

III

LA SALUTE DELLE DONNE

A mano a mano che l'osservazione bioetica si attenua sulle questioni di frontiera, della nascita e della morte, per focalizzarsi sulla vita quotidiana, si accentuano le peculiarità della salute della donna rispetto a quella degli uomini. Qui ne prenderemo in considerazione due: la prima collegata all'evento del parto, la seconda all'inoltrarsi nella terza e quarta età.

Nel Convegno organizzato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, in Roma, nel 2005, si tennero, tra le tante, una relazione del Prof. Romano Forleo, per l'area tematica della Bioetica clinica, dal titolo "Il parto come problema bioetico", e una seconda della Professoressa Isabella Maria Coghi, per l'area tematica della Bioetica e Salute Mentale, dal titolo "La depressione *post partum*". Tra i Pareri, licenziati dal Comitato nell'anno 2009-2010, ve n'è uno intitolato "Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza sociosanitaria".

Iniziamo dal primo dei tre testi ricordati.

Il prof. Forleo indica tre fasi storiche nella considerazione clinica e bioetica del parto: l'epoca moderna, dal 1945 al 1965, caratterizzata da nuove conoscenze della fisiopatologia di gravidanza e parto e dalla disponibilità di antibiotici che ha reso sicuro il taglio cesareo, nonché dalla ospedalizzazione con reparti di ostetricia, neonatologia e patologia neonatale, con l'effetto di una discesa rilevante dei tassi di mortalità materna e fetale; l'età post-moderna, dalla metà degli anni settanta alla metà degli anni ottanta, in cui l'umanizzazione del parto integra o si sostituisce alla precedente fase di dominante medicalizzazione dell'evento; la terza fase, odierna, della globalizzazione, in cui il medico si svincola dal ruolo specialistico dell'organo e dell'apparato per farsi medico della persona, e si aprono dentro o accanto agli ospedali le "case di maternità", che consentono una più diretta interrogazione dei bisogni reali della donna, e un intervento con corsi di preparazione alla nascita per prevenire emergenze patologiche.

Nel terzo mondo travaglio e parto sono ancora occasione di stragi di neonati e di madri. Il che pone un problema etico di equità nell'accesso al

soccorso sanitario che attenui la distanza disumana oggi dovuta alle condizioni di vita dei diversi popoli della terra.

La Professoressa Coghi valuta la crisi adattativa della donna durante la gravidanza: prima “accettando l’embrione e successivamente il feto come parte integrante di sé, poi preparandosi alla separazione quando i movimenti fetali segnalano la realtà di qualcosa altro da sé”.

Con il parto si ha a livello psicologico uno “scarto tra il bambino fantaticato e il bambino reale”, il che “costituisce il vero salto dalla gravidanza alla maternità”. Solo nella elaborazione positiva delle due situazioni, di liberazione nel sentirsi “svuotata” e insieme della “perdita” per l’avvenuta separazione, la donna accoglie con gioia il nuovo status di madre.

Ma l’esito di questo passaggio può rivelarsi al contrario del tutto patologico. Possono distinguersi almeno tre forme nosografiche, il “maternal blues”, la depressione *post-partum*, le psicosi neonatali o del *post-partum*. La prima è una turbativa transitoria dell’umore che interessa circa il 50 % delle donne. La seconda, di gravità media, si verifica nel 10 % dei casi, ed è più frequente nelle madri adolescenti. Sintomi: angoscia e stanchezza, perdita di interesse, agitazione psico-motoria, disordini alimentari con prevalenza anoressica, senso di isolamento, insonnia, pensieri ricorrenti di morte e/o di suicidio, senso di colpa e in particolare di inadeguatezza al ruolo materno.

La terza forma di psicosi *post-partum* si manifesta in donne inclini alla malattia bipolare (psicosi maniaco-depressiva) nel 70-80% dei casi, per il restante 20% in donne schizofreniche o schizoidi, già ammalate prima del parto, che si scompensano nell’angoscia della gravidanza o con la nascita del bambino. La madre dubita della propria capacità di accudire il nato e soprattutto di allattarlo, teme che egli muoia, che lei possa lasciarlo cadere, che non lo sappia nutrire. Sposta sul bambino i giudizi negativi su se stessa, identificandosi e identificandolo come il male fino a tentare o realizzare la soppressione di entrambi o l’infanticidio.

È evidente che l’intervento terapeutico non può muovere soltanto dall’accertamento di cause genetiche, ma anche epigenetiche. La reazione di fattori biologici e di realtà esistenziali sono le premesse da conoscere per una strategia di intervento che sia farmacologico, psicoterapeutico, realizzatrice di quella alleanza terapeutica che in questo caso deve comprendere non il tandem medico-paziente soltanto, ma molti attori e interlocutori, il partner e i familiari.

