecologo fino all'imporsi dell'ecografia, l'interno del corpo della donna è stato invaso ed esposto «a uno sguardo pubblico, indipendente dal sesso»⁸⁶. Così l'esperienza unica dell'interno del proprio corpo ha perso per sempre il suo significato sociale⁸⁷. Oggi l'annuncio di una gravidanza si connota come qualcosa di molto lontano dalla percezione di un movimento all'interno del proprio grembo: a comunicare alla donna il suo nuovo stato non è più una sua sensazione tattile, ma, nella maggior parte dei casi, l'esito di un test chimico⁸⁸. Come afferma il ginecologo Bernard Nathanson: «A partire dal secolo XIX, il primo movimento del feto è stato liquidato dalla scienza»⁸⁹. La gravidanza non è più definita dall'agitarsi del feto, né come realtà fisica né come status sociale.

Duden afferma che «la storia del corpo si occupa dell'enorme diversità della percezione tattile nelle diverse epoche. Ciò che rende il presente così unico e lo distingue da tutte le

⁸³ Il movimento fetale più celebre è probabilmente quello narrato dall'evangelista Luca, nell'episodio dell'incontro di Maria con Elisabetta, futura madre di Giovanni Battista, durante il quale quest'ultimo sussulta nel grembo della madre (*Luca* 1,41).

⁸⁴ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 91.

⁸⁵ Ivi, cit. p. 91.

⁸⁶ Ivi, cit. p. 91.

⁸⁷ Ivi, p. 91.

⁸⁸ Ivi, p. 89.

⁸⁹ Ivi, cit. p. 90.

altre società è la medicalizzazione di ciò che è rimasto del senso interno del tatto»⁹⁰. Come si deduce anche dai resoconti che il dottor Storch fornisce delle sue visite, le donne del passato avevano del proprio corpo un'esperienza di tipo primariamente tattile, non visiva⁹¹.

Da un episodio annotato da Storch emerge l'importanza che all'epoca era attribuita sia ai movimenti del feto che al fluire del sangue. Nel 1729 una donna si rivolse a lui perché il suo ciclo mestruale si era interrotto e il suo corpo si era ingrossato, ma non avendo avvertito alcun movimento nel suo ventre non era in grado di dire se stesse aspettando un figlio. Con le conoscenze mediche di allora, Storch non aveva modo di risolvere questo dubbio, per cui le praticò un salasso – rimedio usuale a quei tempi, in quanto si credeva che l'espulsione del sangue “stagnante” avesse effetti benefici. Dopo il salasso, la donna sentì il feto muoversi: fu così che entrambi seppero con certezza che era effettivamente incinta.

L'idea del continuo fluire dei liquidi corporei – non solo del sangue – è centrale nella medicina del passato: le donne che lamentavano un blocco del flusso del loro sangue, temevano un “indurimento” interno ed era questa paura che le faceva soffrire, tanto da spingerle a recarsi dal medico⁹². Storch non si occupava solo del sangue femminile, poiché naturalmente anche gli uomini sanguinano, da ferite, escoriazioni, contusioni ecc.; ma la profonda differenza sta nel fatto che il flusso della donna è naturale e regolare: quando perdeva la sua regolarità, significava che erano intervenuti dei problemi. Nei casi in cui il sangue, nel suo fluire all'interno del corpo, prendeva una “via” sbagliata o ristagnava, spettava al medico reindirizzarlo verso i “canali” giusti⁹³. L'esperienza del corpo vissuta dalle donne del XVIII secolo è quindi intimamente collegata al sangue e alla temporalità del suo flusso. Esse percepivano questo flusso come parte di loro stesse, era un modo autentico di autopercezione: quando si arrestava, ne erano angosciate perché si verificava una «perdita della temporalità in esse interiorizzata»⁹⁴.

Duden sottolinea «il profondo legame che in passato univa la temporalità sociale al corpo femminile, tanto da fare delle donne le tessitrici del tempo»⁹⁵. Secondo l'autrice, la

⁹⁰ Ivi, cit. p. 97.

⁹¹ Ivi, p. 98.

⁹² Ivi, p. 98.

⁹³ Ivi, p. 96.

⁹⁴ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 172.

⁹⁵ Ivi, cit. p. 171.

nostra società ha perso l'antica capacità di comprendere lo scorrere del tempo, la temporalità del corso della vita, la sua ciclicità. Per questo non si riferisce più «alla gravidanza come presenza del bambino che non c'è ancora»⁹⁶ e ha perso quella «percezione dell'essere come fluire»⁹⁷ tipico delle donne di un tempo.

6.8. La realtà del corpo mediata dalla tecnica medica

Nuova rispetto al passato è anche la mediazione tecnogena della realtà, che implica un coinvolgimento così profondo dell'individuo al punto che vediamo solo quello che ci viene mostrato, che crediamo reale ciò che è solamente una *simulazione* della realtà⁹⁸. Duden è sconvolta dal fatto che venga «sempre più spesso imposto di basare la nostra esperienza su visualizzazioni, cioè su misurazioni, esami, proiezioni, analisi: si visualizza il feto, il cancro, il livello ormonale e così via»⁹⁹.

Ormai da diversi decenni «l'esperienza della propria corporeità è mediata dalla tecnica»¹⁰⁰. Al giorno d'oggi «ci percepiamo secondo le diagnosi che ci vengono fatte, e nella creazione di questa nuova percezione di noi stessi la visualizzazione ha un ruolo fondamentale»¹⁰¹. La medicina utilizza largamente la tecnica dei *media*, per cui noi siamo abituati a vedere immagini del nostro “dentro” e «l'esperienza del corpo viene plasmata dalla simulazione della visibilità degli organi interni»¹⁰². È negli anni Ottanta del secolo scorso che si realizza il sogno dell'“uomo di vetro” di Leonardo da Vinci, con l'affermarsi della visualizzazione dell'interno del corpo. La pelle non è più un confine invalicabile. Ciò che oggi si riesce a mostrare «è un'immagine dell'invisibile»¹⁰³.

Dice ancora Duden: «Quando cerco di interpretare la gravidanza moderna ponendomi nella prospettiva di un'altra epoca, mi appare inaudito il potere *somatogeno*, cioè la capacità di plasmare il corpo, che appartiene alla simbolica tecnica»¹⁰⁴. Le donne di oggi

⁹⁶ Ivi, cit. p. 171.

⁹⁷ Ivi, cit. p. 171.

⁹⁸ Ivi, p. 85.

⁹⁹ Ivi, cit. p. 190.

¹⁰⁰ Ivi, cit. p. 88.

¹⁰¹ Ivi, cit. p. 88.

¹⁰² Ivi, cit. p. 88.

¹⁰³ Ivi, cit. p. 89.

¹⁰⁴ Ivi, cit. p. 88.

«hanno sperimentato sul proprio corpo il potere *somatogeno* della tecnica e della mentalità statistica: [...] le osservazioni di controllo dell’embrione, gli interventi intrauterini, la regolazione del sistema immunitario in gravidanza [...] sono diventati in pochi anni talmente ovvi da non poter essere ignorati»¹⁰⁵.

Prima che tutto questo avvenisse, anche il bambino celato nel grembo materno restava nell’ombra, sottopelle, al buio; all’interno del proprio corpo le cose accadevano senza che per la donna ci fosse la necessità di “vederle”, di crearsene un’immagine. Duden afferma che «dal punto di vista della storia della cultura, il nascituro fa parte della categoria dell’“occulto”, come i morti, i santi, gli angeli, gli spiriti elementari e altri»¹⁰⁶. Esso «è nascosto nel corpo della donna [...]; vi sono molti segnali che possono indicare il suo esserci, ma prima che il neonato venga alla luce è per sua natura invisibile, un non-ancora per l’occhio [...]. Ciò che lo distingue dagli altri invisibili è il suo essere sulla soglia dell’esistenza»¹⁰⁷. «Il nascituro [...] si trova per natura in un campo del non ancora presente»¹⁰⁸. Ebbene, nel mondo razionale di oggi non è più questa la percezione che la donna incinta ha del figlio che sta crescendo dentro di lei: il suo sguardo è ormai conquistato, quasi affascinato, da un’immagine tangibile creata dalla tecnica (cfr. par. 7.6).

La gravidanza ha perso quel senso di mistero e di trascendenza con cui era vissuta un tempo: non ha più niente a che fare con la Natura o la divinità, non c’è più nessuno spirito divino che instilla la vita, che la fa “essere” a partire dalla materia inerte. Per una donna del nostro tempo, più che un’esperienza naturale la gravidanza è «una costruzione mediata dalla tecnica»¹⁰⁹ che la donna attribuisce a se stessa. Il profilo sgranato che compare su una foto stampata dopo un’ecografia acquisisce lo status di un’esperienza concreta, viene identificato con la nuova vita che la donna porta dentro di sé¹¹⁰.

Duden concentra la sua attenzione «sul modo in cui la tecnica della visualizzazione, per esempio attraverso gli ultrasuoni, ha contribuito a determinare lo stato di realtà sociale del

Nel corso degli esami prenatali il feto viene studiato, analizzato, visualizzato: in questo caso la *somatogenesi* si manifesta con «l’inedita trasformazione di un’immagine in corpo vivente dentro il corpo della donna» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 118).

¹⁰⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 118.

¹⁰⁶ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 19.

¹⁰⁷ Ivi, cit. p. 19.

¹⁰⁸ Ivi, cit. p. 20.

¹⁰⁹ Ivi, cit. p.123.

¹¹⁰ Ivi, p. 123.

feto»¹¹¹. Quelli della madre e del nascituro sono due corpi tra loro intimamente correlati: in una moderna ecografia prenatale, l'uno è scandagliato dagli ultrasuoni emessi da una sonda, l'altro viene visualizzato sul monitor dell'apparecchio ecografico. Del feto, così come appare sullo schermo, è stato detto che «non costituisce una creatura di Dio, né della Natura, bensì della società moderna»¹¹². Tutto è cambiato: con la costruzione di un simulacro tecnogeno «il nascituro, invisibile per principio, è diventato un feto, anche per la donna»¹¹³ che lo porta in grembo, sua madre.

In questi ultimi due secoli si è compiuta «l'autocreazione vera e propria della donna in due processi tra loro collegati: da un lato l'interiorizzazione di concetti scientifici, dall'altro l'ascrizione di se stessa a immagini tecnogene»¹¹⁴. Fino all'inizio del XIX secolo «la gravidanza [era] uno stato di dolce attesa, non una sindrome causata dalla fecondazione. [...] Il nascituro era un bambino sperato, non un prodotto calcolato in base alle probabilità»¹¹⁵ dedotte da dei test di laboratorio.

6.9. Come il feto si è insediato nell'immaginario collettivo

La parola “feto” deriva dal latino *foetus*, termine con cui erano designati i frutti della terra o degli alberi. Nel suo significato attuale di «qualcosa di vivo nel ventre materno»¹¹⁶, essa non ebbe un immediato successo: quando venne introdotta nelle lingue moderne, inizialmente fu impiegata solo in ambito anatomico, come termine tecnico, e si sono dovuti aspettare alcuni secoli prima che fosse accolta nel linguaggio di tutti i giorni.

Oggi il *feto* è entrato a far parte della nostra esperienza quotidiana. Bastano un ritardo di una sola settimana del ciclo mestruale e un test delle urine con esito positivo, perché una donna si trovi «in presenza di un feto, investita della responsabilità di quella

¹¹¹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 85.

Gli ultrasuoni sono impiegati nell'esame ecografico (cfr. par. 7.3).

¹¹² P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 3.

¹¹³ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 87.

¹¹⁴ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. pp. 16-17.

¹¹⁵ Ivi, cit. p. 20.

¹¹⁶ Ivi, cit. p. 60.

particolare “vita” personificata»¹¹⁷. È così «costretta a decidere tra due forme di esistenza»¹¹⁸: la “sua” vita, che già le apparteneva, e quella che le è stata assegnata dalla «verifica operativa della presenza di una [altra] “vita” dentro di sé»¹¹⁹. Se sceglie la seconda ipotesi, accettando di entrare nella spirale della medicalizzazione, nei mesi successivi considererà se stessa l’“ecosistema” del feto che porta in grembo: dal momento in cui la donna acconsente a portare a termine la gravidanza, inizia a collaborare «alla gestione e alla cura biotecnica del proprio interno»¹²⁰.

Duden sostiene che oggi la percezione del nascituro è radicalmente diversa rispetto al passato e che la gravidanza si realizza «all’ombra del “feto pubblico”»¹²¹. Diversi aspetti della gravidanza moderna avvalorano questa tesi. Basti pensare che, fino a pochi secoli fa, non solo il concetto di feto era praticamente sconosciuto, ma non esisteva nemmeno qualcosa di assimilabile ad esso, né a livello medico, né a livello politico, né giuridico, né religioso. L’esistenza di una persona iniziava al momento della sua venuta al mondo, non prima. Inoltre, prima d’oggi era impensabile «una condizione psicosomatica paragonabile allo stato di una donna moderna sottoposta ai controlli prenatali»¹²², controlli effettuati proprio in funzione dello stato di salute del feto.

Secondo Duden, il feto è una realtà scientifica che, dai laboratori in cui è stata “creata”, si è insediata, passando attraverso i *mass media*, nella mente di tutti noi, per fare così la sua comparsa nelle conversazioni tra donne, nei discorsi dei ginecologi, nei dibattiti sulla sacralità della vita e sull’ammissibilità dell’aborto; in questo suo passaggio da “dato scientifico” a *simbolo*, il feto può essere a ragione considerato un tipico “prodotto” del nostro tempo. Duden ritiene altrettanto caratteristico dell’epoca in cui viviamo il modo in cui il feto, da elemento simbolico, astratto, si è oggettivato, “incarnandosi” in un’esperienza fisica¹²³ (cfr. par. 6.8).

Il microscopio, lo schermo televisivo e l’apparecchio ecografico sono, per Duden, le tre espressioni della tecnica che hanno portato alla decorporeizzazione della donna e al suo complesso di inferiorità nei confronti della “vita” che porta in grembo. Attraverso la lente del microscopio, un tessuto biologico indistinto si rivela all’“iniziato” come un embrione.

¹¹⁷ Ivi, cit. pp. 60-61.

¹¹⁸ Ivi, cit. p. 60.

¹¹⁹ Ivi, cit. p. 61.

¹²⁰ Ivi, cit. p. 62.

¹²¹ Ivi, cit. p. 62.

¹²² Ivi, cit. p. 62.

¹²³ Ivi, pp. 62-63.

Finché si rimane tra le mura dei laboratori medici, ci si riferisce ad esso in termini scientifici, tecnici. Ma quando l'embrione diventa argomento di discussione nei talk-show televisivi, esso passa ad essere lo stadio primordiale della vita umana, un piccolo essere umano in tutto e per tutto, anche se è composto di sole poche decine di cellule¹²⁴. «I fatti biologici possono penetrare nel nostro vissuto attraverso la loro trasformazione in emblemi mediali. [...] grazie alla mediazione dei mass-media, il blastocita, oltre che nella mucosa uterina, si insedi[a] come un emblema nella coscienza popolare»¹²⁵. Ma è l'ecografia, soprattutto, che conduce la donna all'espropriazione del suo corpo. «Più sono intensi i controlli prenatali, maggiore è la probabilità che una donna venga colpita e concretamente condizionata dall'emblema»¹²⁶.

Come già detto, il primo movimento del bambino nel grembo materno – quello che permetteva alla donna di affermare il proprio cambiamento di stato – con l'avvento della tecnica medica ha perso tutto il suo valore simbolico, sia per la società che per la donna stessa. Per la società, questa perdita di significato «dimostra la privatizzazione storico-culturale della donna»¹²⁷, che contrasta con la crescente esibizione pubblica della sua fisiologia; per la donna, essa dà prova della completa sostituzione delle sensazioni tattili con quelle visive. Infine, secondo Duden, il freddo accertamento tecnico dell'avvenuta fecondazione, attraverso un test chimico o un esame ecografico, segna l'affermazione di una professionalità medica che esautorata la donna, togliendole una delle sue prerogative di creatrice di una nuova vita¹²⁸.

¹²⁴ Ivi, pp. 82-83.

¹²⁵ Ivi, cit. p. 82.

¹²⁶ Ivi, cit. p. 84.

¹²⁷ Ivi, cit. p. 63.

¹²⁸ Ivi, p. 63.

7. La diagnostica prenatale

7.1. Perché gli esami prenatali?

Nella sua evoluzione – o forse sarebbe meglio dire involuzione – l'assistenza alla gravidanza e al parto ha visto praticamente scomparire il parto spontaneo non ospedalizzato¹. La medicalizzazione della gravidanza è sempre più intensa e «la donna viene accompagnata nel suo percorso dal ginecologo in maniera assillante ed ingiustificata»². Prendiamo per esempio le ecografie prenatali: in Italia, le linee guida del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità consigliano un numero massimo di tre ecografie nel corso dell'intera gravidanza³, ma secondo un'indagine ISTAT pubblicata nel 2006 le donne che superano questo limite sono il 78,8% del totale. È aumentata anche la percentuale di donne che si sottopongono a 7 o più ecografie (dal 23,8% negli anni tra il 1995 e il 1999 al 29,0% nel periodo 2000-2004). Negli stessi anni anche la quota di donne che hanno effettuato 7 o più visite ginecologiche nel corso della gravidanza è cresciuta, passando dal 52,7% al 56,5%: ormai si aggira attorno a 7 il numero di visite durante una gravidanza media⁴.

A cosa dobbiamo questa tendenza alla medicalizzazione? Alcuni dati statistici ci permettono di rispondere. Un'indagine ISTAT del 2001 riporta che l'età media delle donne alla nascita del loro primo figlio è passata dai 25,2 anni del 1981 ai 28,2 anni del 1996; il trend è tuttora in costante crescita, così come quello delle madri sopra i 35 anni⁵. Calano invece le madri che hanno meno di 25 anni, che nel 2011 erano solo un terzo di quelle sopra i 35; sempre nel 2011, alla nascita dei figli, le donne avevano un'età media di 31,4 anni, circa un anno e mezzo in più rispetto ai 29,8 anni del 1995⁶. Questi numeri non sorprendono affatto, perché sappiamo che alle donne di oggi è richiesto di essere madri e lavorare allo stesso tempo. Per riuscirci, esse sono costrette a conciliare il loro desiderio di

¹ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 126.

² Ivi, cit. p. 126.

³ AA. VV., *Linea Guida 20. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011*, Sistema Nazionale per le Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità 2011, pp. 46-49.

⁴ AA. VV., *Gravidanza, parto, allattamento al seno - 2004-2005*, ISTAT 2006, pp. 3-4.

⁵ AA. VV., *Gravidanza e parto. Una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile*, ISTAT 2001, p. 2.

⁶ AA. VV., *Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2011*, ISTAT 2012, p. 5.

maternità con la vita frenetica del mondo contemporaneo: poiché la società in questo certamente non le aiuta, posticipare la gravidanza rimane per loro l'unica soluzione percorribile. Inoltre, la scolarizzazione prolungata nel tempo e le difficoltà che riscontrano per entrare nel mondo del lavoro e per raggiungere la stabilità economica, non permettono alle donne di vivere la gravidanza rispettando i tempi biologici: per questo sempre più spesso il primo figlio nasce quando la madre ha già più di 35 anni⁷. Concepire un figlio a quell'età, quando la fertilità comincia naturalmente a ridursi e la gravidanza inizia a perdere la sua fisiologicità, rende sempre più consigliabile e tranquillizzante sottoporre il nascituro a "indagini" ottiche e genetiche. Nel nostro Paese ogni donna, durante la gravidanza, è seguita da un ginecologo: se da una parte questo serve a rassicurarla, dall'altra implica per lei e per il figlio che sta aspettando «un numero spropositato di esami e di interventi medici»⁸.

