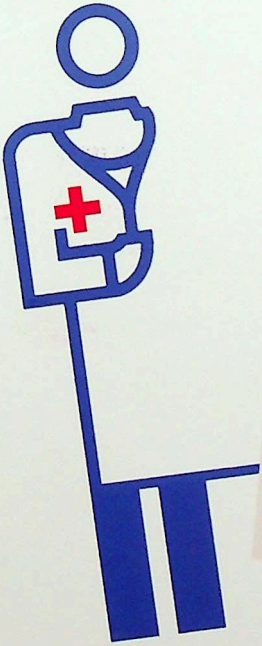
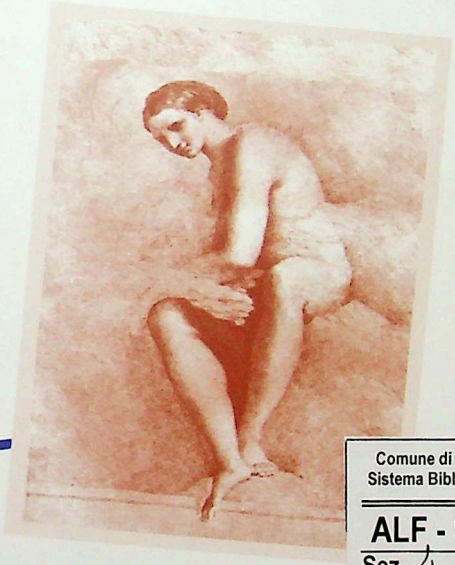
A cura di Mariarosa Dalla Costa

ISTERECTOMIA

Il problema sociale di un abuso contro le donne

Saggi di Mariarosa Dalla Costa, Giuseppe Perillo, Daria Minucci, Paolo Benciolini, Riccardo Samaritani





FrancoAngeli

A cura di Mariarosa Dalla Costa

ISTERECTOMIA

Il problema sociale di un abuso contro le donne

FrancoAngeli

Progetto di copertina: Elena Pellegrini

Edizione	Anno
3ª 4ª 5ª 6ª 7ª	2002 2003 2004 2005 2006 2007

Stampa: Tipomonza, via Merano 18, Milano.

I lettori che desiderano essere informati sulle novità da noi pubblicate dalla nostra casa editrice possono scrivere, inviando il loro indirizzo a: "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano" (e.mail: fangeli@tin.it) o consultare il nostro sito Internet: "www.francoangeli.it", ordinando poi i volumi desiderati alla loro libreria preferita.

Indice

A tutte le donne e ai medici

Ringraziamenti

Ringrazio quante e quanti mi hanno aiutato a condurre questo lavoro offrendomi la loro preziosa testimonianza e competenza. Sono grata in particolare alla dottoressa Maria Castiglioni per il lavoro di elaborazione statistica.

Introduzione

di *Mariarosa Dalla Costa*

Questo lavoro intende aprire la discussione sull'isterectomia e sul suo abuso che, in vari paesi dell'occidente avanzato, traspare dalle cifre che registrano tale intervento e dall'esperienza delle donne. L'abuso non inizia in questo secolo. In questo secolo si massifica. Ma già nell'Ottocento, al di qua e al di là dell'Atlantico, pur nella frequenza imparagonabilmente minore di questa operazione a causa delle scarsissime garanzie che la chirurgia di allora poteva offrire per la sopravvivenza delle pazienti, isterectomia, ovariectomia e clitoridectomia si praticavano anche come aberranti pratiche chirurgico terapeutiche per i disturbi femminili più svariati e inconsistenti, certamente non espressione di patologie uterine. Fondamentalmente come forma di punizione della donna, come strumento di controllo del suo comportamento, come esorcizzazione della paura maschile del sesso femminile e come volontà di dominarlo. Quanto nella contemporanea prassi medica sedimenta ancora di quella pratica le cui radici affondavano nel più grande sessocidio che la storia ricordi, la "caccia alle streghe", che imperversò in Europa dal XIV al XVII secolo mandando al rogo, dopo atroci torture, a centinaia di migliaia levatrici e guaritrici assieme ad altre sventurate? Tutte in modi diversi colpevoli di non essere abbastanza sottomesse all'autorità dell'uomo secondo i canoni familiari che il nascente capitalismo esigeva. Su quei roghi bruciò il corpo delle donne e il loro sapere medico che venne soppiantato da una "scienza" e da una professione ginecologi-