La donna non va lasciata sola. Per millenni è stata al centro della comunità domestica di cui era *domina*. La modernità, con una diversa organizzazione delle relazioni sociali, rischia di confinarla sola con se stessa proprio nella congiuntura più significativa della sua vita di donna e di madre.

Ma più in generale, proprio per la donna, “l’altra metà dei cieli”, viene in evidenza il problema dell’eguaglianza del genere umano. Questo va posto sempre meno in termini astratti e generali e progressivamente in contesti articolati e concreti. Viene ora in evidenza non solo “by gender” ma anche “by age”. Nel 2006 il CNB dedicò un proprio documento all’“anzianità attiva e creativa”. In quello recente del 2010 si muove dalla considerazione del pensiero femminile sul deduttivismo bioetico.

È sembrato per qualche tempo che il paziente generico potesse avere assistenza senza determinazione di sesso, di razza, di status. Oggi si acuisce la diversità delle donne quali agenti morali e non soltanto agenti pazienti, non solo rispetto agli uomini, ma anche rispetto a se stesse a seconda delle classi di età. Se nel 2008 il CNB ha potuto produrre un documento su “La sperimentazione farmacologica sulla donna”, è per l’incalzare di studi che hanno aperto spazio a voci femminili, quali quello di Susan Wolf su *Femminismo e bioetica*, del 1996 o l’altro di poco precedente, del 1987, di Carol Gilligan, intitolato, nella edizione italiana, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, riecheggiato da G. Marsico, *Bioetica: voci di donne*, del 2002.

Cresce la fascia della popolazione anziana. Le donne vivono più a lungo. La loro speranza di vita è oggi di 84,2 anni contro il 78,4 degli uomini. Le donne oltre i 65 anni vivono in molti casi in situazione di solitudine familiare. Se si numerano, oltre le vedove, le nubili e le sposate, si raggiunge il 56,6% di ultrasessantacinquenni che vivono da sole, e con minore reddito rispetto a quello dei maschi. Le anziane sole per un 73,7% dichiarano di essere in condizione socio-economica sfavorevole, di non essere felici, di avere una vita sociale poco gratificante. Attività ricreative e culturali e tempo libero sono ad esse estranee.

E tuttavia avanza una consapevolezza nuova. La sociologa Marina Piazza, nel suo libro *Le ragazze di cinquant’anni* (Mondadori 2000), p. 37, scrive: “Più istruite, più indipendenti, più sane, più ricche, consapevolmente più longeve delle generazioni che ci hanno preceduto; con una esperienza della vita pubblica incomparabilmente più intensa”. Un controeffetto di questa tendenza a rimanere giovani potrebbe essere quello di far crescere la invisibilità sociale delle donne anziane. Ma si produce anche un esito diverso e positivo, quello di donne che per l’età hanno acquisito una libertà nuova, di vivere senza essere più “maschere femminili”, elaborando la perdita del corpo desiderabile, trasformando la generatività individuale in generatività relazionale e sociale. Ciò se le donne anziane, proprio per la loro numerosità, possono essere meno sole o isolate degli uomini, investendo sulla relazionalità femminile.

Certo la questione della socializzazione della vita longeva interessa quella della salute, che oggi va illuminata nel contesto di una medicina non solo di organi e apparati, ma della persona. Non basta oggi curare per sopravvivere alla malattia, ma prendersi cura della vita individuale perché ciascuno e tutti vivano meglio. L'accesso alle cure, alla medicina preventiva, alle conoscenze biologiche e psicologiche per la conservazione della salute come stato generale di benessere e non solo di assenza della malattia sono il nuovo scenario che ci è dato di riempire con una risposta attiva specie quando si tratti di donne.

Tra queste nella fascia della maggiore longevità si registrano fratture da osteoporosi, artrite reumatoide, ictus, cancro, confusione mentale, più che negli uomini di uguale età.

Il sistema dell'assistenza socio-sanitaria deve farsi carico di questa disuguaglianza.

Ma è l'intera organizzazione della società interpellata dalle disuguaglianze economiche, dalla fragilità dell'organismo familiare, dall'affievolimento delle relazioni intergenerazionali. Reti amicali e solidaristiche, forme associative spontanee possono trovare una sponda estrema nella figura del Casa manager, coordinatore dei casi in cui occorre supplire alla solitudine della persona tra istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione e interventi di servizi e di assistenza medica.

La società deve imparare a guidare la vita a misura di uomo e a misura di donna.

Senza di che non la singola persona uscirà da una vita ancora da vivere, ma la società intera si ammalerà di ingiusta e disumana disuguaglianza.