Ecco perché oggi sempre più donne, spinte dal desiderio di garantire il proprio benessere e la salute del figlio che portano in grembo, si sottopongono a esami medici invasivi, anche in periodi relativamente precoci della gravidanza, poiché in tempi successivi sarebbe impossibile agire nel caso in cui fossero riscontrate delle anomalie. Ma quali sono effettivamente le procedure tecniche che vengono applicate al corpo delle donne incinte? In cosa consistono esami come la villocentesi e l'amniocentesi? Cosa accade durante un'ecografia? Ma soprattutto, quali sono le implicazioni etiche e psicologiche degli esami prenatali, per la donna e per la società?

7.2. Le tecniche dirette di diagnosi prenatale: villocentesi e amniocentesi

La diagnostica prenatale può essere *diretta* (o *invasiva*, quando consiste nel prelievo e nell'analisi di cellule o tessuti fetali) oppure *indiretta* (test che «si avvalgono del dosaggio di marcatori sierici materni, di valutazioni ecografiche fetali che vengono incrociate con i fattori di rischio materni e l'epoca gestazionale»⁹). «La diagnosi diretta delle principali anomalie genetiche del feto può essere effettuata attraverso tre tecniche principali: la

⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 121.

⁸ Ivi, cit. p. 122.

La percentuale di donne che fanno ricorso alla diagnosi prenatale è passata dall'84,9% del biennio 1999-2000 all'88,0% del 2004-2005 (AA. VV., *Gravidanza, parto, allattamento al seno - 2004-2005*, ISTAT 2006, p. 2).

⁹ AA. VV., *Salute. Dizionario medico DEN-E*, RCS Libri 2006, voce *Diagnosi prenatale*.

biopsia dei villi coriali o villocentesi, l'amniocentesi e la funicolocentesi o cordocentesi. Esse si differenziano tra loro per epoca di effettuazione, tipo di tessuto fetale utilizzato, tecniche di laboratorio, tempi di risposta e rischi di complicazioni associate. I gruppi principali di patologie fetali delle quali è possibile la diagnosi prenatale sono quattro: anomalie cromosomiche, malattie geniche, malformazioni congenite e infezioni fetali»¹⁰.

Cominciamo dalla *villocentesi*. Si tratta di una «tecnica diagnostica oggi impiegata nel corso della gravidanza, per riconoscere precocemente l'eventuale presenza di anomalie cromosomiche ed enzimopatie ereditarie nel feto»¹¹. La diagnosi consiste nella ricerca di anomalie specifiche nel DNA delle cellule dei villi coriali¹². «Infatti, i villi coriali e tutte le strutture placentarie sono di origine embrionale: di conseguenza la dotazione cromosomica dei singoli elementi cellulari riflette esattamente il corredo cromosomico [...] dell'embrione. Questa metodica permette di riconoscere in una fase ancora estremamente precoce della gestazione la presenza di anomalie cromosomiche che possono causare gravi malformazioni fetali, come per esempio, la sindrome di Down (o mongolismo, o trisomia 21). Un particolare aspetto del prelievo dei villi coriali è la notevole precocità di esecuzione: infatti può essere eseguito attorno alla 9^a-12^a settimana di gestazione [...]; la diagnosi di eventuali malattie fetali può quindi essere eseguita con largo anticipo consentendo l'esecuzione di eventuali interventi (per esempio, l'interruzione della gravidanza) in un'epoca più precoce e quindi con minori traumi. La villocentesi viene eseguita introducendo attraverso l'addome materno, sotto controllo ecografico [quindi *visivo*], un sottile ago, sino a raggiungere la *decidua*¹³ [...] nella sua parte più spessa e a prelevare, tramite aspirazione, frammenti di villi coriali»¹⁴.

Si tratta chiaramente di un esame invasivo, che comporta il rischio di incorrere in un aborto pari al 2% dei casi¹⁵, «da riservare ai soggetti a rischio, cioè madri in età avanzata,

¹⁰ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. nota 22 p. 71.

¹¹ AA. VV., *Salute. Dizionario medico S-Z*, RCS Libri 2006, voce *Villocentesi*.

¹² I *villi coriali* sono «espansioni molto vascolarizzate della membrana coriale o *corion* che circonda l'embrione[,] che affondano più o meno profondamente nella mucosa uterina [...]. Il loro asse è percorso da vasi sanguigni che rappresentano le ramificazioni ultime dei vasi ombelicali. Attraverso la superficie dei villi coriali avvengono gli scambi di sostanze tra la circolazione sanguigna materna e quella fetale» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico S-Z*, RCS Libri 2006, voce *Villo*).

¹³ *Decidua* è la «denominazione con cui si indica la mucosa dell'utero durante la gravidanza, [...] la cui struttura si è modificata in modo particolare per poter consentire l'impianto dell'uovo fecondato» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico CAP-DEM*, RCS Libri 2006, voce *Decidua*).

¹⁴ AA. VV., *Salute. Dizionario medico S-Z*, RCS Libri 2006, voce *Villocentesi*.

¹⁵ *Ibid.*

[che hanno avuto] precedenti parti con nascita di bambini anormali»¹⁶. I rischi del prelievo possono manifestarsi come complicanze per la madre o per il feto. Nella madre possono verificarsi perdite ematiche o di liquido amniotico, contrazioni uterine e infezioni intrauterine. Le complicanze fetali, invece, vanno dall'aborto alla mortalità perinatale, dai ritardi di crescita intrauterini alle malformazioni, alla prematurità¹⁷. Tali effetti collaterali, che non sempre vengono ben illustrati dal medico prima di sottoporre la donna alla villocentesi, non devono assolutamente essere sottovalutati. È anche in questo modo che la tecnica medica si insinua nel corpo femminile, lo invade e se ne appropria.

Uno degli esami prenatali più praticati è l'*amniocentesi*, termine così conosciuto da non essere più relegato al solo gergo medico, ma ormai entrato a far parte del linguaggio quotidiano. La parola deriva da *amnios*¹⁸ e dal suffisso *-centesi*¹⁹ (che indica l'aspirazione di un liquido organico con una siringa o un ago-cannula). L'amniocentesi consiste, infatti, in una «puntura della cavità amniotica; viene effettuata per mezzo di un apposito ago, attraversando la parete dell'addome e quella dell'utero, con lo scopo di prelevare una piccola quantità di liquido amniotico, che può essere sottoposto a indagini di vario tipo»²⁰. Anche l'amniocentesi, come la villocentesi, richiede l'ausilio dell'apparecchio ecografico. Questo esame viene eseguito in un periodo successivo rispetto alla villocentesi; in base alla settimana di esecuzione, si distinguono due tipi di amniocentesi, che permettono diagnosi diverse: quella precoce si effettua tra la 16^a e la 18^a settimana, quella tardiva dopo la 20^a. «L'amniocentesi viene prescritta in tutti i casi in cui vi possono essere fattori di rischio per il nascituro, come ad esempio precedenti familiari di una malattia cromosomica, genetica o malformativa»²¹. L'amniocentesi precoce è consigliata soprattutto alle donne di età superiore ai 35 anni, perché con l'età cresce per il feto il rischio di anomalie cromosomiche e malattie genetiche, ereditarie o meno. «In caso di amniocentesi precoce, con risultato sfavorevole, può essere proposto l'aborto terapeutico»²².

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Nome della «membrana che avvolge l'embrione, prolungandosi anche sulla superficie del funicolo ombelicale; essa delimita una cavità (*cavità amniotica*) entro la quale è contenuto un liquido acquoso (*liquido amniotico*) che ha funzioni protettive nei confronti dell'organismo in via di sviluppo» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico A-CAN*, RCS Libri 2006, voce *Amnios*).

¹⁹ Dal greco *kenteo* (κεντέω), "pungo".

²⁰ AA. VV., *Salute. Dizionario medico A-CAN*, RCS Libri 2006, voce *Amniocentesi*.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

Per quanto riguarda le controindicazioni di questo esame, l'amniocentesi precoce comporta un rischio di incorrere in un aborto pari allo 0,7%; remote sono anche le possibilità di provocare un'infezione o una perdita del liquido amniotico. Nel caso dell'amniocentesi tardiva, invece, può essere provocato un travaglio prima del termine, con il feto che non ha ancora raggiunto un sufficiente grado di maturità, oppure possono essere inflitti dei traumi fetali²³.

Il terzo esame prenatale invasivo, la *funicolocentesi* (o cordocentesi), è un «prelievo di sangue fetale dal cordone ombelicale. Viene eseguita in una fase più avanzata della gravidanza rispetto alla villocentesi e all'amniocentesi (dopo la 20^a settimana fino al termine della gravidanza) ed il prelievo comporta un maggiore rischio di aborto rispetto agli altri tipi di prelievo [3-4%]. Questo esame viene richiesto solo quando ci sono indicazioni specifiche. [...] analizzando le cellule prelevate si può evidenziare la presenza di un cromosoma con una struttura anomala o di un numero di cromosomi diverso dal normale»²⁴.

7.3. L'ecografia in gravidanza

Quali sono stati, nel corso della storia della medicina, gli strumenti tecnici utilizzati per “vedere” il nascituro? Nel 1818 fu inventato lo stetoscopio, l'apparecchio utilizzato dai medici per l'auscultazione del petto²⁵. Per i successivi cinquant'anni, lo stetoscopio fu l'unico strumento di indagine nei confronti del nascituro, cioè i medici si accontentavano di ascoltare il battito cardiaco del feto²⁶. Dopo la scoperta, nel 1895, dei raggi X, fecero la loro comparsa le prime radiografie: «l'addome veniva attraversato da invisibili radiazioni elettromagnetiche a onde corte che impressionavano delle lastre fotografiche con diversa intensità a seconda dell'assorbimento da esse subito. Apparvero così per la prima volta i

²³ *Ibid.*

²⁴ AA. VV., *Salute. Dizionario medico F-IND*, RCS Libri 2006, voce *Funicolocentesi*.

²⁵ Anche se l'etimologia del suo nome fa stranamente riferimento alla visione: deriva infatti dal greco *stéthos* (στήθος), “petto” e *skopé* (σκοπή), “osservazione”.

²⁶ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 38.

«Laennec, inventore dello stetoscopio, affermava la superiorità dell'esame fisico tecnologico rispetto al tradizionale metodo di dialogo con la paziente» (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 44).

contorni di un piccolo teschio, e poco dopo si delinearono le ombre di altre ossa»²⁷. Lo stetoscopio, prima, e i raggi X, poi, contribuirono gradualmente all'affermarsi di una gravidanza tenuta sotto controllo assiduo.

Agli anni Sessanta del Novecento risale la nascita dell'ecografia. Si tratta di una «metodica diagnostica per immagini [...] che sfrutta le proprietà degli ultrasuoni per mettere in evidenza le caratteristiche strutturali degli organi interni o dei tessuti molli. Per mezzo di una sonda che l'operatore muove sulla superficie cutanea in corrispondenza degli organi più o meno profondi da esaminare, viene emesso un fascio di ultrasuoni [...] variamente riflesso in relazione alla differente densità dei tessuti attraversati (solidi, liquidi e gassosi). A questo punto la sonda funziona come ricevitore dell'«eco di ritorno» dai tessuti esplorati, trasferendo il segnale ad un elaboratore che lo converte in immagine bidimensionale su monitor»²⁸. «Questa tecnica moderna ed elegante [...] si impose già negli anni sessanta come strumento diagnostico in medicina interna e in chirurgia»²⁹. «Gli apparecchi ecografici hanno trovato posto nelle sale operatorie, quale strumento sussidiario per i chirurghi. [...] I risultati dello scandagliamento ultrasonoro sono diventati un fondamento della prognostica»³⁰. «All'inizio degli anni settanta [l'ecografia] fu introdotta in ostetricia»³¹, campo in cui è impiegata per monitorare le varie fasi della gravidanza e valutare lo stato di salute del feto. È così diventata «una tecnica ginecologica che oggi è parte costitutiva di qualsiasi gravidanza sotto controllo medico»³², al punto da ricoprire un ruolo dominante tra gli esami prenatali e da poter essere ripetuta anche più di una decina di volte prima del parto.

L'ecografia è «un'indagine operatore-dipendente, [...] che richiede un adeguato

²⁷ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. pp. 38-39.

²⁸ AA. VV., *Salute. Dizionario medico DEN-E*, RCS Libri 2006, voce *Ecografia*.
«[...] a seconda della compattezza dei tessuti, nel punto colpito dalle onde sonore si rileva un'eco di varia intensità. Questa eco viene numerata elettronicamente con diversi valori. Ciascun valore misurato viene convertito in una tonalità di grigio e dai minuscoli quadratini di queste tonalità nasce un mosaico, che si può portare a casa sotto forma di istantanee» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 103). Oggigiorno le immagini del feto prodotte con l'esame ecografico sono a colori, hanno una risoluzione quasi fotografica e possono essere tridimensionali; da esse si può addirittura ricavare un video da tenere per «ricordo».

²⁹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 95.

³⁰ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 87.

³¹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 95.

³² Ivi, cit. p. 95.

periodo di training formativo iniziale»³³. Vale la pena sottolineare come nell'esame dei villi coriali e nell'amniocentesi il medico faccia da tramite tra la paziente e i laboratori di analisi, mentre con l'ecografia egli è decisamente protagonista³⁴.

7.4. Rischi e benefici dell'ecografia

L'ecografia prenatale è diventata per le donne un'esigenza, un diritto, «indipendentemente dall'utilità o dalla ragione medica»³⁵. Secondo Paola Borgna «nessuna donna in gravidanza verrà condotta contro la sua volontà ad effettuare le ecografie di routine [...]. È anzi frequentemente dato osservare che le donne *scelgono* di sottoporsi a controlli prenatali [...]; partecipano cioè attivamente alla riproduzione della cultura della società a cui appartengono – cultura sessista, si osserverebbe da parte femminista – non di rado considerandosi in questo femministe»³⁶, cioè donne «che hanno preso in mano la propria vita»³⁷.

Negli anni lo *screening* ecografico ha sicuramente dato molti buoni risultati, ma ormai anche tra gli specialisti c'è chi ritiene che si ricorra a una «applicazione indiscriminata dell'esame. Alcuni pensano che i controlli di routine non abbiano né sulla gravidanza e sul parto, né sulla salute del nascituro, effetti positivi statisticamente apprezzabili. Altri invece sono convinti che grazie a questi è possibile intervenire sul feto a livello terapeutico e ottenere risultati positivi. D'altra parte si sostiene che l'ecografia permette di riconoscere per tempo le anomalie fetali e di ricorrere a un aborto, risparmiando così recriminazioni successive alla madre, responsabile di una vita inaccettabile»³⁸.

Secondo alcuni, anche in questa direzione c'è stato un eccesso. «Questa tecnica, da prezioso strumento conoscitivo per le ostetriche stesse in determinate circostanze – per esempio per determinare la posizione del bambino – si è furtivamente trasformata in uno

³³ AA. VV., *Salute. Dizionario medico DEN-E*, RCS Libri 2006, voce *Ecografia*.

³⁴ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 84.

³⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 91.

³⁶ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. p. 35.

³⁷ D. Davis, *The cultural constructions of the premenstrual and menopause syndromes*, in C. F. Sargent e C. B. Brettell (a cura di), *Gender and health: an international perspective*, Prentice Hall 1996, pp. 57-86. Citato in: S. Bordo, *Il peso del corpo*, Feltrinelli 1997, p. XXXIII.

³⁸ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 96.

strumento per la selezione prenatale»³⁹. A partire dalla “visione” di «un fantasma prodotto con strumenti tecnici, si dà, sempre, un giudizio qualitativo»⁴⁰, come se si potesse assegnare un valore più o meno alto alla vita del nascituro in base all’esito dell’esame. E non bisogna pensare che ciò avvenga solo nel ricco mondo occidentale, perché si tratta infatti di situazioni comuni anche in alcuni Paesi in via di sviluppo⁴¹.

Uno degli effetti del massiccio utilizzo dell’ecografia prenatale è stato proprio l’aumento delle possibilità di ricorso all’interruzione di gravidanza. In ogni caso va detto che, come strumento di rilevazione di eventuali malformazioni nel feto, l’ecografia non garantisce alcuna certezza, in quanto ancora oggi produce un altissimo numero di diagnosi errate – casi di “falsi positivi” o, al contrario, anomalie passate inosservate⁴² – ed «è probabile che la frequenza degli errori diagnostici abbia un effetto depressivo sulle donne incinte»⁴³.

A proposito di possibili ripercussioni psicologiche, Duden sostiene che «non ci si sofferma mai abbastanza sul “prezzo” psicologico che si paga per la diagnosi e la consulenza genetica»⁴⁴ e afferma di essere a conoscenza di «molte ricerche che si sono occupate degli effetti psicologici esercitati dal potere simbolico delle tecnologie riproduttive sulle donne: le opportunità offerte dalla diagnostica generano paure e spingono ad azioni volte a scongiurarle»⁴⁵. L’ecografia, come ogni nuova tecnica, «non produce solo patologie fisiche e squilibri sociali, ma anche nuovi desideri e nuove paure»⁴⁶.

Ma le possibili conseguenze negative dell’abuso dell’ecografia in gravidanza non finiscono qui. Duden azzarda addirittura l’ipotesi di possibili effetti collaterali sul feto, quali il cordone ombelicale attorcigliato o lo scarso peso alla nascita, dovuti alle eccessive

³⁹ Ivi, cit. pp. 91-92.

⁴⁰ Ivi, cit. p. 100.

⁴¹ Emblematico è il caso dell’India, dove la pratica di preselezione del sesso del nascituro «prende la forma dell’aborto di feti di cui le tecniche di diagnostica prenatale abbiano rivelato il sesso femminile» (F. Pizzini, *Maternità in laboratorio. Etica e società nella riproduzione artificiale*, Rosenberg & Sellier 1992. Citato in: P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, p. 71).

⁴² B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 85.

⁴³ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 96.

⁴⁴ Ivi, cit. p. 154.

⁴⁵ Ivi, cit. p. 154.

⁴⁶ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 87.

dosi di ultrasuoni subite⁴⁷. E ancora rimarca come, dall'introduzione dell'ecografia quale tecnica di diagnosi prenatale di routine, le gravidanze considerate "a rischio" siano considerevolmente aumentate⁴⁸, perché, «mentre è diventato possibile diagnosticare sempre nuove anomalie nel feto, l'oggetto del controllo, i medici non sono in grado di fornire terapie adeguate: viene prodotto un "paziente" che non si può aiutare»⁴⁹.

7.5. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: gli effetti sulla madre, sulla coppia, sul feto

Secondo Luisella Battaglia, gli aspetti bioetici della diagnostica prenatale – intesa come «l'insieme delle tecniche e dei metodi che consentono di mettere in evidenza anomalie e malformazioni presenti nell'embrione e nel feto»⁵⁰ – riguardano tre diversi ambiti. Il primo è l'ambito *privato*, che prende in considerazione «i problemi etici relativi alla coppia e al feto inteso come paziente»⁵¹. Il secondo è l'ambito *professionale*, che si occupa delle questioni morali che affronta chi esegue in prima persona gli esami diagnostici prenatali, solitamente un medico o un tecnico di laboratorio. Il terzo e ultimo ambito, invece, è quello *sociale*, relativo alle «problematiche di etica pubblica connesse agli interventi di politica sociale e sanitaria»⁵². Questi tre ambiti, però, non vanno considerati separatamente l'uno dall'altro, poiché sono strettamente collegati e interagiscono tra loro, a volte in maniera conflittuale. La bioetica nasce e trae alimentazione proprio da questo continuo confronto⁵³.

Per quel che riguarda l'ambito privato, la diagnostica prenatale ha un profondo significato esistenziale per la donna e per la coppia. Attraverso di essa la tecnica interferisce direttamente con l'esperienza della gravidanza. In alcuni casi è stato rilevato come la visione dell'immagine del proprio figlio sullo schermo dell'apparecchio

⁴⁷ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 96.

⁴⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 85.

⁴⁹ Ivi, cit. pp. 85-86.

⁵⁰ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 75.