ca maschile sotto il controllo dello stato e della chiesa. È una storia finita? O l'abuso dell'isterectomia, tra le varie ragioni che lo muovono, racchiude ancora, più o meno latente, quest'ansia di dominio maschile sul corpo femminile che giunge fino alla forma di conquista più letale perché ne espropria e distrugge ciò che fa di un corpo un corpo di donna? In questo senso abbiamo svolto anche qualche considerazione in prospettiva storica, attraverso i secoli. Solo per riportare alla consapevolezza attuale le origini lontane di una vicenda che, per la sua crucialità nella storia delle donne, ha già visto un fecondo impegno analitico di varie studiose. Le origini anti-donna della medicina come scienza ufficiale, e della ginecologia in particolare, oggi non residuano misteri. Ma i tempi stringono. Anche perché le donne reclamano sempre più i loro diritti, anzitutto quello di non continuare a pagare inutili sofferenze. Per questo abbiamo optato per una discussione polarizzata sull'attuale, sull'attuale lecito e non lecito, sull'attuale inutile sofferenza, sugli attuali diritti di ogni cittadino o cittadina, sulle attuali plausibilità di proposte mediche. I tempi stringono. L'assalto al corpo non solo femminile e non solo umano che sta avvenendo da parte delle varie "scienze" impone di ribadire i diritti del corpo, in quanto corpo che sempre inerisce alla persona. I diritti della persona, di ogni persona e qui, per il discorso che stiamo conducendo, della persona donna. I diritti della persona viva, morente e morta nella trama dei rapporti entro cui conduce la sua vita, conclude la sua vita e spegne la sua vita e i diritti di chi con lei ha tessuto rapporti di vita. È questo insieme di corpi nei loro rapporti, camminamenti che vanno da un corpo a un altro, da una persona a un'altra, che noi qui chiamiamo "corpo sociale". E ne ribadiamo l'*habeas corpus* come diritto della persona alla disponibilità del suo corpo fisico e individuale nella trama dei suoi rapporti col corpo sociale. Fino al momento che ritengo solenne del trapasso, della veglia funebre, del lutto e della rimembranza. È evidente che mentre mi accingo ad introdurre a quell'indebita sottrazione di organi che avviene con l'abuso dell'isterectomia, altre problematiche tutt'altro che pacificamente risolte attorno a sot-

trazione di organi e impiego di organi o di elementi del corpo umano nel momento del trapasso, del concepimento e della gestazione mi occupano la mente. Mi ripropongo di parlarne, assieme a quelle donne e a quegli uomini che già si sono impegnati, al più presto. Qui intanto asserisco che il mio *habeas corpus* oggi ribadito trattando la questione dell'isterectomia è calato in un orizzonte di appassionata e più che legittima difesa, in base al diritto umano e scritto, di un corpo che appare ed è sempre più assediato ed espropriato. Il corpo non è un magazzino di organi, né un meccano. Il corpo inerisce a una persona che ha il *diritto inespropriabile* a salvaguardarne *l'integrità in vita* e a *seppellirlo integro*.

Ne deriva anzitutto che è inammissibile qualunque proposta di legge che autorizzi il prelievo di organi sulla base del "silenzio-assenso" dei cittadini.

L'isterectomia, nel suo eccesso, è divenuta un problema sociale. Per questo ho ritenuto opportuno promuovere il convegno svoltosi all'Università degli studi di Padova il 23 aprile 1998 "L'isterectomia: una questione aperta nel rapporto donne-medicina" di cui qui si raccolgono gli atti. Tale convegno ha inteso costituire un luogo in cui potessero confrontarsi le voci di studiose e studiosi, di medici, di magistrati, di operatori e operatrici della sanità, di cittadine-pazienti attuali o potenziali. E, nel cinquantenario della Dichiarazione universale dei diritti umani, mi è sembrato significativo dedicare questa iniziativa al diritto di ogni donna, come di ogni cittadino, a mantenere l'integrità del proprio corpo come bene fondamentale insostituibile e a vedere tale integrità adeguatamente salvaguardata dalla prassi medica. Tale esigenza è risultata nel corso del convegno unanimemente condivisa.

