



Illustrazione Alfredo Chiaramonte

MEDICINA

Un «genere» anche per salute e malattie

LUCIANA FLORIS

Una medicina di «genere», una ricerca che tenga conto del genere sessuale come determinante degli eventi patologici, che suggerisca orientamenti nuovi alla ricerca: il senso del limite, l'umanizzazione dell'assistenza (all'evento gravidanza in particolare), il tentativo di frenare l'invasività della tecnologia. Questo il segnale emerso dal convegno «La salute della donna: temi per una riflessione comune», che si è concluso a Firenze venerdì, organizzato dall'Associazione italiana di epidemiologia. Finora gli studi clinici hanno rivolto, infatti, poca attenzione ai possibili diversi effetti dei trattamenti medici su uomini e donne. Il sapere medico non tiene conto della differenza di genere, usa categorie che appiattiscono la soggettività. Questo si rivela tanto più paradossale nell'ambito della «salute della riproduzione». Anche l'ostetricia si è spostata in mani maschili, tendendo a espropriare la donna della sua capacità decisionale. E questo può spiegare l'alta frequenza dei parti cesarei in Italia (in aumento del 73%) rispetto agli altri paesi europei. Spinelli e Grandolfo dell'Istituto superiore della sanità hanno fornito dati significativi sul decremento del numero di aborti dopo l'approvazione della 194: l'Italia risulta al quarto posto per il basso tasso di abortività dopo Olanda, Germania, Finlandia. L'uso dei contraccettivi è in aumento, ma il coito interrotto resta il sistema più usato. Attualmente in Italia il quadro di salute appare più favorevole alle donne che vivono mediamente 7 anni più degli uomini. E in quasi tutte le aree del mondo si registra un costante svantaggio maschile quanto a speranze di vita. Ma in qualsiasi momento la mortalità ostetrica può ricrescere. Emblematico il caso della Romania dove la mortalità femminile è aumentata di circa 10 volte dopo l'introduzione, voluta da Ceausescu, della legge che vietava l'aborto: legge che ha prodotto tutta una «generazione di donne infertili» per le gravi lesioni derivate dal ricorso all'aborto clandestino.

tende a scomparire dietro la funzione riproduttiva. La sua valenza sociale appare più indipendente e scissa dalla soggettività femminile. Non a caso le donne sono nominate solo come «utenti», diversificate a seconda di una maggiore o minore idoneità. Per non subire passivamente questa rappresentazione è importante rimettere al centro i soggetti, la donna, l'uomo e il nascituro, non affiancati però in una falsa parità: riconoscere il primato femminile nella procreazione, nonostante la parcellizzazione dei corpi, è il solo modo per dare ordine e senso alle relazioni e regolare i possibili conflitti.

L'orientamento prevalente nelle proposte di legge presentate in parlamento, a riconoscere la coppia e non la donna come soggetto che può accedere alle tecnologie, è motivato nell'interesse del bambino. Lo Stato sarebbe infatti tenuto a garantire primariamente il benessere di chi deve nascere, contrastando gli «eccessi»

del desiderio femminile e «gli egoismi individuali». Si fa appello alla necessaria presenza delle due figure genitoriali per il corretto sviluppo del figlio. Lo stesso riferimento alla psicologia, e in particolare alla psicoanalisi, è fatto in chiave conservatrice. Ma il processo di identificazione e interiorizzazione delle figure materna e paterna non è in rapporto lineare con la presenza delle rispettive figure sociali.

Solo il riconoscimento della competenza femminile nella relazione con il figlio è garanzia prima e irrinunciabile del suo benessere. L'autonomia della donna nella procreazione non è quindi solo un esercizio di libertà individuale ma un modo di dare ordine alle relazioni. Per altro dai '70 in poi, in leggi quali divorzio, aborto, diritto di famiglia, si è espressa una tendenza alla deregolazione; lo Stato rinuncia a sancire un modello di relazione tra i sessi e le generazioni, lasciando a singole/i libertà e responsabilità delle

scelte. E ciò non ha significato una minore tutela degli interessi del bambino.

Il dibattito sulle soluzioni legislative per le tecniche di riproduzione assistita esprime una controtendenza, un ritorno a un diritto forte, una normativa rigida, con preoccupanti aspetti perfino proibizionisti. Il limite imposto per legge sembra ai più l'unica barriera possibile per contenere effetti scardinanti e rischi innescati dalle tecnologie. D'altra parte, la carenza di un'attitudine scettica verso queste tecniche rende difficile il formarsi di «una coscienza del limite», intesa come consapevolezza sociale che orienta i comportamenti individuali. Eppure solo una cultura del limite potrebbero contenere le derive autoritarie sul piano dei rapporti tra Stato e individui/e. Per evitare di utilizzare la legge come indebita scorciatoia per il governo dei processi sociali, anche le istituzioni devono attivarsi per informare e «formare» l'opinione pubblica.

Esistono esempi (Inghilterra e Canada). Non va in questa direzione la strada, scelta anche dall'Italia, di affidarsi a Comitati di bioetica che costituiscono per un verso una sede autoreferenziale, e per un altro si pongono come autorità direttiva nei confronti della società e del parlamento.

Vanno tenute insieme l'esigenza di regolare per legge l'operatività dei centri e quella di fare spazio al confronto nella società. La nostra opzione è per un diritto «leggero» che dia priorità alla tutela della salute, vieti lo sfruttamento commerciale dei materiali genetici e del corpo femminile, impedisca il disconoscimento dei figli nati da inseminazione artificiale, tuteli l'anonimato. Sono solo alcuni dei molti e controversi aspetti del dibattito sulla legge. Senza voler escludere dal confronto nessuna delle altre questioni, ci sembra utile individuare quelle sulle quali esiste un maggiore consenso ed è d'altra parte, più urgente l'intervento legislativo.