⁵¹ Ivi, cit. p. 75.

⁵² Ivi, cit. p. 75.

⁵³ Ivi, p. 75.

ecografico abbia un effetto consolidante sulla relazione di coppia; in altri, constatare la “normalità” del proprio figlio rassicura gli animi inquieti dei genitori più apprensivi⁵⁴. Può però accadere anche, al contrario, che l’ecografia sia percepita negativamente dalla coppia, come un’intrusione nella loro sfera privata più intima⁵⁵. Battaglia ritiene che «il confronto tra l’immagine fantasmatica del nascituro e la sua visualizzazione sullo schermo possa produrre atteggiamenti ambivalenti»⁵⁶: da una parte c’è il rischio che la madre veda il feto come qualcosa di estraneo a sé; dall’altra, invece, può provare una sensazione piacevole nello scorgere per la prima volta i suoi movimenti, quasi che questo le permettesse di conoscerlo in anticipo⁵⁷.

Come detto, l’ecografia condiziona l’immagine che del nascituro si fanno sia la futura madre sia il padre. Per questo, tra le critiche mosse contro le metodiche di diagnostica prenatale, c’è quella di creare l’aspettativa di un figlio perfetto. Una degenerazione forse più realistica è data dalla cosiddetta “medicina dei desideri”. La diagnostica prenatale, infatti, ha dato la possibilità di controllare un numero sempre maggiore di aspetti della gravidanza, ma può purtroppo andare incontro ad un uso distorto; aprendo una finestra su un mondo rimasto per millenni inaccessibile, ha contribuito ad alimentare desideri un tempo impensabili. Una cosa è volere un bambino sano – aspirazione del tutto legittima – altra è volerne uno “su misura”, che asseconi le preferenze dei genitori. Grazie ai mezzi concessi dalla tecnica, c’è stata una rivoluzione rispetto ai primi anni in cui iniziava ad essere esercitato un controllo tecnologico sulla gravidanza. Oggi, attraverso la diagnosi prenatale, è possibile agire direttamente *in utero*: se per certi versi questo è chiaramente positivo, c’è sempre il rischio di scadere nella selezione di caratteristiche non patologiche⁵⁸. Inizialmente «la ricerca delle “aberrazioni cromosomiche del feto” era limitata alle donne che rimanevano incinte dopo i trentacinque anni. Ma [...] le cose sono

⁵⁴ Per quanto limitato, il timore che possano esserci anomalie nel feto accompagna ogni gravidanza.

⁵⁵ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, pp. 75-76.

⁵⁶ Ivi, cit. p. 76.

⁵⁷ Durante l’ecografia la madre può partecipare ai movimenti del bambino sia direttamente, percependoli nel suo ventre, che indirettamente, vedendoli proiettati sullo schermo.

⁵⁸ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 77.

Selezionare il sesso del nascituro, desiderare che sia maschio piuttosto che femmina, ad esempio, è eticamente inaccettabile e pericoloso. Dal punto di vista etico ci sono varie ragioni per opporsi a una tale pratica: innanzitutto, non si può in alcun modo definire il sesso come un’anomalia genetica; inoltre, preferire un sesso piuttosto che l’altro va a violare il principio di uguaglianza tra maschi e femmine; infine, può prefigurare un ricorso all’eugenetica (L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 77).

cambiate: dalla paura di un bambino malformato si è giunti alla “pretesa di un bambino di qualità”. Dal diritto alla consulenza e alla ponderazione è nata l’esperienza della “gravidenza su ordinazione”⁵⁹. Secondo Paola Borgna, «l’applicazione della diagnostica prenatale classica [...], divenuta routinaria nelle gravidanze non tecnologicamente indotte⁶⁰, lavora [...] da tempo nella direzione di forme di eugenetica individuale. Con le modificazioni di situazioni e relative rappresentazioni sospinte dalle tecniche di diagnostica prenatale si confronta oggi ogni coppia (al minimo, ogni donna) in attesa di un bambino»⁶¹ e per loro è emerso un nuovo dovere, «quello di prendere una “decisione” sulla nascita»⁶² del figlio sulla base dei risultati degli esami prenatali.

Si pongono interrogativi anche sull’effettiva necessità di questi esami dal punto di vista clinico. Pratiche come l’amniocentesi possono davvero essere considerate delle procedure mediche? Vengono eseguiti per scrupolo, per avere una maggiore sicurezza, per eventualmente agire in tempi brevi, ma il loro maggiore effetto collaterale è la possibilità che il loro esito, se dovessero risultare malformazioni o malattie ereditarie, comporti la decisione, da parte della donna, di interrompere la gravidanza⁶³.

Secondo Battaglia, l’unico modo possibile per leggere correttamente gli effetti della diagnostica prenatale è tenere ben distinte le due pratiche, l’atto diagnostico in sé e l’eventuale atto abortivo che può derivarne. Non è infatti corretto identificare la diagnosi prenatale con l’aborto selettivo, non dobbiamo dimenticare i suoi molti meriti: essa permette la nascita di bambini sani figli di genitori malati, che senza le dovute rassicurazioni non li avrebbero fatti nascere e sempre grazie ad essa è possibile curare certe affezioni già in utero o preparare in anticipo una cura pediatrica che la diagnosi ha dimostrato necessaria. Ma perché i due processi vengono così spesso assimilati? Questa identificazione nasce dal fatto che all’inizio, quando ha preso piede la diagnosi prenatale, i macchinari non erano avanzati come quelli attuali e le tecniche impiegate permettevano perciò di riconoscere solo patologie molto gravi, per le quali non era possibile intervenire in alcun modo; per questo motivo, rispetto ad oggi, era forse più facile optare per l’aborto.

⁵⁹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 154.

⁶⁰ Per gravidanze *tecnologicamente indotte* si intendono quelle procurate mediante l’impiego delle tecnologie della procreazione medicalmente assistita (PMA).

⁶¹ P. Borgna, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005, cit. pp. 70-71.

⁶² B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 92.

⁶³ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 77.

Ancora oggi, d'altronde, la richiesta di abortire viene avanzata per la mancanza di alternative terapeutiche, non per la scoperta in sé di anomalie nel feto⁶⁴.

La diagnostica prenatale ha contribuito all'affermazione del concetto di feto come *paziente*, che ha comportato la ridefinizione dei ruoli di tutti coloro che hanno a che fare con lui: madre, medico e società. Essendo la salute un suo diritto, come lo è per qualunque paziente, è possibile giustificare ogni intervento terapeutico che lo riguardi, purché garantisca un equo rapporto tra rischi e benefici⁶⁵.

7.6. L'azione somatogena dell'ecografia

Affrontando il tema dell'ecografia durante la gravidanza, Barbara Duden focalizza la sua attenzione sull'impatto somatogeno della tecnica (cfr. par. 6.8). «Esistono due modi, per chi si occupa di storia della tecnica, di studiare le sue conseguenze»⁶⁶. In primo luogo, si può riflettere su “che cosa fa” la tecnica, come si è fatto finora a proposito dell'ecografia. Secondo l'altro approccio, invece, «è fondamentale non tanto ciò che la tecnica fa, quanto piuttosto ciò che essa significa»⁶⁷; tale approccio consiste nel chiedersi «che cosa dica una nuova tecnica: quali forme concettuali, stili di percezione e condizioni psichiche trasmetta con la propria esistenza e il proprio impiego»⁶⁸. E quindi domandiamoci: «Che cosa dice la tecnica a coloro che se ne servono, a coloro ai quali offre il suo servizio? [...] E come “parla” la tecnica [...]? Nel nostro caso, in modo [...] da suggerire che la dipendenza da certe prestazioni sia in realtà un desiderio»⁶⁹.

«Nessuna tecnica medica del passato è stata gravida di conseguenze sulla percezione quotidiana delle donne fertili come l'ecografia»⁷⁰. Ciò che colpisce l'immaginario collettivo è la particolare gravidanza simbolica di questo esame: la peculiarità

⁶⁴ Ivi, p. 78.

⁶⁵ Ivi, p. 80.

⁶⁶ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 86.

⁶⁷ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 91.

⁶⁸ B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 87.

⁶⁹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. pp. 99-100.

⁷⁰ Ivi, cit. p. 100.

dell'ecografia sta nel fatto che essa crea *immagini*⁷¹, immagini dell'interno del corpo. «La tecnica è [...] strutturata in modo tale da consentire alla donna incinta di “guardare”, o di presumere di “guardare”, nel proprio ventre insieme al medico, in *real time*»⁷². «La percezione della donna viene oggettivata biologicamente. [...] la donna viene scorticata, le viene tolta la pelle. Il confine tra dentro e fuori scompare. [...] La sua gravidanza viene occupata dal feto pubblico»⁷³ (cfr. par. 6.1).

Duden sostiene che «il rapporto con apparecchi e macchinari plasma l'esperienza del corpo delle donne. [...] l'immagine degli organi interni sullo schermo [contribuisce] a trasformare la sconvolgente esperienza sensibile del bambino atteso nell'oscurità, sottopelle, in un'esperienza visiva»⁷⁴. «Al posto della percezione sensibile, che si afferra con il tatto [...] subentra una mappatura eterogena, straniante, sulla quale si orienta l'autopercezione, ormai primariamente ottica»⁷⁵. «La tecnica della visualizzazione ha un effetto ancor più profondo delle procedure e delle analisi di laboratorio. Negli ultimi decenni la gravidanza è diventata una condizione corporea plasmata da strumenti tecnici che rendono visibile ciò che un tempo era invisibile [...] nella quale le donne imparano a interpretare come il loro “tesoro”, il loro “bebè”, quell'immagine visualizzata sullo schermo attraverso la rielaborazione digitale delle misurazioni di tessuti più o meno compatti all'interno del loro corpo»⁷⁶. «La donna guarda in uno “spazio” buio costruito tecnicamente e la sua “vista” viene indotta a “vedere” là il suo bambino in arrivo»⁷⁷ (cfr. par. 6.9).

L'interazione della donna con lo schermo la decorporeizza⁷⁸. «L'affetto della donna incinta per il nascituro si indirizza a un “corpo” tanto fittizio quanto oggettivato: nell'interazione dello sguardo con il fantasma all'interno del proprio corpo la sensibilità

⁷¹ Ivi, p. 100.

⁷² B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 87.

⁷³ Ivi, cit. pp. 87-88.

⁷⁴ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 91.

⁷⁵ Ivi, cit. p. 100.

Una considerazione simile si può fare non solo per le donne, ma anche nei riguardi dei medici, in quanto «nel giro di pochi anni, la macchina ha annullato nei ginecologi la capacità di servirsi del senso del tatto» (B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, cit. p. 86).

⁷⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 102.

⁷⁷ Ivi, cit. p. 103.

⁷⁸ Ivi, p. 100.

degli organi percettivi si affievolisce, fino a paralizzarsi»⁷⁹. «La donna [...] impara a non fidarsi più dei suoi sensi. Impara a farsi dire come sta, e quali sono le sue prospettive»⁸⁰. «La donna incinta guarda sullo schermo insieme al medico, per [...] lasciarsi spiegare l'immagine del feto. È qui all'opera un nuovo tipo di sensibilità corporea [...]. Il vedere a comando tende a sostituirsi alla sensibilità tattile»⁸¹.

7.7. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: il rapporto medico-paziente

Passiamo ora ad analizzare gli aspetti bioetici della diagnosi prenatale dal punto di vista professionale, cioè del medico che la pratica. Nel suo approccio al paziente, il medico non può limitarsi a considerarne gli aspetti biologici e fisiologici, ma deve capirne anche i bisogni umani. Come dice Hugo Tristram Engelhardt jr.: «Il paziente è uno straniero, un individuo in un territorio sconosciuto, che non sa con esattezza che cosa aspettarsi o come tenere sotto controllo ciò che lo circonda»⁸². L'incontro con il medico comporta per il paziente numerosi cambiamenti: con l'accettazione di una diagnosi spesso egli deve riprogrammare la sua intera esistenza. Il dovere del medico è comunque quello di trasformare il paziente da "straniero" a «ospite residente in permanenza nel mondo delle aspettative e degli interventi medici»⁸³. Entrambi dovrebbero partecipare alla creazione del corretto rapporto medico-paziente. Se avessero una concezione simile della salute, il loro non sarebbe più un incontro tra due estranei ma tra individui impegnati a perseguire dei fini comuni. Purtroppo, accade di raro che questo succeda⁸⁴.

Il medico, per svolgere al meglio la propria professione, deve spogliarsi delle sue opinioni politiche e del suo credo religioso.

La responsabilità medica, nel campo della diagnostica prenatale, «non può essere individuale e solitaria giacché una pratica collegiale permette di affinare la condotta da tenere dinanzi a coppie in difficoltà che hanno appreso che il loro bimbo presenta

⁷⁹ Ivi, cit. p. 104.

⁸⁰ Ivi, cit. p. 102.

⁸¹ Ivi, cit. p. 112.

⁸² H. T. Engelhardt jr., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore 1991, cit. p. 294.

⁸³ Ivi, cit. p. .

⁸⁴ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 81.

un'anomalia, nello sforzo comune di stabilire i parametri più oggettivi possibili»⁸⁵. Nella diagnostica prenatale è necessario uno studio caso per caso e le molteplici competenze coinvolte – ginecologi, ecografisti, genetisti, psicologi ecc. – devono dialogare tra loro e saper valutare i diversi elementi della diagnosi.

Da un punto di vista etico, i quesiti principali che si pongono quando si parla di diagnostica prenatale sono: «l'affidabilità della tecnica, il rischio biologico per la madre e per il feto, l'accettabilità delle procedure alla luce delle diverse concezioni dello status dell'embrione, la finalità dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi che ne derivano e, in definitiva, la liceità dell'intervento diagnostico terapeutico»⁸⁶.

Che attitudini deve possedere un medico per comunicare ai genitori, nel migliore dei modi, i rischi e i benefici dell'esame diagnostico, per essere in grado di comprendere le loro domande e le loro preoccupazioni, per sincerarsi che abbiano capito a fondo le informazioni che hanno ricevuto? «Oggetto di valutazione morale particolarmente complessa risulta la *consulenza genetica* mirata alla diagnostica prenatale»⁸⁷. Che requisiti sono necessari per fornire una consulenza deontologicamente corretta? Innanzitutto essa deve essere veritiera, quindi fornire informazioni chiare, esaustive e scientificamente fondate, per poter dare alla coppia tutto ciò che serve per prendere decisioni consapevoli⁸⁸.

È inoltre di fondamentale importanza la neutralità etica della consulenza, cioè evitare, per quanto possibile, un suo carattere direttivo, che possa suggerire una scelta invece che altre: il medico deve fare in modo che la donna decida nella più completa autonomia. Ma un atteggiamento completamente “non direttivo” è forse poco realistico: «il consulente ha infatti un proprio orientamento che, nonostante gli sforzi, traspare inevitabilmente dal suo modo stesso di informare»⁸⁹. Trattandosi, comunque, di situazioni molto delicate, sicuramente il parere di un esperto aiuta più di una semplice informazione priva di valutazioni professionali motivate; lo stesso rapporto di collaborazione medico-paziente potrebbe risultare molto facilitato da uno scambio di idee. Ciò che bisogna evitare con attenzione sono i due estremi del paternalismo e dell'appiattimento su un piano che riduca il medico a semplice tecnico. L'atteggiamento migliore è quindi «il cosiddetto modello della *cura* [...], in quanto in grado di conciliare il rispetto delle scelte altrui con l'impegno

⁸⁵ Ivi, cit. p. 82.

⁸⁶ Ivi, cit. p. 82.

⁸⁷ Ivi, cit. p. 83.

⁸⁸ Ivi, p. 83.

⁸⁹ Ivi, cit. p. 83.

concreto a comprendere»⁹⁰.

7.8. Aspetti bioetici della diagnostica prenatale: una questione di diritti

Prendiamo ora in esame il terzo ambito, quello sociale. Connessi alla diagnostica prenatale sono la consulenza genetica⁹¹ e i programmi di *screening* genetico. La diagnostica prenatale si rivolge alle cosiddette *coppie a rischio*⁹², a donne che rientrano in *fasce a rischio* per la loro età e a coppie appartenenti a *comunità a rischio* per determinate malattie ereditarie (come ad esempio la talassemia in alcune aree del Mediterraneo)⁹³. L'obiettivo principale è innanzitutto prevenire le malattie genetiche, ma i quesiti etici che emergono sono molteplici⁹⁴.

È auspicabile stilare una lista delle malattie ereditarie per le quali effettuare test genetici? O si tratta di un'intromissione inaccettabile nella vita della popolazione? Qualunque sia la risposta, la diagnostica prenatale ha preso piede perché vista dalla società in maniera positiva. Una delle cause è che oggi una percentuale sempre maggiore di gravidanze si conclude con successo, per cui si accetta sempre meno l'incertezza sul loro esito. Inoltre le donne vogliono un approccio sempre più consapevole alla gravidanza, perché solo conoscendo i rischi hanno modo di decidere come affrontarli. Ma se da un lato viene rivendicato il *diritto all'informazione*, dall'altro esiste anche il *diritto all'ignoranza*, intesa da Hans Jonas «come ignoranza relativa a chi si è, che sola renderebbe possibile l'esistenza come “autoscoperta”»⁹⁵.

Con la diagnostica prenatale sono stati messi in discussione la selezione naturale e il

⁹⁰ Ivi, cit. p. 84.

⁹¹ La consulenza genetica fornisce «le indicazioni per l'intervento diagnostico sulla base della valutazione del rischio di prole affetta da anomalie» (L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 84).

⁹² Coppie che in precedenza abbiano già avuto figli affetti da anomalie.

⁹³ Ci sono Paesi, come la Cina, in cui la diagnostica prenatale è imposta per legge alle coppie a rischio; a Cipro, invece, tutti gli adulti sono sottoposti a uno *screening* per individuare i portatori sani di talassemia (L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 84).

⁹⁴ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 84.

⁹⁵ Ivi, cit. p. 85.

Jonas auspica l'affermarsi del seguente precetto morale: «non violare il diritto a quell'ignoranza che è una condizione per un possibile, autentico, agire; in altri termini: *rispettare il diritto di ogni vita umana a trovare la propria strada e a essere una sorpresa per se stessa*» (H. Jonas, *L'ingegneria biologica: una previsione, in Dalla fede antica all'uomo tecnologico. Saggi filosofici*, Il Mulino 1991, cit. p. 251).

caso “genetico”, che sono stati «per millenni, nella storia dell’umanità, i padroni incontrastati del destino di ogni feto umano»⁹⁶. Oggi la tecnica ha dato all’uomo il potere di intervenire sul destino di chi deve ancora nascere, destino che così sfugge alle leggi della Natura. Proprio in risposta a questo, per contrastare lo strapotere della tecnologia, nell’età moderna emergono sempre più forti le istanze per quello che alcuni chiamano “il diritto al caso”, messo addirittura in relazione con i fondamentali diritti alla vita, all’uguaglianza e alla libertà. Vediamo come. Se riflettiamo sul diritto di ognuno a disporre della propria vita, ci appare chiaro che influenzare le possibilità di un individuo di nascere, basandosi sul suo corredo genetico, significa intervenire prepotentemente sulla sua vita. Inoltre, la selezione su base genetica pone inevitabilmente chi la effettua a un livello superiore rispetto a chi la subisce, violando in questo modo anche il diritto all’uguaglianza. Anche il principio della libertà personale viene intaccato, perché «qualunque intelligenza che si sostituisca al caso, nella scelta dei geni individuali, può farlo unicamente sulla base di un progetto, ma ciò toglie dignità alla persona che, da fine, viene degradata a mezzo»⁹⁷.