Ma verificare quando e perché si pratica l'isterectomia non credo sia problema concernente solo le aree avanzate. Costituisce invece un capitolo da inserire urgentemente nella questione della cosiddetta "salute riproduttiva" del genere femminile considerata una delle dodici aree di crisi dal documento dossier emerso dalla IV Conferenza mondiale delle donne tenutasi a Pechino nel 1995. Se a queste aree di crisi deve corrisponde-

re un particolare impegno dei movimenti delle donne e delle istituzioni, l'iniziativa di questo convegno, come l'aver precedentemente portato a Palermo tale questione al convegno di ginecologia del dicembre 1997, ove sono grata alla Società italiana di ginecologia e ostetricia di avermi invitata a relazionare, intende costituire i primi passi di un'azione che proseguirò come femminista e come studiosa attenta non solo a rilevare i problemi sociali ma ad affrontarli e possibilmente a contribuire a risolverli. Mentre infatti strategie di guerra e di morte intridono sempre più l'orizzonte entro cui si affatica la nostra vita e si dipana la ricerca, contrastare la produzione di morte, anzitutto rifiutandosi di morire dentro, richiede più che mai di pensare e di agire uscendo dal "labirinto dell'ineluttabile". È un labirinto entro cui molte hanno abdicato rispetto alla possibilità di interrogarsi su ciò di cui trattiamo.

Perché una questione riguardo all'isterectomia? Perché secondo quanto si riconosce nelle stesse riviste internazionali di ginecologia vi è stata in questo secolo un'esplosione di isterectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'utero, accompagnate molto spesso da annessiectomie cioè asportazioni chirurgiche dell'apparato ovarico, che non può verosimilmente trovare spiegazione in un'esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla. Con la disponibilità in questo secolo di anestesia, anticoagulanti e antibiotici vi è stata una crescita nella frequenza di questo intervento che ha portato a dati che suscitano grosse perplessità e interrogativi. Gli Stati Uniti sono il paese leader nella tendenza ad effettuare isterectomie. Qui l'aspettativa di subire questa operazione si dà per una donna su tre entro i 60 anni, per il 40 per cento delle donne entro i 64 anni. L'intervento risulta avere complicazioni nel 50 per cento dei casi. In questo paese si riscontrano anche notevoli differenze fra regioni, fra razze, fra strati sociali. Anche queste differenze non possono che acuire gli interrogativi. Gli avvocati delle pazienti attribuiscono tali discrepanze al differente training dei medici, all'interesse professionale e al profitto economico. Su queste ragioni c'è largo riconoscimento. L'Europa risulta complessivamente attestata a medie inferiori ma altrettanto incredibil-

mente conosce delle differenze notevoli tra un paese e l'altro. La Francia e l'Olanda ad esempio vengono additate a paesi con medie piuttosto basse, l'Italia con una media piuttosto alta. Per il nostro paese la Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) denuncia 40.000 isterectomie all'anno giudicandole troppe specie in tempi in cui sono state messe a punto tecniche meno invasive e meno demolitorie. Rispetto a tali tecniche (chirurgia mininvasiva) la Sigo ritiene un dovere dei medici aggiornarsi regolarmente e rispondere periodicamente del loro aggiornamento come avviene in altri paesi. Per il Veneto i dati fornitimi dalla Regione indicano un'incidenza di questa operazione molto alta e in crescita: dal 1993 al 1996 le isterectomie passano da 5909 a 6685 provocando un'aspettativa di subire tale operazione per una donna su 4, il doppio della media nazionale che, calcolata sui dati subito sopra menzionati, equivale ad una donna su 8.