Potremmo a questo punto chiederci se il caso genetico sia una condizione sempre necessaria «per la piena espressione dei diritti fondamentali dell’uomo e per la completa manifestazione della sua dignità»⁹⁸. In realtà, nei casi in cui la manipolazione genetica ha come unico fine effettuare interventi correttivi che contrastino malattie gravi ed invalidanti, questi stessi interventi non compromettono l’esercizio dei diritti fondamentali della persona, ma possono anzi permetterle di avvalersene appieno: «la malattia, in effetti, peggiora la qualità della vita, rende meno eguali e anche meno liberi»⁹⁹. Vanno tenuti ben distinti i due ambiti, quello degli interventi a livello somatico, che ha potenzialità puramente correttive, e quello degli interventi sulla linea germinale, che possono avere effetti sulle generazioni future. La correzione delle anomalie che colpiscono il singolo individuo, come detto, danno la possibilità di esercitare tutti i diritti della persona, senza che alcuna malattia ostacoli questa possibilità. Gli interventi di tipo migliorativo, invece, sollevano notevoli questioni etiche, tanto che la “Convenzione europea dei diritti dell’uomo” ha proclamato «il diritto di ereditare i caratteri genetici che non abbiano subito

⁹⁶ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 85.

⁹⁷ Ivi, cit. p. 86.

⁹⁸ Ivi, cit. p. 86.

⁹⁹ Ivi, cit. p. 86.

alcuna manipolazione»¹⁰⁰.

Partendo da questa riflessione sui diritti umani, Battaglia ci fa notare come sia chiaro che «i diritti non nascono tutti in una volta»¹⁰¹: al contrario, «non esiste la necessità di affermare un diritto fino a che questo non può essere violato»¹⁰². Ciò vale anche per il diritto all'informazione e per il suo contrario, il diritto al caso, di cui si è sentita la necessità «quando l'aumento del potere dell'uomo sull'uomo, indotto dal progresso tecnologico, [ha] crea[to] nuove minacce alla libertà individuale e a tali minacce si [è] cerca[to] di rispondere con richieste di limitare tale potere, attraverso interventi protettivi»¹⁰³. Come sottolineava Norberto Bobbio, bisogna porre attenzione al linguaggio dei diritti, che nonostante la sua indubbia valenza pratica può risultare nocivo se «oscura o occulta la differenza tra il diritto rivendicato e quello riconosciuto e protetto»¹⁰⁴.

La questione dei diritti in relazione alla diagnostica prenatale fa emergere un'altra problematica etica: il rapporto esistente tra gli specialisti e il largo pubblico. Dato che una conoscenza precisa dei meccanismi tecnico-scientifici alla base della diagnosi prenatale è alla portata di pochissime persone, si potrebbe temere il formarsi di una “dittatura degli esperti”, in cui ci si affida totalmente alle mani di medici specializzati per questioni che coinvolgono direttamente la vita e la salute dell'individuo. Per questo, secondo il sociologo Edgar Morin, è necessaria un'*etica dell'informazione* che rafforzi l'etica della responsabilità¹⁰⁵.

È proprio Morin a sottolineare l'estremo divario riscontrabile oggi «tra una tecnoscienza esoterica, iperspecializzata e le conoscenze di cui dispongono i cittadini»¹⁰⁶. Proprio dalla distanza tra “coloro che sanno” e “coloro che non sanno” emerge la necessità di una “democratizzazione della conoscenza” – Morin parla di *democrazia cognitiva* – che favorisca un'acculturazione che vada al di là dell'obbligatorietà scolastica e non si arroccchi nell'ambito universitario. Se continuiamo a concepire le questioni

¹⁰⁰ G. Gerin (a cura di), *Modificazioni genetiche e diritti dell'uomo*, CEDAM 1987. Citato in: L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p.86.

¹⁰¹ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 87.

¹⁰² Ivi, cit. p. 87.

¹⁰³ Ivi, cit. p. 87.

¹⁰⁴ N. Bobbio, *L'età dei diritti*, Einaudi 1990. Citato in: L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 87.

¹⁰⁵ E. Morin, *Scienza con coscienza*, Franco Angeli 1987. Citato in: L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, pp. 87-88.

¹⁰⁶ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, cit. p. 88.

bioetiche come qualcosa di privato, o le destiniamo ai sofisticati dibattiti tra filosofi, scienziati e psicologi, è impossibile che esse riescano a entrare nel dibattito culturale e da qui nella coscienza pubblica. Naturalmente, per consentire alle persone comuni di intervenire in modo consapevole sulle scelte poste in essere dalle ricerche genetiche, vanno creati degli idonei modelli di partecipazione¹⁰⁷.

Uno dei timori più diffusi sulla diagnosi prenatale è che il ricorso sempre più frequente a questo particolare tipo di analisi possa contribuire a un sentimento di rifiuto verso quei soggetti considerati non completamente “normali”. Ma le definizioni di cosa sia “normale” e cosa “patologico” sono molto relative e i loro confini labili, sfumati: siamo assai lontani da una delimitazione incontestabile tra le due nozioni. Eppure la riflessione su normalità e patologicità è centrale per risolvere i dubbi etici che la diagnosi prenatale solleva, per cui chiediamoci: qual è il nostro livello di tolleranza nei confronti dell’handicap, fisico o mentale, e come ci rapportiamo con la differenza?¹⁰⁸

Indubbiamente dietro la diagnostica prenatale può nascondersi lo spettro nero dell’eugenetica, ma se usata nel modo corretto essa permette di intervenire per il meglio, ad esempio prima che una eventuale malattia si manifesti. Per evitare di scadere nell’eugenetica, suggerisce Battaglia, dobbiamo impedire l’imporsi di pratiche “collettive” che definiscano in maniera unilaterale ciò che è normale e ciò che invece è patologico. «Attualmente il rispetto per l’individuo ci porta, da un lato, a lasciare la coppia libera di decidere, in nome dell’autodeterminazione, e, dall’altro, a favorire [...] l’accoglienza del bimbo handicappato»¹⁰⁹. È l’accettazione vera e autentica di quest’ultimo, sia a livello individuale che sociale, la migliore difesa contro l’eugenetica¹¹⁰.

¹⁰⁷ Ivi, p. 88.

¹⁰⁸ Ivi, pp. 89-90.

¹⁰⁹ Ivi, cit. p. 91.

¹¹⁰ Ivi, p. 91.

8. La medicalizzazione del parto

8.1. “Il parto è un evento pieno di pericoli!”

Il passaggio dal parto casalingo a quello ospedaliero portò con sé fin dall’inizio conseguenze estremamente negative. Nell’Ottocento, il parto in ospedale comportava una mortalità superiore di quello in casa, poiché nei reparti di maternità le condizioni igieniche erano precarie e vi si potevano diffondere infezioni maggiori che nelle abitazioni private. Un esempio emblematico è dato dall’aumento della mortalità materna e infantile a causa della cosiddetta “febbre puerperale”, che in ambiente ospedaliero dilagava con enorme facilità¹. Nonostante questi problemi, a partire dagli anni Trenta del secolo scorso, iniziò negli Stati Uniti e in Gran Bretagna il processo dell’ospedalizzazione della gravidanza, che aveva come fine ultimo il parto ospedaliero per tutte le donne².

Barbara Duden si appoggia a un testo della statistica Marjorie Tew³ per «contrapporre i proclami sul progresso ginecologico e lo sviluppo storico della *salute* della partoriente. [...] Ora la parola d’ordine è [...] “parto sicuro!” [...]. Tutte le procedure oggi si basano sulla *safety*, sulla “sicurezza”»⁴. *Sicuro* è «ciò che è buono, giusto, prezioso e particolarmente desiderabile, ma, innanzi tutto, ciò che previene, in modo calcolato, la sfortuna, l’incidente, la catastrofe. [...] “Facciamo un’altra ecografia, è più sicuro!” dice il

¹ La *febbre puerperale* colpiva quasi esclusivamente le donne che partorivano negli ospedali, portandone alla morte circa il 20%. La mortalità aveva toccato livelli mai nemmeno sfiorati con il parto in casa, anche perché c’era più pulizia nelle modeste abitazioni dell’epoca che nei sovraffollati ospedali ottocenteschi. Inconsapevoli veicoli di trasmissione della febbre puerperale erano i medici, che entravano in contatto con gli organi genitali delle partorienti, estremamente vulnerabili alle infezioni, senza prima lavarsi accuratamente le mani. A causa dell’epidemia, il parto era sempre più spesso vissuto negativamente dalle donne e accompagnato da paura, ansia, stati di depressione; forte era la sensazione di essere delle vittime “offerte in sacrificio” alla medicina. I primi a comprendere che i propagatori del contagio erano gli stessi medici furono l’americano Oliver Wendell Holmes nel 1845 e l’ungherese Ignác Fülöp Semmelweis nel 1847. Entrambi furono fieramente osteggiati dai loro colleghi, restii ad accettare di essere colpevoli di così tante morti, e prima che l’intero mondo accademico si convincesse dell’esattezza delle loro osservazioni dovettero passare alcuni decenni (F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 36-39; S. B. Nuland, *Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweis*, Codice 2004).

² F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, p. 45.

³ M. Tew, *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, Chapman & Hall 1990. Citato in: B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 121.

⁴ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 121.

medico»⁵. «Associare il parto e lo slogan “Sicurezza!” ha fatto sì che interventi raccomandabili solo in particolari circostanze [...] siano oggi misure di routine per tutte le donne incinte: ogni gravidanza prevede di norma quattro ecografie e un protocollo minimo di circa centonovanta analisi diverse»⁶. Insomma «il parto è un evento pieno di pericoli dai quali può proteggere soltanto la ginecologia»⁷. «Tralasciando del tutto gli interventi inutili o per lo più dannosi, sono [...] all’ordine del giorno l’ecografia e il parto pilotato, il cesareo e l’episiotomia⁸, l’accelerazione e l’induzione del parto, mentre si trascurano i rischi accertati che, durante il parto, dipendono dall’aria, dal cibo, dalle lenzuola. [...] nell’insieme, tutti questi elementi trasformano l’ospedale in un luogo di inaudita pericolosità»⁹. Inoltre, dagli studi di Tew emerge come ci siano una serie di altri fattori, dall’infezione da streptococco allo scambio di neonati, che rendono il parto in ospedale più pericoloso rispetto a quello in casa¹⁰. Pur partendo da presupposti diversi, Duden e Tew giungono «alla stessa conclusione: che la visione del parto come “rischio” indica un modo, specificamente collegato alla società industriale, di rapportarsi con incertezze che è la tecnologia stessa, propria di questa società, a generare»¹¹.

Un altro esempio di come la società influenzi l’approccio al parto della donna moderna

⁵ Ivi, cit. p. 121.

⁶ Ivi, cit. p. 122.

I dati cui si riferisce Duden in questo passaggio sono relativi alla Germania. In Italia, le linee guida del Ministero della Salute e dell’Istituto Superiore di Sanità per le gravidanze fisiologiche suggeriscono di eseguire tre ecografie, una per trimestre (AA. VV., *Linea Guida 20. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011*, Sistema Nazionale per le Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità 2011, pp. 46-49) (cfr. par. 7.1).

⁷ M. Tew, *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, Chapman & Hall 1990. Citato in: B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 122.

⁸ L’episiotomia è un «intervento ostetrico praticato durante il parto allo scopo di allargare l’orificio vulvare qualora il piano perineale, poco elastico e distensibile, opponga una resistenza eccessiva al passaggio della testa fetale, con il rischio di possibili lacerazioni irregolari, difficili da curare; con l’episiotomia si crea invece una ferita lineare con bordi netti, non contusi, che può essere suturata con facilità. L’intervento consiste nel sezionare con una forbice [...] la cute, la mucosa vaginale e il piano muscolare sottostante [...] mentre la testa del feto, sotto la spinta di una contrazione, distende il piano perineale» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico DEN-E*, RCS Libri 2006, voce *Episiotomia*).

⁹ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 122.

Secondo Luigi Mario Chiechi è paradossale che la moderna ginecologia continui «a lavorare contro i fenomeni fisiologici della gravidanza» (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 120), proponendo pratiche discutibili come l’episiotomia o il monitoraggio costante del feto, ormai diventate di routine ed eseguite non perché veramente necessarie ma solo perché così vuole la prassi. Senza contare gli interventi che la medicina adotta solo per tutelare se stessa dalle possibili ritorsioni legali della donna (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 120). Le richieste di risarcimento economico nei confronti dei medici costituiscono un fenomeno socialmente nuovo e inaspettato, poiché in passato non si immaginava che ci si dovesse difendere proprio da quella branca della scienza nata per curare e preservare la salute (cfr. par. 3.6).

¹⁰ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 123.

¹¹ Ivi, cit. p. 123.

è lo sguardo “statistico” rivolto al contenuto del suo ventre, che si rivela disgregante per la corporeità femminile¹². Per dimostrarlo, Duden racconta di come, negli Stati Uniti, la decisione di portare a termine la gravidanza, da parte di donne appartenenti alle minoranze, implica per le future madri una consulenza genetica in un consultorio¹³. «La consulente ha il compito di convincere la sua interlocutrice della necessità dei controlli prenatali. Di propria volontà, la donna incinta è tenuta a sottoporre il contenuto del proprio corpo a un controllo di qualità»¹⁴. Duden sottolinea, nelle parole e nell’atteggiamento delle consulenti, la distanza da ciò che è reale, da ciò che è veramente importante per una donna incinta: il colloquio verte su rischi, frequenze, grafici e curve di probabilità e sulla necessità di firmare alcuni moduli. Tutto si svolge su un piano assai diverso da ciò che dovrebbe essere una vera ed efficace assistenza alla gravidanza.

Duden nota come, per alcuni aspetti, «cancro e gravidanza sono diventati situazioni simili: per ciò che concerne il dovere della prevenzione, l’obbligo di intervenire, la necessità di misure precauzionali e di analisi, e soprattutto [...] la decorporeizzazione del tempo»¹⁵. «La prevenzione capovolge il senso della malattia come quello della gravidanza: fa della malattia una minaccia, costringe a soffrire per un evento che ha solo scarse probabilità di verificarsi. Nello stesso modo, fa della gravidanza un rischio, che solo un osservatore clinico può predire in base a calcoli di probabilità»¹⁶. Alla gestante «viene richiesto il consenso per sottoporla al “programma di *screening* prenatale per la prevenzione dei rischi”. Deve convincersi che l’analisi computerizzata dei dati che graverà su di lei [...] è parte della gravidanza moderna»¹⁷.

¹² B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994, p. 32.

¹³ Ivi, pp. 32-34.

¹⁴ Ivi, cit. p. 33.

¹⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 170.

Al giorno d’oggi «cercare per tutta la vita le “occasioni di prevenzione”, cioè vivere nella consapevolezza del cancro, con la paura del cancro, interiorizzando un’idea di rischio inevitabile, minaccia quell’aspetto dell’essere donna che nel passato era al centro dell’attenzione vissuta e assaporata: il flusso del tempo imperniato sull’“ora” che ogni donna viveva, che ogni donna tesseva, cioè la propria temporalità» (B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 172) (cfr. par. 6.7).

¹⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 174.

¹⁷ Ivi, cit. p. 148.

8.2. Dal parto naturale...

Perché nella specie umana il parto è così doloroso? Perché la femmina dell'essere umano è l'unico mammifero ad avere bisogno dell'aiuto di altri suoi simili per dare alla luce un figlio? Le risposte a questi interrogativi vanno ricercate nella nostra storia evolutiva, più precisamente nel passaggio alla stazione eretta e nell'aumento delle dimensioni del nostro cervello, che hanno "costretto" le ossa del bacino dei nostri progenitori a modificarsi per selezione naturale.

Noi esseri umani moderni apparteniamo alla specie *Homo sapiens*, collocata nella famiglia degli Ominidi (*Hominidae*). Sappiamo che il nostro patrimonio genetico è per il 96% identico a quello delle scimmie antropomorfe più vicine a noi (scimpanzé, gorilla, orango), ma gli Ominidi sono gli unici Primati in grado di deambulare stabilmente sugli arti posteriori¹⁸. La deambulazione sulle gambe ha comportato una radicale modificazione del bacino umano, che il feto è costretto ad attraversare durante il parto. Nel corso dell'evoluzione «esso si è ristretto nel suo asse antero-posteriore e si è allargato sull'asse trasverso [...] permettendo di centrare le gambe sotto il corpo e quindi il mantenimento di un buon equilibrio»¹⁹. Ma la modificazione più importante è stata la curvatura in avanti del bacino, che ha continuato a permettere la nascita una volta intrapreso il cammino evolutivo verso l'*encefalizzazione*, con la quale la massa cerebrale è passata dai 400 cm³ delle scimmie antropomorfe ai 1400 cm³ dell'*Homo sapiens*. L'anatomia femminile ha dovuto infatti "adattarsi" allo sviluppo cerebrale della specie, poiché un bacino meno evoluto non avrebbe potuto garantire il passaggio della voluminosa testa del feto²⁰. «La forma del bacino dell'uomo moderno ha rappresentato l'unica possibilità che permettesse di mettere in atto l'unico meccanismo in grado di acconsentire la nascita di un feto con l'encefalo sviluppato: la flessione-rotazione cefalica fetale all'interno della pelvi femminile»²¹. Nelle altre specie animali è stata proprio l'impossibilità della testa del feto di flettersi e ruotare ad aver impedito l'encefalizzazione; in presenza di un cranio fetale più piccolo, il loro parto è più agevole. Nella donna, invece, il feto va incontro a una serie di movimenti e di cambiamenti di posizione che rendono il parto molto difficoltoso e doloroso: «la testa fetale deve adattarsi ad una serie di fenomeni meccanici permittenti; il

¹⁸ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 110.

¹⁹ Ivi, cit. p. 110.

²⁰ Ivi, p. 111.

²¹ Ivi, cit. p. 111.

primo di questi è la cosiddetta *riduzione*, sia diretta, mediante la quale la testa fetale viene fisicamente compressa dal cingolo pelvico materno, che indiretta, mediante la quale l'estremo cefalico fetale si impegna nel bacino materno presentando il diametro più favorevole»²². Giunto nel tratto medio del canale del parto, in cui il bacino presenta una sezione di forma diversa rispetto alla sua imboccatura, la testa del feto deve effettuare un'ulteriore movimento – stavolta una rotazione parziale di 45° – in modo da disporsi con il viso all'indietro e la nuca in avanti. «Per aversi l'espulsione totale del feto deve compiersi però ancora il movimento di rotazione delle spalle che analogamente a quanto successo per la testa seguono i distretti del bacino più favorevoli. [...] A questo punto il feto può finalmente sgusciare fuori alla vita esterna»²³.

Per la donna il parto è talmente problematico che, a differenza delle femmine degli altri mammiferi, le risulta molto complicato riuscire a portarlo a termine da sola. A sanare questo “handicap naturale” ha provveduto l'intelligenza, e quindi la cultura, con la *cooperazione interumana*²⁴. Possiamo immaginare come già in epoca preistorica ogni partoriente fosse assistita dalle altre femmine del suo gruppo familiare e possiamo ritenere l'aiuto reciproco fra donne durante il parto «la prima forma di socializzazione umana dolce, [...] contrapposta all'altra prima forma di socializzazione, quella aggressiva [e maschile] costretta dalla esigenza della caccia di gruppo»²⁵.

8.3. ... al taglio cesareo

«Come potrà evolvere questo grossolano meccanismo imperfetto che costringe il feto a nascere in condizioni di grave immaturità [per limitare le dimensioni del cervello e quindi del cranio] e la donna a partorire con gravi difficoltà ed in condizioni di estrema dipendenza?»²⁶ La medicina occidentale ha pensato di ovviare al problema scegliendo la

²² Ivi, cit. pp. 111-112.

«[...] la riduzione diretta è possibile perché la testa fetale non è ancora completamente ossificata e quindi le ossa craniche sono modellabili, comprimibili; la riduzione indiretta è possibile perché si ha una accentuata flessione [in avanti] della testa fetale che con questo movimento sostituisce il diametro più immediato ma sfavorevole, quello occipito-frontale più lungo (11-11,5 cm) con quello sottoccipito-bregmatico (9,5 cm) più corto e favorevole» (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 112).

²³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 112.

²⁴ Ivi, p. 113.

²⁵ Ivi, cit. p. 113.

²⁶ Ivi, cit. p. 113.

soluzione del *taglio cesareo*, che al giorno d'oggi è sempre più praticato, specialmente nel nostro Paese²⁷. Secondo Chiechi, agendo in tal modo si trascura sempre più «la via della persona per inseguire quella della tecnica»²⁸, si è passati dalla strada della collaborazione a quella della medicalizzazione.

«Mentre nella società tradizionale occidentale la nascita era accettata come evento attivo, [...] l'introduzione del taglio cesareo apportava un mutamento radicale in questa concezione: la nascita diventava un evento passivo, cioè subito da entrambi [madre e figlio]. A far nascere non era più la donna, attraverso il suo corpo, ma l'uomo con le sue mani e la sua arte»²⁹. Questa nuova tecnica cambiò la concezione stessa del parto: con essa la donna si affidava totalmente alle mani del medico, sapendo che per donare la vita a suo figlio poteva andare incontro alla propria morte.

Tanti meccanismi del travaglio e del parto naturale sono tuttora sconosciuti e altri si può dire che siano stati dimenticati: «lo studio e la conoscenza delle potenzialità della donna stessa che potessero aiutarla a partorire più sicuramente e felicemente sono state abbandonate e le nuove generazioni di ostetrici ed ostetriche fanno sempre meno accondiscendere la fisiologia del travaglio, hanno sempre meno domestichezza con il parto spontaneo»³⁰. La figura dell'ostetrica, un tempo unica vera esperta in questo campo, è stata sempre più emarginata e relegata al ruolo di assistente docile e silenziosa del medico; il suo lavoro è stato dichiarato inadeguato e si è cercata una soluzione nella tecnica chirurgica, quasi “imponendo” il parto per via addominale. Si è ormai «imposta la visione tecnologica della gravidanza»³¹: il parto naturale è considerato traumatico e violento, «con il suo bagaglio di dolore, grida, sudore, fatica, spinte, lacerazioni, tagli, suture»³²; da molte donne è visto come una pratica superata, primitiva, adatta alla società contadina di

²⁷ Ivi, pp. 113-114.

Il taglio cesareo è «l'intervento operatorio che permette l'estrazione del feto attraverso un'apertura ottenuta chirurgicamente nelle pareti addominale e uterina» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico CAP-DEM*, RCS Libri 2006, voce *Cesareo, parto*). A dimostrazione di quanto sia antica questa pratica, sono giunte fino a noi numerose testimonianze scritte: tra le più antiche, quelle risalenti ai regni di Hammurabi a Babilonia e di Numa Pompilio a Roma. «Presso i Romani, la *Lex Caesarea* [dal verbo *caedo*, “taglio”] rendeva obbligatorio praticare questo intervento su tutte le donne morte in travaglio di parto. L'operazione ha preso il nome appunto da questa legge» (AA. VV., *Salute. Dizionario medico CAP-DEM*, RCS Libri 2006, voce *Cesareo, parto*). Comprensibilmente, in accordo con le tecniche mediche allora disponibili, il taglio cesareo veniva effettuato solo in caso di morte della madre, per salvare almeno il figlio che portava in grembo.

²⁸ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 115.

²⁹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 44.

³⁰ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. pp. 115-116.

³¹ Ivi, cit. p. 116.

³² Ivi, cit. p. 116.

una volta³³, non certo all'evoluto mondo di oggi, in cui la scienza permette di eludere lo sforzo fisico e la sofferenza.

È ovvio che la gravidanza, essendo di per sé un fenomeno naturale, implichi dei momenti di imprevedibilità che possono sfociare in problemi patologici, ma al riguardo la medicina del passato aveva sempre preferito agire a livello terapeutico, più che preventivo. Oggi, invece, grazie ai progressi della tecnica medica, abbiamo a che fare con un nuovo tipo di gravidanza, che possiamo definire *gravidanza patologica o tecnologica*. Così, per la donna incinta, ora sono due le “strade” percorribili. Se vivrà la gravidanza come un normale evento fisiologico, allora la affronterà con naturalezza, avendo come figura di riferimento l'ostetrica e non il medico, che sarà chiamato a intervenire solo in caso di necessità. L'altra via è quella del *parto non fisiologico*, chirurgico, che può avvenire solo in un ambiente “artificiale” rigidamente controllato, sterile e asettico³⁴. È la scelta delle donne restie ad accettare l'incertezza intrinseca della gravidanza. Si tratta di un problema di ordine culturale: «la donna oggi è disposta ad accettare questo rischio di imprevedibilità legato alla naturalezza delle cose [...]?»³⁵. Non si vuole, in questa sede, criticare l'indubbia utilità del taglio cesareo, che ha salvato nel corso dei secoli molte vite, sia di madri che di figli. Quello che si intende denunciare è l'abuso di una manovra d'emergenza ormai diventata quotidianità, perché non dobbiamo dimenticarci che il taglio cesareo è un intervento chirurgico a tutti gli effetti.

8.4. La richiesta del taglio cesareo come reazione alla paura del parto

Possiamo definire il nostro tempo come il “tempo della paura”: nel mondo occidentale, infatti, la donna ha paura, se non addirittura terrore, del parto naturale. Questa paura ha contribuito all'affermarsi della medicalizzazione della gravidanza e di una delle sue espressioni più preoccupanti, l'elevato numero di tagli cesarei. A spaventare le donne è

³³ Ivi, p. 116.

³⁴ Ivi, pp. 116-117.

³⁵ Ivi, cit. p. 117.

Esiste un altro aspetto culturale del taglio cesareo, su cui poco ci si sofferma: con esso assistiamo per la prima volta, nella storia delle donne, all'interruzione di quel legame spirituale tra madre e figlia che consiste nella trasmissione e nella condivisione della fortissima esperienza emotiva del parto naturale. Una donna sottoposta a cesareo non potrà in alcun modo partecipare empaticamente a un eventuale parto naturale della figlia e non saprà aiutarla ad affrontare emozioni che a suo tempo non ha vissuto (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 162).

soprattutto il *dolore del parto*, descritto come una sensazione così intensa da risultare insopportabile, ma allo stesso tempo assolutamente inevitabile³⁶. «[...] la paura del parto è una paura complessa, ancestrale, ma che ha assunto note particolari nella società attuale; è paura del dolore da parto, ignoto e temuto perché la sua gestione non è più trasmessa dalle precedenti generazioni, la cui modalità di parto era completamente differente; è paura delle complicanze da parto, soprattutto neonatali, verso cui la moderna ostetricia non dà certezze ma tende ad amplificare [...]; è paura per le lacerazioni da parto, per l'episiotomia³⁷, per le sequele sulla sessualità e l'incontinenza»³⁸. Ma la paura colpisce anche chi deve assistere la donna durante il parto, come le ostetriche, «per le eventuali complicanze di cui si sentirà responsabile, o sarà in ogni caso ritenuto responsabile»³⁹.

Nella nostra società tecnologizzata è sempre più difficile, se non addirittura impossibile, sottrarre la gravidanza alla medicalizzazione: la gravidanza e la sua medicalizzazione sono due concetti ormai inscindibili nelle menti di tutte le donne e di tutti i medici. Per diverse vie e per molti anni, le donne sono state educate a temere il parto per via vaginale e ad avere paura del travaglio e del dolore che lo accompagna. La strada più facile per evitare questa traumatica esperienza è richiedere il taglio cesareo. Ma una tale richiesta, oggi sempre più frequente, pone seri problemi sul piano etico-culturale (cfr. parr. 8.5-8.6). Si è infatti rotto l'antico legame tra la donna e il parto, un rapporto che si pensava indissolubile, se non altro perché assecondava le leggi della Natura⁴⁰.

Oggi, quando parliamo di parto, ci troviamo di fronte a concetti quali *prestazione, servizio, tecnicità*, totalmente estranei a quella che era la solidarietà femminile di un tempo, che vedeva la richiesta d'aiuto di una donna venire soddisfatta dalla collaborazione disinteressata di un'altra donna⁴¹ (cfr. Cap. 9). Essendo andata persa l'*arte dell'assistenza al parto*, ecco che il parto naturale è diventato qualcosa da evitare, per sfuggire ai suoi aspetti più negativi: «la facile invasività del corpo, lo scarso rispetto dell'intimità, il pudore ignorato e violato, il lettino da parto, le forbici pronte per il taglio [...], i fili pronti

³⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 119.

Nella Bibbia, Dio stesso condanna la donna a partorire con dolore (*Genesi* 3,16). L'incapacità di gestire le sensazioni dolorose, correlata alla perdita di senso del dolore, costituisce uno degli argomenti di Ivan Illich contro la medicina moderna (cfr. parr. 2.9-2.12).

³⁷ Cfr. nota 8.

³⁸ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 119.

³⁹ Ivi, cit. p. 119.

⁴⁰ Ivi, pp. 119-120.

⁴¹ Ivi, p. 120.

per cucire»⁴², la possibile presenza di giovani medici che assistono per imparare.

In uno studio pubblicato nel 2007, l'eccessivo ricorso al taglio cesareo nel nostro Paese fa parlare di tale pratica come di una vera e propria "epidemia", pur con qualche differenza tra il Nord, il Centro e il Sud⁴³. Secondo dati ISTAT, citanti fonti ministeriali, nel 2003 l'Italia risultava il Paese dell'Unione Europea con il più alto numero di tagli cesarei eseguiti, pari al 36,9% dei parti totali⁴⁴. Il costante incremento di questa pratica – si è passati dal 29,9% del totale nel quinquennio 1995-1999 al 35,2% nel quinquennio 2000-2004⁴⁵ – è dovuto a vari fattori tra loro connessi: l'aumento dell'età alla nascita dei figli implica un maggior numero di gravidanze a rischio, che a sua volta favorisce il ricorso a una medicina preventiva, assecondato dalla sempre maggiore sicurezza delle procedure chirurgiche. Questo incremento spropositato dei parti per via chirurgica, però, non è dovuto solo ed esclusivamente all'aumento delle gravidanze patologiche, ma anche a fattori socioculturali: la volontà dei medici, le pressioni delle aziende ospedaliere e non ultime – forse è questo il dato più preoccupante – le richieste delle pazienti stesse⁴⁶. Queste ultime, soprattutto, costituiscono un elemento anomalo, perché si tratta di richieste che non hanno una motivazione medica. Siamo giunti al punto che, in qualche modo, la volontà della donna prevale sul sapere medico; per questo si impone una revisione del rapporto medico-paziente e dei principi bioetici dell'autonomia, della beneficenza e della non maleficenza (cfr. par. 3.5).

⁴² Ivi, cit. p. 120.

⁴³ C. Di Priamo, *I parti con taglio cesareo: fattori territoriali, organizzativi e ruolo delle donne*, in AA. VV., *Genere, famiglia e salute*, Franco Angeli 2007, pp. 502-518.

⁴⁴ AA. VV., *Gravidanza, parto, allattamento al seno - 2004-2005*, ISTAT 2006, p. 4; C. Di Priamo, *I parti con taglio cesareo: fattori territoriali, organizzativi e ruolo delle donne*, in AA. VV., *Genere, famiglia e salute*, Franco Angeli 2007, pp. 502-518.

In Paesi come la Germania, la Francia e il Regno Unito la percentuale si attesta al di sotto del 25%, così come la media della UE (23,7% nel 2002). Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i tagli cesarei non dovrebbero nemmeno superare il 15% dei parti totali (C. Di Priamo, *I parti con taglio cesareo: fattori territoriali, organizzativi e ruolo delle donne*, in AA. VV., *Genere, famiglia e salute*, Franco Angeli 2007, pp. 502-518).

⁴⁵ AA. VV., *Gravidanza, parto, allattamento al seno - 2004-2005*, ISTAT 2006, p. 5.

⁴⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 125.

Dati come quelli dei Paesi Bassi e della Danimarca (incidenza dei tagli cesarei pari al 13,5%) dimostrano come il ricorso alle modalità di parto più medicalizzate non sia imposto dal progresso medico-scientifico quanto dovuto a un atteggiamento culturale.

8.5. La richiesta del taglio cesareo come problema etico

Il continuo aumento dei tagli cesarei su richiesta trae origine dal «cambiamento culturale indotto dalla medicina attuale che sta modificando il comportamento sociale nei confronti della maternità, della gravidanza, del parto, dell'allattamento»⁴⁷. Imponendo ai medici il rispetto della libera scelta della donna ci si augurava un ritorno al parto naturale; inaspettatamente, si è avuta invece un'esuberante domanda di parto medicalizzato, un'imprevista «richiesta di taglio cesareo senza indicazione medica»⁴⁸ che ha colto di sorpresa gli stessi ginecologi⁴⁹. Il fenomeno «nasce in maniera tanto sorprendente ed inopportuna che, nel momento in cui la critica sociale e femminile è molto forte nei confronti dello spropositato numero di tagli cesarei effettuati dagli ostetrici, silenziosamente ed inaspettatamente le donne gravide chiedono di loro il taglio cesareo mettendo in discussione l'autorità medica, stizzendo i ginecologi [...] e sollevando così problemi di liceità etica»⁵⁰: richiedendo da sé una vera e propria operazione chirurgica, la donna ridimensiona il ruolo del medico, che ha sempre ritenuto spettasse solo a lui consigliare o decidere interventi così invasivi.

Sul piano bioetico si tratta, a tutti gli effetti, di una richiesta nuova nel suo genere. Il principio di autonomia, nato a tutela del paziente, affinché il medico non potesse imporgli alcun trattamento senza il suo consenso, viene in questo caso interpretato in chiave attiva: si è passati dalla facoltà di rifiutare un intervento medico alla possibilità di sottoporsi *volontariamente* ad esso. Assistiamo infatti a «una richiesta di intervento medico in assenza di indicazione medica»⁵¹, sulla base dell'assunto che la donna di oggi ha il diritto di decidere per se stessa e quindi anche il diritto di scegliere in che modo dare alla luce il proprio figlio⁵². Spesso il medico che deve effettuare il taglio cesareo non concorda con

⁴⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 127.

⁴⁸ Ivi, cit. p. 127.

⁴⁹ Nel 1998, nelle Marche, fu varata una legge regionale che aveva tra i suoi obiettivi quello di garantire «la partecipazione consapevole e attiva della donna alla scelta del parto da effettuare» (Legge Regionale n.22 del 27 luglio 1998: *Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino speditizzato*. Citata in: L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 132). L'intento del legislatore era frenare il dilagare dei tagli cesarei, cercando di favorire il parto spontaneo. In realtà, le statistiche relative agli anni successivi dimostrano che si è verificato l'esatto contrario, con un progressivo aumento dei tagli cesarei su precisa richiesta delle partorienti. Dati molto vicini a questi sono stati ricavati anche da studi effettuati in Inghilterra (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 132-133).

⁵⁰ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 127.

⁵¹ Ivi, cit. p. 127.

⁵² Non si pensi che il taglio cesareo sia scelto soprattutto dalle donne meno informate e più inclini a lasciarsi influenzare dal loro ginecologo: tra le partorienti che lo richiedono, infatti, troviamo spesso anche le donne

tale richiesta della donna: quindi il principio di autonomia messo in discussione, paradossalmente, è quello del medico⁵³. Il fatto che sempre più spesso siano donne giovani e sane a richiedere il taglio cesareo, magari per timore di subire delle lacerazioni vagino-perineali, è sintomo del lento imporsi di «un nuovo modello decisionale alternativo a quello fondato oggi troppo spesso su un ancora diffuso paternalismo»⁵⁴. La donna non si affida più ciecamente al medico, ma si informa e prende autonomamente decisioni meditate e ponderate.

Risulta difficile conciliare la richiesta del taglio cesareo con i principi bioetici basilari. La stessa Federazione Internazionale dei Ginecologi e degli Ostetrici (FIGO) «ha chiaramente stigmatizzato che il taglio cesareo per ragioni non mediche è eticamente non giustificabile»⁵⁵. Marsden Wagner sintetizza il problema descrivendo il parto vaginale come la logica conseguenza della gravidanza, stato di cui la donna deve assumersi la responsabilità, senza farla ricadere sul medico chiedendogli di farle avere un parto non naturale⁵⁶.

«In termini bioetici la decisione di acconsentire o meno ad una richiesta di taglio cesareo dovrebbe essere esaminata sulla base di tre fondamentali principi: autonomia, beneficenza, non maleficenza»⁵⁷ (cfr. par. 3.5). Poiché la loro applicazione diventa difficoltosa in un ambito in cui non esiste una distinzione netta tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, è più opportuno «ragionare in termini di probabilità di rischio e di accettazione di rischio; e se la persona esperta nel quantificare il grado di rischio è il medico, la persona che deve scegliere l'accettazione del rischio non può che essere la donna»⁵⁸. Secondo Chiechi, è necessario che le due autonomie coinvolte, quella del medico e quella della partorientente, si implementino a vicenda, ma in ogni caso la decisione finale su quale sia la scelta migliore deve spettare sempre alla donna⁵⁹.

A rendere controverso il taglio cesareo è il fatto che esso «rappresenta l'espressione non di una serie di motivazioni eticamente corrette ma di elementi fortemente

medico (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 128). Poiché le stesse ginecologhe incinte lo richiedono frequentemente, non meraviglia che poi non lo neghino alle loro pazienti (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 136).

⁵³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 128.

⁵⁴ Ivi, cit. p. 131.

⁵⁵ Ivi, cit. p. 134.

⁵⁶ M. Wagner, *Choosing caesarean section*, *The Lancet* 2000, 356: 1677-1680. Citato in: L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 134.

⁵⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 130.

⁵⁸ Ivi, cit. p. 131.

⁵⁹ Ivi, p. 131.

conflittuali»⁶⁰. Qui non si tratta del diritto a una prestazione medica, diritto che non può essere messo in discussione se legittimo, cioè se rispetta i fondamentali principi bioetici. «È l'imporsi come via alternativa al parto vaginale che allarma; il taglio cesareo è nato ed è rimasto fino ad ora un intervento imposto dalla necessità, da una patologia, indispensabile per far fronte ad una emergenza o per salvare una vita. Una conquista medica»⁶¹. Insomma «ha sempre avuto una indicazione medica, non è mai stato considerato una via alternativa al parto naturale. La vera novità è oggi invece proprio questa ed è una novità culturale»⁶².

8.6. La richiesta del taglio cesareo da una prospettiva culturale

Il taglio cesareo, evitando il travaglio, elimina di conseguenza tutti i rischi ad esso correlati. La medicina, negli anni, ha fatto pervenire alle donne numerosi messaggi in cui il taglio cesareo era indicato come la soluzione migliore per garantire un parto sereno sia per la madre che per il figlio, in grado di eliminare definitivamente complicazioni, lacerazioni e inutili sofferenze. Tali messaggi hanno richiesto del tempo per essere assimilati nell'immaginario collettivo, ma ormai non c'è da stupirsi se le donne sono convinte della validità di queste tesi e vedono perciò il taglio cesareo come la modalità di parto in assoluto più sicura e meno dolorosa: come detto, «oggi il parto spontaneo spaventa e il taglio cesareo rassicura»⁶³ (cfr. par. 8.4). Si è giunti a questa situazione proprio perché «molti ginecologi hanno cominciato a preferire il taglio cesareo ed abbandonato la via vaginale perché meno rischioso in molti casi e perché tecnicamente più controllabile in tutti i casi»⁶⁴. Così, come «la medicina ha convinto la donna a sottoporsi al taglio cesareo perché più sicuro per madre e figlio, oggi per gli stessi motivi la donna stessa lo richiede; la prospettiva che si possa arrivare a sottoporre tutte le donne al taglio cesareo allarma medico e società, ma inevitabilmente si raccoglie quello che si semina»⁶⁵. «In definitiva il taglio cesareo rappresenta soltanto il [...] prodotto di un

⁶⁰ Ivi, cit. p. 128.

⁶¹ Ivi, cit. p. 129.