Io non ritengo comunque che l'eccesso, ovunque si verifichi, sia da imputarsi prevalentemente ad un training poco aggiornato. Accanto ai *dati* infatti vi è l'*esperienza* delle donne che da tempo nella ginecologia incontra due approcci: l'uno, più olistico, rispettoso della donna come persona e del suo diritto a salvaguardare l'integrità del proprio corpo, rappresentato da medici che propongono l'operazione di isterectomia (ed eventuale annessiectomia) solo ove è veramente necessario; l'altro, meccanicista riduzionista, in questo caso definibile anche come "approccio dell'età", portato avanti da medici che, ritenendo superflui utero e ovaie con l'avvicinarsi della menopausa, propongono quest'operazione più in base all'età che alla configurazione della patologia. È questo secondo approccio, diffuso anche in Italia in varie aree o compresente con l'altro in una stessa area, che rende l'isterectomia un problema sociale, una questione che si è voluto analizzare nel convegno di cui qui riportiamo le voci.

È questo approccio infatti che ha reso da tempo la proposta di isterectomia una specie di *rete* in cui va a incagliarsi il corpo femminile nell'età matura, in quanto, essendo imperniato sull'età (o sull'aver già partorito il numero di figli desiderati)

moltiplica oggettivamente per una donna il rischio di essere isterectomizzata con il semplice avanzare degli anni e avere una qualche patologia uterina, convogliandola perciò senza adeguata ragione a subire un intervento chirurgico di grande impatto fisico e psichico sulla sua vita. L'esito di tale approccio è oggi riconoscibile nella frequenza con cui tale operazione si è data e si dà, fotografata nei dati che riportavo poco sopra, difficilmente riconducibili a patologie tanto gravi da motivarli, specie in tempi in cui si è perfezionata una metodologia di diagnosi precoce e cura ad esempio del cancro al collo dell'utero, e contrastanti anche con le patologie menzionate dalle donne stesse, spesso non tali da richiedere interventi demolitori. Ma soprattutto tale approccio, come emerge ancora dall'esperienza delle donne, registra un rapporto medico-paziente estremamente viziato. A tale aspetto della questione perciò si è deciso di dedicare particolare spazio nei lavori del convegno al fine di contribuire, per le realtà in cui questa distorsione avviene, a reimpostarlo in termini più corretti.

Più complessivamente, se l'abuso dell'isterectomia rappresenta l'apice di una pratica aggressiva e castratoria della ginecologia nei confronti del corpo femminile, è evidente che l'aggressività di questa pratica non si esaurisce in tale abuso. Circa un quarto di secolo fa il movimento femminista e delle donne in generale aveva denunciato le gratuite sofferenze attorno al momento del parto e dell'aborto o in qualunque circostanza in cui l'apparato genitale femminile necessitava cura. E certamente grazie a quella denuncia e a quell'azione delle donne molte cose sono cambiate da allora. Ma tante questioni si ripresentano, altre devono essere continuamente reimpostate o addirittura si acuiscono, nuove questioni nascono. È significativo che una donna paziente che ha offerto la propria testimonianza e non potrà mai dimenticare le umiliazioni e i gratuiti sadismi dei suoi parti abbia tratto la conclusione che i ginecologi maschi hanno usato la ginecologia come occasione di rivalsa verso le donne e reputi che l'abuso dell'isterectomia rappresenti l'ennesima espropriazione che le donne subiscono riguardo al proprio corpo, l'ennesima forma di dominio maschi-

le violento con cui l'uomo medico distrugge l'unico potere, non ufficiale ma effettivo, che le donne hanno ancora in questa società e cioè la loro femminilità.

A conclusione di queste brevi osservazioni introduttive vorrei sottolineare come oggi l'aggressività della scienza in generale, non solo quella medica, sempre più esprima una tendenza alla castrazione dei poteri riproduttivi della natura per creare da un lato scarsità dall'altro capitalizzazione dei meccanismi riproduttivi della vita per cui questa diviene sempre più una merce prodotta in laboratorio. Ma come Vandana Shiva, nota studiosa ecofemminista, ritengo che quando l'ingegneria entra nelle scienze della vita la rinnovabilità della vita come sistema che si autoriproduce va verso la sua fine.

Quanto alla medicina, le sue pratiche aggressive provocano morbilità, invalidità e infelicità, ma con questo creano anche miseria perché generano sempre più dipendenza dei cittadini dal mercato-laboratorio a scapito delle loro energie vitali-creative e delle loro risorse economiche. Questa è la scarsità di salute e la capitalizzazione dei meccanismi riproduttivi della salute creata dalla medicina. Auspico che quanto prodotto da questo convegno possa aiutare a ricordare che è la medicina a dover servire il cittadino e non viceversa. E possa anche contribuire a riavviare da parte delle donne quel processo di conoscenza del proprio corpo e di costruzione di un reale sapere medico di base che permetta loro di vagliare adeguatamente le stesse proposte della medicina che, ricordiamo, non è una.