⁶² Ivi, cit. p. 130.

⁶³ Ivi, cit. p. 135.

⁶⁴ Ivi, cit. p. 130.

⁶⁵ Ivi, cit. p. 130.

cammino iniziato negli anni Cinquanta mirante non a rispettare e migliorare il percorso naturale della maternità ma a sostituirlo con l'intervento tecnologico»⁶⁶.

Ora i medici sono più restii ad assecondare tale richiesta: la stessa medicina che prima imponeva il taglio cesareo, lo nega ora che le è a sua volta “imposto” sotto forma di legittima scelta della donna⁶⁷. Ma questo rifiuto comincia ad essere visto come l'atteggiamento ingiusto e arrogante di chi teme solo una riduzione della propria autorità e della propria autonomia professionale⁶⁸.

Come più volte detto, quello del taglio cesareo è un problema culturale. In un certo senso possiamo affermare che nell'età moderna il parto è stato inserito in un percorso di “naturalità tecnologica”, per cui anche il parto per via chirurgica, ormai, è visto solo come un'ulteriore tappa della “tecnicizzazione” della biologia umana, lanciata verso una medicalizzazione totale che non sembra spaventare ma, anzi, sembra quasi essere auspicata⁶⁹. «[...] il parto è stato medicalizzato dovunque e comunque; si partorisce in ospedale in sale travaglio che si trasformano in sale operatorie; l'ambiente del parto attuale è quello ospedaliero [...] dove di naturale rimane poco anche nel parto vaginale; si svolge con i tecnici ed i superspecialisti, con le anestesie, le episiotomie, le suture, la cardiocografia»⁷⁰. Tra parto vaginale e taglio cesareo la differenza, in termini di naturalità, si assottiglia sempre più: l'unico dettaglio che ancora li distingue è il “varco” da cui il neonato viene alla luce, per il resto sono coinvolte le stesse persone, che agiscono negli stessi luoghi, seguendo le stesse rigide procedure e impiegando la stessa strumentazione tecnica. Anche nel parto vaginale l'assistenza medica ha ormai un ruolo così preponderante da fargli «oggettivamente [perdere] i criteri di fisiologicità e naturalità»⁷¹. Per questo Chiechi si chiede: «Come può [una donna] sostenere credibilmente che la gravidanza è un evento naturale nel momento in cui se ne occupa un medico, [che] la riempie di esami e medicine, la ricovera, la prepara per un intervento chirurgico?»⁷² Chiechi identifica il colpevole di questa situazione nella moderna ginecologia, che spesso sembra dimenticare che «utilizzare le conoscenze scientifiche e la

⁶⁶ Ivi, cit. p. 135.

Conseguenza non secondaria di questo processo è stata la perdita di autonomia dell'“arte” ostetrica e la sua istituzionalizzazione nelle strutture ospedaliere.

⁶⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 131.

⁶⁸ Ivi, p. 130.

⁶⁹ Ivi, p. 134.

⁷⁰ Ivi, cit. p. 134.

⁷¹ Ivi, cit. p. 135.

⁷² Ivi, cit. p. 160.

crescita culturale per assecondare la biologia femminile è l'obiettivo a cui dovrebbe tendere»⁷³.

La donna rivendica sempre più il diritto alla propria autonomia, esercitando una libertà attiva che si manifesta sotto forma di richiesta di una prestazione. Il problema etico che si pone è «in quale percorso si inserisce questo diritto e questa richiesta, se in un percorso di “umanità” o in un percorso di medicalizzazione; il mondo della natura è il mondo della persona e degli affetti, dei legami familiari e della complessità biologica, della variabilità e della mutevolezza»⁷⁴, dell'imprevedibilità e delle difficoltà. «Quanto il rischio debba essere tenuto fuori, quanto il malformato evitato [...] fa parte della propria formazione, cultura, crescita, credo»⁷⁵.

Come già più volte ribadito, il taglio cesareo è nato come procedura d'emergenza, non certo come alternativa, tutto sommato equivalente, al parto naturale. Se l'intervento fosse effettivamente eseguito solo per il bene della donna e del nascituro, esso non avrebbe scatenato tutti gli interrogativi e i dubbi che invece sono sorti già da decenni. Siamo spettatori di uno scontro tra due culture cominciato agli inizi del Novecento: una «vede la gravidanza, il travaglio ed il parto come dei processi fisiologici che dovrebbero procedere senza interferenza in assenza di specifiche complicazioni e che trova principale sostenitrice l'ostetrica»⁷⁶, l'altra «vede il taglio cesareo come una maniera alternativa al parto spontaneo e che pertanto può essere proposto o preferito come tale»⁷⁷ (cfr. par. 9.3).

La questione dell'eticità del soddisfare la richiesta di taglio cesareo è quindi aperta. Senza che le loro autonomie collidano, il medico ha il dovere di non ostacolare la libera scelta della donna, il dovere di non rifiutarsi di esaudire la sua richiesta anche nel caso in cui l'intervento da lei scelto non lo trovasse d'accordo, il dovere di non proporre un intervento non strettamente necessario. Il suo primo compito è aiutare la donna e renderla pienamente consapevole e responsabile delle proprie scelte e delle relative conseguenze, compito sicuramente più agevole se le suddette scelte saranno state spontanee e non

⁷³ Ivi, cit. p. 163.

⁷⁴ Ivi, cit. p. 136.

⁷⁵ Ivi, cit. pp. 136-137.

Oltretutto, nonostante il parto naturale le terrorizzi, le donne dovrebbero ricredersi sulla sicurezza del parto chirurgico, che non è affatto una certezza assoluta: la mortalità materna ha anzi percentuali più elevate, senza contare che è possibile l'insorgere di complicazioni nelle gravidanze successive al primo taglio cesareo. Inoltre, non tutti i medici sono concordi sul fatto che venire alla luce attraverso il ventre materno sia per il bambino la soluzione migliore in assoluto (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 137).

⁷⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 141.

⁷⁷ Ivi, cit. p. 141.

pilotate⁷⁸.

Non si può infine evitare di considerare le implicazioni legali della questione. Se un medico accetta di praticare un taglio cesareo su richiesta della donna, senza reali motivazioni mediche, e dall'operazione derivassero gravi conseguenze per la madre o per il figlio, per la legge egli risulterebbe essere l'unico responsabile. Allo stesso tempo, però, optare per un parto chirurgico gestito garantirebbe al medico un maggior controllo sul parto stesso, in modo da limitare al minimo eventuali complicazioni, con le loro inevitabili ripercussioni giudiziarie⁷⁹: oggi, lo stesso medico che viene accusato dalla società di praticare troppi cesarei, corre il rischio di essere condannato dalla legge per non averne praticati abbastanza⁸⁰.

⁷⁸ Ivi, pp. 138-139.

⁷⁹ Ivi, p. 139.

Si tratta di un caso emblematico di "medicina difensiva".

⁸⁰ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 140.

9. Donne che aiutano le donne: la figura dell'ostetrica

9.1. L'arte ostetrica: cenni storici

Nel mondo occidentale è in atto un ridimensionamento quantitativo¹, ma soprattutto qualitativo, della professionalità delle ostetriche. L'arte ostetrica è stata progressivamente accantonata e privata del proprio ruolo sociale. Ma come ci ricorda Luigi Mario Chiechi, «spazzando via l'arte ostetrica si è cancellata una cultura millenaria, un modo di concepire la biologia femminile e le sue espressioni fondato su una concezione [anch'essa] femminile e sul rispetto della natura e del corpo [delle donne]»². Il parto è stato per millenni «un'esperienza esclusivamente femminile: le donne partorivano con l'aiuto di altre donne con una ritualità che si tramandava per linee femminili»³. Non poteva essere che così, in società in cui i confini tra “mondo degli uomini” e “mondo delle donne” erano chiari e netti e i rispettivi spazi di azione erano delimitati in modo preciso⁴. Nei casi in cui era necessario un aiuto che provenisse dal di fuori del nucleo familiare, si faceva ricorso a una levatrice (o “mammana”), donna anch'essa, che assisteva la partoriente in modo olistico, occupandosi non solo degli aspetti “materiali” del parto, ma anche di quelli psicologici ed emozionali. L'arte ostetrica delle levatrici era tramandata per via femminile, di madre in figlia oppure a un'allieva; non esisteva alcuna formazione che non fosse l'esperienza diretta, l'unica vera scuola erano l'osservazione attenta e la pratica. La figura della levatrice apparteneva all'immaginario collettivo e la sua importanza è testimoniata anche dalla storia dell'arte, se consideriamo che fino al Rinascimento una levatrice compariva abitualmente anche nelle raffigurazioni della Natività⁵.

L'ostetricia tradizionale, quella delle antiche levatrici, «accusata di ignoranza e

¹ In Italia, dal 1985 al 2005, il numero delle ostetriche è diminuito del 6,9% (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 154).

² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. pp. 154-155.

³ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 24.

⁴ La distinzione culturale tra i due sessi si faceva sentire fin dalla nascita, tanto che, in ambito europeo, l'acqua con cui veniva lavato ogni nuovo nato veniva sparsa fuori casa se il bimbo era maschio, oppure versata sul focolare se si trattava di una femmina.

⁵ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 23-24.

pericolosità[,] è stata espropriata della sua arte dalla ostetricia medica»⁶ quando quest'ultima ha dato prova, con l'ausilio della tecnica, «di saper tutelare meglio gli interessi del feto stabilendo che questo era l'interesse primario indipendentemente da qualsiasi considerazione del corpo materno»⁷. Da quel momento, l'esistenza delle levatrici sarà sempre più precaria e segnata, fino ad arrivare all'istituzionalizzazione della loro attività, inquadrata in uno schema gerarchico che oggi le vede sottomesse ai medici in qualità di ostetriche⁸.

Le cose per loro iniziarono a cambiare tra la fine del Medioevo e l'inizio dell'Età Moderna, quando entrò in crisi il modello culturale basato sul *sapere empirico*, di cui le levatrici erano esponenti, a favore di quello fondato sul *sapere teorico e tecnico*, derivante da un'istruzione regolare, dalla quale le donne erano escluse. Si giungerà così a fenomeni estremi, come quello della “caccia alle streghe”, che coinvolgerà anche le levatrici, perché attorno al loro sapere e al loro agire si insinuò spesso il sospetto di stregoneria, di rituali magici non approvati dalla Chiesa. Tra il Cinquecento e il Seicento «la figura della strega e della levatrice assunsero un valore simbolico: la strega divenne il simbolo del disordine della natura, che richiedeva il controllo e il dominio dell'uomo, la levatrice simboleggiava invece l'incompetenza della donna a gestire la riproduzione umana, che doveva pertanto esserle sottratta a favore di una figura professionale riconosciuta: il medico»⁹.

Fu la visione meccanicistica cartesiana¹⁰ ad aprire «la strada alla “mascolinizzazione” del pensiero scientifico e all'intervento dell'uomo nell'universo femminile del parto»¹¹. Anche in caso di parti naturali, infatti, si iniziò a richiedere l'assistenza di chirurghi – che non potevano che essere maschi – considerati più preparati delle levatrici¹²; essi furono i primi uomini a entrare in un campo che fino ad allora era stato di esclusiva competenza femminile. Con l'arrivo del chirurgo ai piedi del letto della partoriente nasceva un nuovo

⁶ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 155.

⁷ Ivi, cit. p. 155.

Mentre nel passato il corpo della donna era “sacrificato” al fine di dare la più numerosa progenie possibile, ora si immola all'interventismo medico – che spesso lo subordina al feto che contiene – e seguendo questa linea di pensiero «può essere disteso, tagliato, divaricato, invaso, per fornire il miglior prodotto» (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 155).

⁸ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 25-26.

⁹ Ivi, cit. p. 26.

¹⁰ Con Cartesio si cessò di vedere la natura come un organismo vivente e si iniziò a considerarla – e di conseguenza a trattarla – come una macchina, indagando le leggi fisiche che la regolavano.

¹¹ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 26.

¹² I medici erano stati chiamati in causa anche per cercare di porre un freno alla mortalità perinatale, allora molto elevata, ma ciò, almeno in prima battuta, non avvenne.

sapere, l'ostetricia medica, accompagnato da tecniche e strumenti che moltissime levatrici non vollero o non riuscirono ad adottare. Il forcipe, che in seguito diventerà lo strumento ostetrico per eccellenza, fu introdotto proprio in questo periodo, da questa nuova medicina alle prime armi con la gravidanza¹³.

Si crearono scuole per dare un'istruzione "scientifica" alle levatrici, dalle quali usciva una figura nuova, a cavallo tra innovazione e tradizione. Uno dei suoi compiti era trasmettere alle donne che assisteva i valori della medicina moderna, primo fra tutti la sicurezza, un elemento sconosciuto alla tradizione popolare, pervasa dal fatalismo¹⁴. Il parto, già allora, veniva così privato della sua connotazione naturale per diventare qualcosa che richiede competenze mediche professionali. Se, da una parte, il ruolo delle levatrici era ridimensionato rispetto al passato, dall'altra esse vedevano allargarsi il loro raggio d'azione: dovevano occuparsi della salvezza e della salute della madre e del neonato – dovevano cioè diffondere nella popolazione i principi basilari di ostetricia, di pediatria, di puericoltura – e dovevano fare da mediatrici tra il mondo dei medici e la gente comune. La levatrice diventò così un «intermediario tra la popolazione e l'istituzione medica»¹⁵. Andava affermandosi, tra queste levatrici "istituzionali", una nuova coscienza professionale; tuttavia esse avevano l'arduo compito di "imporsi" sulle vecchie mammane, ancora legate ai metodi tradizionali e il cui lavoro era privo di qualsiasi riconoscimento ufficiale. Non sarebbe stato affatto facile, perché nella popolazione, soprattutto quella contadina, c'era molta riluttanza ad adeguarsi alle pratiche innovative da loro proposte¹⁶.

9.2. La "caccia alle ostetriche" da parte della medicina

Nel 1728 Vittorio Emanuele II inaugurò a Torino un ospedale che, per la prima volta in Italia, ospitava un intero reparto di Ostetricia, dedicato all'insegnamento "ufficiale" della

¹³ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, pp. 26-27.

¹⁴ Ivi, pp. 29-30.

"Sicurezza" è un termine che riecheggia ancora nelle nostre menti, nella nostra epoca, nella nostra medicina, un concetto che pervade l'immaginario di tante donne di oggi, convinte che il parto in ospedale sia l'unico parto sicuro e che ad esso non esistano alternative prive di pericoli.

¹⁵ F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 31.

¹⁶ Ivi, p. 36.

professione ostetrica¹⁷. Nacque così la prima scuola per ostetriche italiana. Ciò decretò, anche nel nostro Paese, la fine della professione autonoma della levatrice, «che si era da sempre occupata del parto e degli “affari di donne”»¹⁸. «Il sapere rituale, religioso e simbolico connesso alla nascita fu etichettato [come] rozzo, primitivo e pericoloso»¹⁹; l’atteggiamento umano, quasi mistico, delle levatrici fu soppiantato da quello medico-scientifico dell’ostetricia moderna. Il compito di insegnare alle ostetriche fu affidato ai medici: si trattava di un insegnamento fatto sempre più di nozioni e sempre meno di cultura e anche questo contribuì alla perdita di naturalità della gravidanza e del parto a favore della loro progressiva medicalizzazione e ospedalizzazione²⁰. L’indottrinamento delle future ostetriche a opera dei medici ha ridotto l’arte ostetrica a una “sottoprofessione”, perché propria di una figura da considerare «non *accanto* a quella del medico ma *sotto*»²¹, subordinata, portatrice di una conoscenza limitata, inferiore a quella del medico.

In precedenza le conoscenze ostetriche, come detto, si tramandavano da donna a donna, ma non tutte le donne erano idonee a svolgere questo “mestiere”; non per niente era considerato una vera e propria *arte*: non ci si improvvisava levatrici, era necessario possedere un talento naturale. Ciò che i medici insegnavano nei corsi ufficialmente riconosciuti, invece, non aveva nulla del *pathos* dell’ostetricia tradizionale e l’unica vera “arte” che era d’obbligo riconoscere era quella medica, che in realtà è quanto di più lontano dall’arte si possa immaginare. Gli stessi insegnanti erano scettici riguardo alle competenze necessarie alle ostetriche e a causa di questo pregiudizio non fornivano loro un insegnamento completo, paragonabile a quello offerto agli aspiranti medici, ma semplificato, frammentario, volto più a prepararle alla gestione pratica del parto ospedaliero piuttosto che a istruirle sui suoi meccanismi e sulle sue basi biologiche²².

Con il suo accanimento verso le ostetriche – Marsden Wagner parla apertamente di “globale caccia alle streghe”²³ – la medicina è riuscita là dove aveva fallito l’Inquisizione secoli prima, estirpando un sapere millenario e trasformando il modo in cui si guarda al

¹⁷ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 155.

¹⁸ Ivi, cit. p. 155.

¹⁹ Ivi, cit. p. 155.

²⁰ Ivi, p. 156.

²¹ Ivi, cit. p. 156.

²² Ivi, pp. 156-158.

Secondo Chiechi, nei moderni Corsi di Laurea in Scienze Ostetriche, la situazione non è molto cambiata.

²³ M. Wagner, *A global witch-hunt*, *The Lancet* 1995, 346: 1020-1022. Citato in: L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 158.

parto e alla maternità: non più eventi intimi e naturali ma stati patologici da medicalizzare. Riconducendo il parto a un semplice evento biologico – e quindi biomedico – non c’era più spazio per tutto lo spessore culturale ed emozionale che l’ostetrica era in grado di fornire alla partoriente: la donna si è dovuta affidare a procedure più fredde ma da lei percepite come più sicure, che l’hanno condotta ad accettare la “malatizzazione della gravidanza”. L’ulteriore ridimensionamento, in tempi recenti, della figura dell’ostetrica ha compromesso ancor più il legame tra medico e gestante, diventato sempre meno umano e sempre più asettico e impersonale²⁴.

Secondo Barbara Duden, alle ostetriche di oggi viene imposto di assumere, nei confronti del parto, gli atteggiamenti di fondo del nostro tempo²⁵. Essi portano alle conseguenze descritte nei capitoli precedenti, che Duden riassume come segue. «La gestante ha appreso di essere incinta dopo un’analisi di laboratorio, non dai movimenti del bambino. Anche per lei la gravidanza è un referto. La sua condizione è verificata più volte con una serie di esami del sangue, ecografie, esplorazioni interne. Il suo stato di salute diventa anche per lei un accertamento oggettivo, indipendente dalle sue percezioni. [...] è coinvolta in un programma intensivo di formazione. Sotto i suoi occhi il medico sottopone il feto a un gran numero di accertamenti generatori di ansie e dubbi. [...] Ha imparato a non fidarsi delle apparenze»²⁶. Questo per quel che riguarda la futura madre; ma anche l’ostetrica è coinvolta in un meccanismo opprimente che mira al controllo, su basi tecnico-scientifiche, di un evento naturale come il parto. «Per settimane si attende il termine della gravidanza in base al giorno calcolato secondo il calendario dell’ostetrica. Fino al XVIII secolo [...] sembrava ovvio che fosse il *nasciturus* a decidere quando uscire da un involucro ormai troppo stretto. [...] Oggi l’ostetrica viene addestrata a controllare, orologio alla mano, lo svolgimento di un processo. Prima, alla levatrice e alla madre era concesso aspettare, sperare e farsi cogliere di sorpresa. Il loro atteggiamento [...] non era indotto dalla prognosi basata sul decorso medio della gravidanza, rilevato statisticamente»²⁷. Durante tutto il ciclo, inoltre, l’ostetrica deve prendere più volte delle decisioni e deve rispondere della mancata effettuazione di eventuali interventi²⁸.

²⁴ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 159.

²⁵ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, p. 125.

²⁶ Ivi, cit. pp. 125-126.

²⁷ Ivi, cit. p. 126.

²⁸ Ivi, p. 126.

Per le ostetriche di un tempo «l'arte dell'ostetricia non era, come oggi, in contrasto con quella pazienza che appartiene all'essenza stessa dell'“aiuto” al parto, una pazienza intuitiva, empatica, sapiente, che incoraggia e predispone all'attesa»²⁹. Ma perché le ostetriche di oggi non vivono più l'assistenza al parto come quelle di un tempo? Secondo Duden, «lo svolgimento pianificato e ritualizzato del parto odierno rende superfluo il coraggio che le due donne [ostetrica e partoriente] dovevano avere per fidarsi l'una dell'altra. [...] In questa perdita si rispecchia il declino di un atteggiamento, non di una capacità»³⁰ intesa come competenza tecnico-scientifica, che è anzi sicuramente maggiore nelle ostetriche di oggi rispetto alle levatrici del passato.

Una levatrice era in grado di seguire in completa autonomia una gravidanza e un parto “fisiologici”, cioè privi di complicazioni³¹; inoltre, conosceva molto meglio di un medico o di un'ostetrica «le dinamiche ambientali, familiari, psicologiche, di coppia, culturali; [...] quando si è tolto tutto il resto è rimasta solo la tecnica; sono rimaste solo le conoscenze scientifiche, inferiori a quelle del medico»³². Le moderne ostetriche ospedaliere hanno perso la capacità di gestire le importantissime componenti psicoculturali della gravidanza e del parto: un'ostetrica di oggi assiste la partoriente tra le mura per lei ostili di un ospedale, la tratta come se fosse malata, la predispone al parto in maniera da facilitare l'azione del medico a scapito della sua stessa serenità³³. «Ostetrica e partoriente si adattano al modello “produttrice/consumatrice di un servizio”, al modello “professionista/paziente”»³⁴: il loro rapporto assomiglia sempre più a quello esistente tra medico e paziente³⁵.

²⁹ Ivi, cit. p. 126.

³⁰ Ivi, cit. p. 127.

³¹ Se oggi, per un'ostetrica, è impossibile agire in autonomia come in passato, è addirittura impensabile di praticare da libera professionista. Basti pensare, solo per fare un esempio, alle cause giudiziarie cui andrebbe incontro in caso di complicanze impreviste o incidenti (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, pp. 158-159).

³² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 160.

³³ Ivi, p. 160.

³⁴ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 127.

³⁵ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 162.

Fortunatamente oggi – come riscontrato in prima persona dalle testimonianze dirette fornite da alcune ostetriche (cfr. par. 9.4) – è in atto un'inversione di tendenza. Si sente l'esigenza di una riflessione, di un ripensamento, si avverte un bisogno sempre maggiore di fare un passo indietro, che si manifesta nella cosiddetta “umanizzazione del parto”. Accogliendo i padri in sala-parto e ricorrendo a tecniche di soppressione del dolore si tenta di allentare il più possibile la rigidità ospedaliera. Ma nonostante questi sforzi, la gestione del parto è «sempre mantenuta nella logica della medicalizzazione della gravidanza» (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, cit. p. 161). E né la medicina, né tantomeno la tecnica, riusciranno a rendere di nuovo alla gravidanza e al parto la loro “umanità” fintanto che non abbandoneranno la via della medicalizzazione e dell'antinaturalità (L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 161).

9.3. Il ruolo dell'ostetrica: qual era, qual è e quale dovrebbe essere

Le “vecchie” ostetriche – quelle, per intenderci, che hanno praticato fino al secondo dopoguerra – descrivono il loro lavoro «in modo preanatomico, tattile e non visivo»³⁶, frutto «di un'assistenza attiva»³⁷, lontana dall'esperienza distaccata delle ostetriche di oggi. Queste ultime sono inserite «in un tentacolare sistema di assistenza sanitaria»³⁸ che comporta una «spersonalizzazione del loro agire»³⁹; ciò provoca un senso di frustrazione che spinge molte di loro a schierarsi attivamente contro la medicalizzazione della gravidanza e a chiedersi se vi sia più ragionevolezza o più assurdità nella lunga sequela di controlli effettuati prima del parto⁴⁰. È inoltre facile rilevare, tra le ostetriche, una *misoiatría* diffusa, cioè una latente avversione ai medici, rei secondo loro di non cercare più il contatto umano con le pazienti.

La svalutazione del ruolo dell'ostetrica durante la gravidanza è collegata anche all'imporsi della tecnologia in ambito ginecologico: ormai le donne incinte si fidano più di un esame ecografico che delle mani delle ostetriche. Le macchine, ritenute essenziali dalle pazienti stesse (cfr. par. 7.4), hanno così contribuito a togliere valore al lavoro delle ostetriche, poiché esse non si avvalgono di simili strumenti, il cui uso è di competenza esclusiva dei medici o dei tecnici di laboratorio. «E la svalorizzazione del loro sapere operata dalla tecnica finisce con il mortificare anche la loro autostima»⁴¹.

Come detto nel capitolo precedente, anche la medicalizzazione del parto è costantemente in aumento e il gran numero di tagli cesarei praticati ne è una prova lampante. Ciò comporta, nelle ostetriche, una maggiore dimestichezza nell'affrontare le gravidanze patologiche rispetto a quelle fisiologiche: l'abbandono dell'arte ostetrica a favore della tecnica ginecologica ha portato a una situazione paradossale, per cui il personale dedicato all'assistenza al parto si è specializzato sulle complicanze da taglio cesareo e si rivela invece impreparato di fronte a quelle da parto spontaneo⁴². Anche per questo l'ostetricia moderna vede per sé un futuro incerto, rivolto verso la sicurezza

³⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 93.

³⁷ Ivi, cit. p. 93.

³⁸ Ivi, cit. p. 94.

³⁹ Ivi, cit. p. 94.

⁴⁰ Ivi, p. 94.

⁴¹ Ivi, cit. p. 97.

⁴² L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 135 e pp. 161-162.

tecnologica piuttosto che a un ritorno al parto naturale⁴³.

Esistono due correnti di pensiero riguardo al parto naturale: la prima, di stampo medico, ritiene «che solo l'assistenza medica ospedalizzata e tecnologizzata sia [...] in grado di assicurare la maggiore sicurezza [...] per madre e figlio»⁴⁴; l'altra, all'opposto, ritiene che il parto, essendo un evento naturale, è già di per sé “perfetto” e auspica quindi che l'interferenza “artificiale” sia ridotta al minimo. La posizione delle ostetriche viene spesso a trovarsi tra questi due estremi, poiché esse, sapendo quanto il parto possa costare sofferenza emotiva e dolore fisico, sono consapevoli che esso non è né una mera procedura clinica, né tantomeno un esempio di perfezione⁴⁵. Ecco perché ritengono giusto, anche da un punto di vista etico, che l'assistenza al parto torni ad essere quello che era in passato: l'aiuto spontaneo, partecipato e disinteressato offerto da una donna a un'altra donna.

Secondo Barbara Duden, «l'assistenza al parto è come il punto focale su cui converge la condizione della donna nella nostra società, dispensatrice di servizi altamente tecnologici; visto in questa prospettiva, l'accompagnamento al parto può essere descritto come un percorrere il crinale tra due forme di realtà. Con lo studio, gli esami e l'abilitazione l'ostetrica diventa [...] agente di un tentacolare sistema tecnico che crea il corpo, la donna, il feto, la salute, il rischio, la *safety* in quanto costrutti sociali»⁴⁶. Ma allo stesso tempo si può osservare come, nell'ostetrica, «il desiderio, spesso vivido, di aiutare la partoriente come [...] sorella, donna, si faccia strada, con fatica, attraverso il suo dovere e a volte persino contro il suo ruolo di dispensatrice di servizi. [...] Con la sua presenza, il suo esserci per un'altra donna, l'ostetrica in quanto persona può rivelarsi ancora una volta decisiva per la partoriente e per il bambino che viene al mondo»⁴⁷.

Per l'ostetrica è impossibile sfuggire, trovandosi al suo interno ed essendone ormai parte integrante, all'ambiente tecnico che oggi circonda l'evento della nascita; ma può tentare di restituire un corpo alla donna decorporeizzata⁴⁸ (cfr. par. 6.6). «Ricordare, rivivere, riscoprire ciò che era in passato l'assistenza al parto può dare [...] a ogni

⁴³ Ivi, p. 136.

⁴⁴ Ivi, cit. p. 162.

⁴⁵ Ivi, pp. 162-163.

⁴⁶ B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 127.

⁴⁷ Ivi, cit. p. 128.

⁴⁸ Ivi, p. 128.

ostetrica il coraggio, la fierezza e la pazienza per “aiutare” la donna a partorire»⁴⁹. Le ostetriche dovrebbero riappropriarsi dell’atteggiamento partecipe delle levatrici e dedicarsi all’assistenza delle future madri rammentandosi che «[...] la gravidanza è la condizione di una donna, non il programma tecnicamente sorvegliato e pilotato che istruisce la donna a percepirsi, per nove mesi, come “ambiente” in cui si svolge un processo i cui stadi sono gli emblemi della cultura collettiva: dall’uovo fecondato [...] fino all’embrione e al feto»⁵⁰. Dice ancora Duden, ricordando un’ostetrica olandese da lei conosciuta: «Da lei e da altre ostetriche ho imparato che anche una professionista di oggi può stare accanto alla donna che partorisce come faceva la levatrice di un tempo; e che anche in un ambiente profondamente condizionato dalla tecnica può trovare spazio l’incontro irripetibile di due donne»⁵¹. Quella stessa ostetrica sosteneva che «un parto non medicalizzato non è più o meno buono, non è più o meno gerarchizzato, è diverso»⁵², perché «l’assistenza al parto è un modo d’esserci reciproco che, semplicemente, non si può paragonare a nessun altro»⁵³.

9.4. “Pianifichiamo di più, ma riusciamo di meno”: la testimonianza di alcune ostetriche

Durante la stesura di questo scritto sono state intervistate tre ostetriche in servizio presso l’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale di San Donà di Piave, in provincia di Venezia. L’obiettivo era quello di conoscere il punto di vista privilegiato di chi è coinvolto in prima persona, suo malgrado, nei processi di medicalizzazione della gravidanza e del parto. Quelle che seguono sono alcune delle riflessioni e delle considerazioni raccolte nel corso di quei colloqui.

“Sempre più frequentemente la tendenza a medicalizzare ogni aspetto della salute,

⁴⁹ Ivi, cit. p. 128.

⁵⁰ Ivi, cit. p. 95.

⁵¹ Ivi, cit. p. 117.

Una testimonianza molto simile è stata raccolta in prima persona intervistando alcune ostetriche dell’Ospedale di San Donà di Piave (cfr. par. 9.4).

⁵² B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006, cit. p. 129.

⁵³ Ivi, cit. p. 125.

anche la gravidanza e il parto, è dovuta a motivi di gestione. Tutto ciò che si attiene a delle regole, che è tenuto sotto controllo, che è insomma “gestito” e “gestibile”, è più rapido, più sicuro e meno pericoloso dei lunghi e spesso imprevedibili processi naturali, che richiedono un tempo e un dispendio di energie di gran lunga superiori. Le cose che rispettano il loro corso naturale il più delle volte sono molto lente e risulta perciò più difficile riuscire a seguirle con la dovuta attenzione: nel caso di travagli davvero prolungati, ad esempio, non sempre si può garantire un’assistenza totale e costante. La propensione al controllo, quindi, è spesso condizionata anche dal fatto che il numero di partorienti è decisamente superiore a quello delle ostetriche disponibili: siamo assai lontani da un rapporto uno a uno, come invece poteva accadere nei tempi passati”.

“Spesso chi lavora in ospedale si sente “schiacciare” da regole che non condivide, perché gli ospedali sono ormai delle “aziende ospedaliere”. Questa sensazione è particolarmente diffusa tra noi ostetriche. Tuttavia non colpisce tutte le operatrici indistintamente: è infatti più facile che le nuove arrivate, con una preparazione universitaria alle spalle, siano più inclini alle leggi dell’azienda rispetto a quelle in servizio già da tempo, che incontrano più difficoltà nell’accettare regolamenti e direttive che portano più a medicalizzare che a curare”.

“Oggi le donne partoriscono pochi figli; una volta, invece, una donna nell’arco della sua vita poteva essere madre più e più volte. Ovviamente bisogna tener conto del fatto che erano tempi diversi, perché diversi erano la mentalità dominante e il ruolo delle donne nella società”.

“Oltre a quello strettamente medico-tecnologico, durante un parto è importante considerare l’aspetto psicologico, l’intesa che si instaura tra la partoriente e l’ostetrica, che ovviamente nasce solo se è cercata da entrambe le parti. Qualcuna tra noi sostiene che si crei qualcosa di “magico”, difficile da spiegare”.

“L’episiotomia è una piccola incisione trasversale praticata durante la fuoriuscita del bambino; può essere eseguita sia dal medico che dall’ostetrica. Oggi viene effettuata solo nel caso in cui se ne presenti la necessità, mentre un tempo era un’operazione di routine. Consiste nella recisione di un muscolo, per questo può avere delle controindicazioni e provocare l’insorgere di fastidi futuri. Ma se la vagina è troppo

piccola o se i tessuti non sono abbastanza elastici, è di certo preferibile rispetto a una lacerazione multipla, “a scoppio”, molto più dolorosa e distribuita in più punti. Per un buon esito dell’episiotomia, comunque, è importante che sia ben eseguita la sutura dell’incisione”.

“Durante il travaglio la donna non viene alimentata, perché in caso si dovesse ricorrere al parto cesareo potrebbero insorgere delle complicazioni: se la madre fosse nutrita, sotto sedazione potrebbe rigurgitare il cibo. È il medico a imporre di non alimentare la donna, che è totalmente soggetta alle sue direttive. Ma una madre non nutrita è più debole e di conseguenza anche il bambino ne risente”.

“Il parto con taglio cesareo viene richiesto dalla donna incinta o consigliato dal medico. Ma perché venga eseguito è necessario che la donna ne abbia veramente bisogno, cioè che rientri in determinati parametri. Una richiesta motivata dalla paura, non sempre può essere ascoltata. Il taglio cesareo è una vera e propria operazione chirurgica che si svolge in sala operatoria. A meno che non sia praticato d’urgenza, viene deciso “a tavolino”, procedendo a una serie di esami preliminari per poterlo eseguire in tutta sicurezza”.

“In caso di complicazioni durante il parto, il medico e l’ostetrica, collaborando, decidono insieme il da farsi; quindi i medici chiedono il parere delle ostetriche, si confrontano con loro, anche se poi la decisione finale spetta comunque al medico, è una sua responsabilità”.

“Nelle due ore successive al parto c’è pericolo di emorragia, provocata dal distacco della placenta dalla parete dell’utero. Perciò si trattiene la donna in sala-travaglio per almeno due ore, insieme al bambino o al compagno o alla madre. In fase previsionale si sottopone la donna a una terapia endovenosa, collegandola a una flebo che contiene una sostanza sintetica che eviti qualsiasi possibilità di emorragia. Se dopo il parto i muscoli dell’addome non si contraggono, ma rimangono rilassati, le opzioni sono due: o si agisce manualmente, stimolando la muscolatura all’irrigidimento, oppure, se ciò non produce risultati, si fa poppare il bambino al seno, di modo che venga sprigionata nell’organismo della madre una sostanza che aiuta i muscoli a tornare in sesto”.

Conclusione

Medicalizzare significa applicare «delle conoscenze e delle tecnologie mediche ad aspetti della vita che storicamente non erano considerati di pertinenza medica»¹. La medicalizzazione va di pari passo con il processo di modernizzazione: possiamo dire che essa sia nata quando si è imposta «a livello culturale l'accettazione della separazione tra *soma* e *psiche*, così come si è andata affermando nel pensiero scientifico occidentale»².

Ivan Illich è stato tra i primi a sostenere la tesi dell'*imperialismo medico*, scorgendo nell'emergente processo di medicalizzazione «l'imposizione di un potere unilaterale, che si realizza con l'affermarsi nella società dell'egemonia delle professioni mediche»³. Illich accusa la medicina di negare la salute e di essere d'ostacolo ad una vita sana, attraverso i tre fenomeni che egli ha battezzato *iatrogenesi clinica, sociale e culturale*. Poiché in ambito medico si ragiona in termini di parametri e di funzioni, si stilano tabelle e grafici, la medicalizzazione contribuisce alla definizione di ciò che è “normale” e di ciò che è “patologico”: tutto ciò che non rientra all'interno di certi standard viene considerato anomalo e quindi bisognoso di cure. Se una persona, un feto, un organo non rientrano nei tempi, nei diagrammi, nelle statistiche, saranno etichettati come “malati” o “a rischio”. Di fatto, noi siamo malati o soffriamo di qualcosa piuttosto che di qualcos'altro, solo se lo attesta un referto medico, se lo dichiara la medicina. Se siamo ricoverati in ospedale, passiamo da un ambiente che ci è proprio, familiare, a un luogo neutro e scientificamente organizzato: da persone diventiamo “pazienti”, “casi”, e in quanto tali non siamo *guardati*, ma *osservati* ed *esaminati*.

Prima che la società moderna facesse proprio lo sguardo scientifico, non era possibile vedere il corpo umano come “oggetto”: quando un medico curava qualcuno, lo trattava in modo “olistico”, come *persona* prima che come *malato*. I soggetti colpevoli di questo cambiamento di mentalità sono molteplici: i medici e le case farmaceutiche⁴, sicuramente, ma anche gli stessi pazienti, sia a livello individuale sia sotto forma di associazioni organizzate. Perché medicalizzare significa anche «creare consenso intorno alla natura

¹ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

² Ivi, cit. p. .

³ Ivi, cit. p. .

⁴ In particolare, l'industria farmaceutica è riuscita nell'intento di trasformare i pazienti in “clienti”.

oggettiva del corpo malato»⁵: in questo caso un ruolo di primordine è svolto dal singolo individuo, che accetta e “accoglie” la medicalizzazione, considerandola «parte e forma del diritto alla salute»⁶.

Si è infatti diffusa, nella società contemporanea, una tacita e fiduciosa accettazione della medicalizzazione della vita. Siamo ormai abituati a considerare del tutto “normali” gli interventi della *tecnica medica*, al punto da non ritenere più rilevante la distinzione tra ciò che è naturale e ciò che è artificiale. Quando parliamo di “tecnica” non dobbiamo commettere l’errore di identificarla soltanto con la tecnologia – le cui applicazioni sono comunque sempre più diffuse in ambito medico – poiché essa si manifesta anche in altri modi, ad esempio negli esiti della ricerca farmaceutica e dell’ingegneria genetica, che negli ultimi anni stanno vivendo una fase di sviluppo tumultuoso. Anzi, proprio l’assunzione di prodotti di natura chimica, quali la pillola anticoncezionale o la terapia ormonale sostitutiva, sono emblematici dell’*interiorizzazione della tecnica* e di come essa sia percepita come parte imprescindibile del progresso della medicina. Nonostante questo, noi riteniamo che un ritorno alla naturalità è non solo possibile, ma necessario: dobbiamo riprendere il controllo del nostro corpo, riappropriarci della nostra corporeità attualmente preda della tecnica.

Per fare questo, dobbiamo altresì riconoscere e denunciare gli atteggiamenti medici poco etici, non in linea con i principi cardine della bioetica e che necessitano di fondarsi su basi morali più solide. Come dice Luigi Mario Chiechi, la medicina moderna ha ancora – anzi, sempre più – bisogno dell’etica, la sola guida che possa indirizzare le azioni dei medici – ma non solo – nella giusta direzione e che possa evitare ai pazienti di restare in balia della tecnica medica. Chimica e tecnologia sono entrate prepotentemente nella vita delle persone e modificano la nostra esistenza, il nostro corpo, la nostra concezione di noi stessi. In un tempo relativamente breve è stato enormemente alterato il rapporto tra l’uomo e la Natura. Per millenni abbiamo convissuto pacificamente con la Natura, rispettandone le “leggi”: non ci ponevamo al di sopra, ma ci riconoscevamo come parte di essa. L’avvento dell’“era della tecnica”, invece, ha permesso all’uomo di affrancarsi dalle leggi naturali; ma perdere il contatto con la Natura e oltrepassarne i limiti l’ha inevitabilmente portato – spesso in maniera inconsapevole – a fare del male a se stesso,

⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

⁶ Ivi, cit. p. .

oltre che alle generazioni future.

Questi avvenimenti mettono in luce l'attuale distanza dell'etica dalle questioni mediche. Una tecnica in continuo progresso solleva problematiche sempre nuove, alle quali l'etica stessa, così come viene applicata, non riesce a rispondere. C'è bisogno, da una parte, di uno svecchiamento dei principi etici tradizionali, dall'altra, di una maggiore assunzione di responsabilità da parte della medicina, che garantisca un controllo maggiore sull'operato della tecnica medica. Perché l'uomo, oggi, ha perso gran parte del suo potere sulla tecnica: essa è nata per essere al suo servizio, ma ora lo sovrasta, l'ha ridotto a "mezzo" invece che "fine" del suo agire e il suo moto, ormai autonomo, sembra inarrestabile.

Come sostengono diversi autori citati in questo lavoro, è necessario un cambiamento culturale, un ritorno alle origini, per riprendere possesso di ciò che la tecnica, attraverso la medicina, ha sottratto all'uomo. La tecnologia applicata alla diagnostica, ad esempio, ha ridotto la capacità di "sentire" *il* corpo e *con il* corpo, ci ha resi più propensi a credere a ciò che è tecnicamente misurabile – una diagnosi non è altro che l'esito di una valutazione strumentale – che a quello che percepiamo con i sensi. Il nostro corpo è il primo vero "strumento" di cui disponiamo per conoscere il mondo e noi stessi, ma ormai da tempo preferiamo affidare queste funzioni alla tecnica⁷. Possiamo dire che la tecnica ha sostanzialmente modificato il nostro modo di interagire con il mondo.

La stessa primordiale esperienza del dolore, una delle percezioni più "corporee" in assoluto, è stata gradualmente debellata dalla vita delle persone. Le cure contro il dolore hanno sicuramente un valore positivo, ma vengono spesso lette in un'ottica consumistica e l'analgesia diffusa ha fatto perdere di vista l'importante valenza culturale della sofferenza fisica. È eticamente giusto alleviare il dolore se questo condiziona e limita l'individuo, ma forse bisognerebbe tornare a comprenderne l'autentico significato a livello culturale. Ad esempio, la possibilità di annullare il dolore del parto, sommata alla medicalizzazione che lo accompagna, ha cambiato il modo in cui la donna vive il parto stesso. Parlando di taglio cesareo, abbiamo visto come le stesse donne medico si affidino più volentieri alla tecnica chirurgica, che promette un parto indolore, programmabile e controllabile in ogni dettaglio, piuttosto che scegliere un parto naturale in cui le complicazioni sono del tutto

⁷ Il corpo ha anche perso la sua "consistenza", è diventato sempre più "trasparente" all'indagine delle macchine e sempre più facilmente è sottoposto a cure o interventi non così strettamente necessari, senza incontrare la benché minima reazione di contrarietà, soprattutto – duole dirlo – da parte femminile.

imprevedibili.

Giunti alla fine di questo nostro percorso, possiamo dire di aver raccolto un numero sufficiente di prove per affermare che le donne sono la categoria sociale maggiormente colpita dal fenomeno della medicalizzazione. I motivi principali, tra loro intimamente legati, sono due: la specifica complessità fisiologica del corpo femminile e il ruolo delle donne nella società, che a tutt'oggi risulta ancora subordinato a quello degli uomini⁸. Ma perché affermiamo che il corpo femminile è particolarmente esposto alla medicalizzazione? Perché le donne, a differenza degli uomini, si sottopongono regolarmente a molteplici controlli medici e perciò rischiano maggiormente di essere condizionate, se non addirittura sottomesse, al potere della medicina. Perché «tra i processi di vita che sono stati medicalizzati rientrano il parto, le mestruazioni, la menopausa, il controllo delle nascite e allo stesso tempo l'infertilità»⁹. Perché la comprensione e l'interpretazione del corpo femminile e di tutte le sue espressioni vengono delegate alla medicina, alla farmacologia e alla tecnologia. La medicina accompagna la donna nel corso della sua intera esistenza, dalla pubertà alla menopausa, etichettando ogni aspetto della sua vita con dei sintomi per i quali propone una “cura”. Ma il quesito sorge spontaneo: perché mai devono esistere dei rimedi per qualcosa che è assolutamente naturale?

Il rischio che si corre è che il corpo della donna diventi sempre più «un luogo per interventi tecnologici e nuove sperimentazioni»¹⁰. Da differenti studi è emerso come «alla base della medicalizzazione della gravidanza, dell'infertilità e della procreazione vi sia innanzitutto la rappresentazione del corpo femminile come corpo “naturalizzato” e oggettivato. Privilegiando la riproduzione, come oggetto di analisi, si rischia di avvalorare la naturalizzazione del corpo femminile e con essa lo stereotipo che riduce il femminile alla riproduzione, perpetuando e approfondendo le differenze di genere»¹¹: troppo spesso

⁸ Volendone fare una questione di genere, potremmo chiederci: chi sono i responsabili della medicalizzazione della vita delle donne? Ebbene, nella maggior parte dei casi si tratta di uomini, siano essi medici, dirigenti di ospedali o manager di aziende farmaceutiche.

⁹ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

¹⁰ Ivi, cit. p. .

¹¹ Ivi, cit. p. .

Quando, ad esempio, abbiamo preso in esame il tema dell'osteoporosi, malattia che colpisce indistintamente maschi e femmine – può essere correlata alla menopausa, ma essa non ne è la causa esclusiva – abbiamo notato come la medicina affronti la patologia in modo differente nei due sessi. Mentre eventuali problemi di osteoporosi negli uomini sono giustamente attribuiti a uno stile di vita scorretto, per le donne si chiama subito in causa la menopausa, per la quale sono state studiate cure ormonali a lungo termine, spacciandole

il corpo maschile rimane ancora, come in passato, il canone perfetto di riferimento.

Oggi ci consideriamo lontani dalla visione premoderna delle problematiche fisiologiche femminili – ripensiamo alle pazienti visitate dal dottor Storch – vantandoci di parlarne in termini diversi, meno approssimativi e più scientifici. Magari sorridiamo o ci scandalizziamo nel sentire che, ancora nell'Ottocento, la scienza spiegava la debolezza delle donne e le loro fragilità a partire da presunti problemi all'utero o alle ovaie, visti «come centri delle malattie femminili»¹². Eppure la medicina moderna non è poi così distante come crediamo da questa idea della donna. Nell'Ottocento «le espressioni del ciclo femminile venivano viste come problemi da affidare sempre più alle cure mediche: le mestruazioni avevano bisogno di riposo, le gravidanze e il parto diventavano malattie, la menopausa era il segno simbolico della fine della vita attiva della donna»¹³. Ebbene, queste parole potrebbero benissimo riferirsi ai giorni nostri, dimostrando così che la scienza medica non ha affatto abbattuto certi pregiudizi sulle donne – anzi, ne ha creati di nuovi – e avvalorando l'idea che il processo di medicalizzazione del corpo femminile ha una storia molto lunga, iniziata ben prima dell'introduzione in medicina delle più recenti tecnologie e dei moderni frutti della ricerca farmaceutica.

La medicina, dunque, si focalizza sugli aspetti biologici del corpo delle donne. Ma considerare in maniera isolata il dato biologico significa avere una visione riduttiva della complessità del mondo femminile, strettamente legata anche a fattori socioculturali. Senza contare che, spesso, a motivare tale semplificazione sono gli interessi economici dell'industria farmaceutica, come nel caso della pillola anticoncezionale impiegata per il controllo delle mestruazioni o della terapia ormonale prescritta durante la menopausa¹⁴.

per una terapia preventiva dell'osteoporosi. Questa disparità di trattamento è, come sosterrrebbe Illich, un tipico fenomeno iatrogeno, perché “creato dalla medicina”.

¹² F. Pizzini, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999, cit. p. 40.

¹³ Ivi, cit. p. 40.

¹⁴ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84.

A proposito delle ingerenze dell'industria farmaceutica, abbiamo più volte sottolineato come la medicina, nel corso dell'ultimo secolo, ha subito una lenta trasformazione che l'ha portata ad essere molto più vicina, se non succube, alle regole dell'economia di mercato. Queste regole sono penetrate capillarmente nel sistema sanitario, al punto che ormai anche le azioni dei medici vi si adattano, loro malgrado. Le leggi del mercato non permettono di porsi domande sull'utilità o meno di determinati esami e interventi, oppure sulla loro eccessiva invasività: si agisce solo in funzione del profitto che se ne può ottenere. Ad esempio, non ci si pongono troppi dubbi sulla reale necessità delle numerose ecografie eseguite in gravidanza. Proprio per questo, ancora più netto dovrebbe essere il grido d'allarme dell'etica: il “mercato della salute” ha oscurato il significato della “persona”, che va assolutamente riaffermato. L'invasività e l'inopportunità di alcuni interventi dovrebbero essere motivo di autocritica da parte della medicina, che dovrebbe ricordare la sua

Purtroppo, «in certe situazioni, la maggioranza delle donne ritiene che sia nel proprio interesse accettare la medicalizzazione»¹⁵, perché plagiata dalla stessa medicina che la impone¹⁶.

«Il processo di medicalizzazione può essere considerato in relazione da un lato con l'aspirazione della medicina difensiva e della medicina predittiva, dall'altro con l'espropriazione da parte delle donne del controllo del loro corpo»¹⁷. Le donne, infatti, cedono volontariamente il potere che hanno sul loro corpo, affidandolo alla tecnica medica: in altre parole, esse non sono solo vittime *passive* della medicalizzazione, ma anzi ricercano *attivamente* quelle tecniche biomediche che permettono loro di emanciparsi da condizioni biologiche che ritengono debilitanti¹⁸. Lo fanno perché desiderano prevenire presunte malattie e condizioni di debolezza, forse non del tutto consapevoli che il prezzo da pagare è il rischio di incorrere nelle minacce iatrogene descritte in questa Tesi. Le donne, infatti, sono indotte a pensare che modificare il loro corpo “dall'interno”, agendo direttamente sulla loro fisiologia¹⁹, non comporti nessun pericolo o quasi. Dovrebbero invece interrogarsi maggiormente – e con loro la società tutta – sull'opportunità di queste loro scelte.

Anche quello che dovrebbe essere l'evento più straordinario e gioioso nella vita di una donna, cioè la nascita di un figlio, è ridotto a un processo biologico che necessita dell'ausilio e della competenza di un medico professionista, il ginecologo. Non si legga questa critica come una condanna dell'assistenza ginecologica durante la gravidanza. Essere seguite da un esperto è certamente positivo, ciò che qui si vuole sottolineare è il livello eccessivo di medicalizzazione cui oggi si è giunti²⁰. Le donne non solo chiedono aiuto al medico, ma si affidano a lui totalmente: se da un lato la tecnologia medica offre

originaria vocazione alla cura e ubbidire meno ad altri interessi, siano essi di carattere economico o di qualunque altro genere.

¹⁵ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

¹⁶ È comunque importante non generalizzare e cercare sempre di ricondurre il problema alle situazioni specifiche, così come è necessario tener presente lo stretto intreccio tra le scelte individuali e il potere delle ideologie dominanti (G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, pp. 67-84).

¹⁷ G. Ranisio, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012, cit. p. .

¹⁸ Ivi, pp. 67-84.

¹⁹ È quello che fanno, ad esempio, la pillola anticoncezionale e la terapia ormonale sostitutiva, diventate ormai prassi così diffuse da costituire la norma.

²⁰ Una delle conseguenze della medicalizzazione spinta del parto è il declino del ruolo dell'ostetrica, proprio a favore di quello del ginecologo. Se si vuole riportare la donna a vivere un parto più “umano” e meno “tecnologico”, è necessario fare un passo indietro e tornare all'assistenza “partecipata” delle ostetriche di un tempo.

loro maggiori opportunità di decidere della loro maternità, dall'altro ha accresciuto la possibilità di esercitare un controllo superiore, rispetto a qualche decennio fa, sulle loro scelte²¹.

Scelte che possono essere pesantemente influenzate anche dal semplice esito di un esame diagnostico. A questo proposito, è bene riconoscere la pericolosità insita nell'abuso delle possibilità concesse dalle tecniche diagnostiche prenatali. Gli esami più invasivi, come l'amniocentesi o la villocentesi, vengono praticati perché si desidera un figlio sano: se risultasse che il feto presenta dei problemi, si può procedere all'aborto terapeutico, sempre a condizione che la madre firmi il consenso informato²². In questo caso sorgono spontanee alcune domande: quel bambino non merita forse di vivere? È giusto non farlo nascere quando sappiamo che potrebbe comunque condurre una vita relativamente normale?

Non possiamo omettere di considerare il contesto sociale in cui viviamo: la società moderna è dominata dalla paura di ciò che è diverso, imperfetto, anormale. Non possiamo negare come oggi siamo *spaventati* dalla possibilità che nostro figlio nasca malformato o handicappato. La medicina promette diagnosi prenatali, più o meno invasive, sempre più precise, che ci fanno confidare nella prevedibilità assoluta di eventuali anomalie e nella loro "eliminazione". Ma queste nuove possibilità diagnostiche non sono prive di conseguenze. Proprio queste promesse della medicina sono la prima causa della medicalizzazione della gravidanza²³: «la donna affida fin dall'inizio questo evento alla gestione medica[,] che ha il compito di scandagliare il suo corpo ed il suo concepito alla ricerca di alterazioni seguendo un percorso [...] verso un esito non voluto né premeditato, ma che gradualmente porta a una selettività di specie che elimina i figli malformati»²⁴. Di fronte a questa selezione "artificiale" della specie umana, Chiechi si pone una domanda: è

²¹ L. Battaglia, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999, p. 100.

Come abbiamo visto, esiste anche il rovescio della medaglia, per cui la possibilità di documentarsi e l'elevato livello culturale delle pazienti di oggi spesso pongono il medico in una situazione subalterna: egli si trova di fronte a donne informate che vogliono partecipare attivamente alle decisioni che riguardano il loro corpo e la loro salute. Ciò può sminuire l'autonomia del medico e indurlo a tutelarsi sotto il profilo legale (medicina difensiva). In questo modo, però, a risentirne è il rapporto fiduciario tra medico e paziente.

²² Test più specifici possono essere richiesti o consigliati quando la donna rientra in una determinata fascia di rischio, ad esempio legata alla familiarità o all'età, oppure se si tratta del suo secondo figlio e il primo ha già avuto dei problemi, o ancora se la sua è una gravidanza derivante da fecondazione artificiale. Tutte queste precauzioni, comunque, non escludono che anche coppie giovani, in salute e al loro primo figlio possano avere, per esempio, un bambino che sia affetto da sindrome di Down oppure presenti delle malformazioni congenite.

²³ L. M. Chiechi, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006, p. 117.

²⁴ Ivi, cit. pp. 117-118.

possibile quantificare una malformazione fetale? Ovvero: quanto e come deve essere malformato un feto per giustificare la soppressione prima che nasca? Come più volte detto, la medicina non è una scienza esatta, non è la matematica, per cui questo interrogativo rimarrà sempre senza una risposta: la moderna tecnica medica prima pone i genitori di fronte al dilemma e poi li abbandona, lasciandoli alla loro angoscia, soli e impreparati²⁵.

In conclusione, possiamo certamente affermare che le molteplici critiche che nascono di fronte all'eccessiva medicalizzazione del corpo e della vita delle donne spingono a una profonda e consapevole riflessione sul ruolo fondante che l'etica ha in questioni delicate come la riproduzione e la concezione della corporeità femminile, ruolo troppo facilmente dimenticato dalla medicina moderna e dalla stessa società che la informa.

²⁵ Ivi, p. 118.

Bibliografia

- AA. VV., *Gravidanza e parto. Una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile*, ISTAT 2001
- AA. VV., *Gravidanza, parto, allattamento al seno - 2004-2005*, ISTAT 2006
- AA. VV., *Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2011*, ISTAT 2012
- AA. VV., *Salute. Dizionario medico*, 8 voll., RCS Libri 2006
- AA. VV., *Linea Guida 20. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011*, Sistema Nazionale per le Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità 2011
- ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, in *Opere*, vol. VII, Laterza 1998
- L. BATTAGLIA, *Dimensioni della bioetica. La filosofia morale dinanzi alle sfide delle scienze della vita*, Name 1999
- S. BORDO, *Il peso del corpo*, Feltrinelli 1997
- P. BORGNA, *Sociologia del corpo*, Laterza 2005
- P. CATTORINI, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson 2006
- L. M. CHIECHI, *Donna, etica e salute*, Aracne 2006
- L. M. CHIECHI, *La menopausa nella società postindustriale. Critica alla costruzione medica della menopausa*, Aracne 2006
- C. DI PRIAMO, *I parti con taglio cesareo: fattori territoriali, organizzativi e ruolo delle donne*, in AA. VV., *Genere, famiglia e salute*, Franco Angeli 2007
- N. DIASIO, *Il vaso di Pandora, ovvero della chiusura del corpo femminile. Aspetti storico-antropologici*, in M. MAZZETTI (a cura di), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, Franco Angeli 2000
- B. DUDEN, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri 1994
- B. DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri 2006
- E. DUSI, *La battaglia della pillola. "Oggi più rischiosa di ieri". L'Europa apre un'inchiesta. Ictus e trombosi: pioggia di cause su Big Pharma*, *la Repubblica* del 30/1/2013, p. 21

- H. T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore 1991
- A. FERRARI, *Dizionario di mitologia*, UTET 1999
- M. FOUCAULT, *La volontà di sapere*, Feltrinelli 1996
- U. GALIMBERTI, *Il corpo*, Feltrinelli 1987
- U. GALIMBERTI, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli 1999
- U. GALIMBERTI, *Il tramonto dell'Occidente nella lettura di Heidegger e Jaspers*, Feltrinelli 2005
- I. M. GASKIN, *La gioia del parto. Segreti e virtù del corpo femminile durante il travaglio e la nascita*, Bonomi 2003
- M. HEIDEGGER, *La questione della tecnica*, in *Saggi e discorsi*, Mursia 1975
- I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori 1977
- H. JONAS, *L'ingegneria biologica: una previsione*, in *Dalla fede antica all'uomo tecnologico. Saggi filosofici*, Il Mulino 1991
- H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi 1997
- L. LOMBARDI, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli 2005
- L. LOMBARDI, *Medicalizzazione del corpo e potere della medicina: questioni di genere?*, in ELISABETTA CAMUSSI - NADIA MONACELLI (a cura di), *Questioni sul corpo in psicologia sociale. Atti del Convegno GDG organizzato dal Gruppo Disparità di Genere (Milano, 7-8 maggio 2010)*, UNI.NOVA 2010
- S. B. NULAND, *Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweis*, Codice 2004
- F. PIZZINI (a cura di), *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, Franco Angeli 1981
- F. PIZZINI, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli 1999
- G. RANISIO, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. COZZI (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi 2012
- V. SCHMID, *Venire al mondo e dare alla luce. Percorsi di vita attraverso la nascita*, Urra - Apogeo 2005
- V. SCHMID, *Salute e nascita. La salutogenesi in gravidanza*, Urra - Apogeo 2007
- R. STELLA, *Il corpo come testo*, in M. Bucchi - F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci 2001
- La Sacra Bibbia*, edizione ufficiale della Conferenza Episcopale Italiana, CEI - UECI 1977

Siti Internet consultati

http://it.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group (accesso: 16/01/2013)

http://it.wikipedia.org/wiki/Giuramento_di_Ippocrate (accesso: 17/11/2012)