Saggi

*L'isterectomia: un punto di vista di donna su aspetti medici, risvolti storici e quesiti etico-giuridici**

di *Mariarosa Dalla Costa*

Stazioni nel "percorso-vita"

Nella mia storia di impegno teorico e pratico sulla questione femminile vi sono state alcune *tappe fondamentali* che ritengo opportuno ricordare perché *tutte più o meno direttamente attraversano il territorio dell'isterectomia*. La prima è stata la scoperta del lavoro di *produzione e riproduzione di altri esseri umani* come lavoro ascritto ma non retribuito che condiziona tutta la vita della donna. Lavoro che va dalla gestazione, al parto, all'allevamento dei figli e alla cura degli adulti. Altre tappe le ho percorse analizzando le condizioni in cui questo lavoro viene erogato in momenti cruciali quali quelli del *parto* e dell'*aborto*. Menziono anche l'aborto in questo ciclo di produzione di altre vite in quanto la drammatica decisione di dover rinunciare a far nascere un altro essere umano non nega che prima vi sia stata una gestazione e poi la fatica e il patimento dell'aborto stesso come esperienza concreta del lavoro di generare. Attorno a questi due momenti, parto e aborto, vi sono

* Questa relazione è stata originariamente prodotta in una versione più sintetica al "Primo incontro di formazione permanente per ginecologi dei consultori, del territorio e della Sanità militare" organizzato dalla Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) a Palermo dal 6 all'8 dicembre 1997.

state lotte e mobilitazioni del movimento femminista e del movimento delle donne in generale che hanno portato già negli anni Settanta alla regolamentazione dell'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) e a più umane condizioni di parto. Questo almeno presso alcuni ospedali. In altri vi sono stati in seguito arretramenti e vi sono ancora notevolissime differenze tra una struttura e un'altra a distanza di pochi chilometri. Si trattava, in questo caso, dopo alcuni decenni caratterizzati da un approccio ginecologico distorto e prevaricante rispetto alla donna, di riportare il parto alla sua dimensione di evento naturale e non patologico, e di restituire alla donna il ruolo di protagonista dell'evento stesso, di soggetto che, coniugando il suo sapere, il sapere tramandatole da sua madre e da altre donne, con il sapere dell'ostetrica, sceglie le modalità del parto, le gestisce in prima persona ed ha diritto a non essere lasciata sola nella sofferenza ma ad avere il conforto e l'assistenza di persone di sua fiducia. Ho ritenuto di menzionare solo questi momenti nell'economia della trattazione perché più direttamente connessi con il discorso sulla scienza medica e sul modo di operare della struttura sanitaria e dei suoi operatori, medici anzitutto. Ma, più complessivamente, l'ambito della salute aveva costituito un asse portante nel dibattito e nelle iniziative del movimento femminista in Italia e in vari paesi dell'occidente avanzato negli anni Settanta di questo secolo come già nell'Ottocento negli Stati Uniti.

A Padova in particolare, nel 1974, avevamo aperto un consultorio autogestito, il "Centro per la salute della donna", cui sarebbero seguiti altri in altre città, nell'ottica di avviare un'esemplarità di diverso rapporto "medico-donna", di riappropriarci della medicina (le donne nella storia erano state tradizionalmente guaritrici e levatrici), di riappropriarci della conoscenza del nostro corpo, di farne un momento propulsore per determinare nel territorio un altro comportamento da parte dei medici e profonde trasformazioni nelle strutture sanitarie[1].

1. Fu il primo consultorio autogestito nelle grandi città. Vasta la documentazione in merito. Per un primo livello d'informazione e confron-

Sempre a Padova nel 1973 avevamo per la prima volta trasformato in mobilitazione politica un processo per aborto intentato contro una donna, mobilitazione che costituì il motore di avvio di una serie di iniziative che portarono poi alla legge sopra menzionata. Le iniziative sulla salute videro assieme grandi momenti di inchiesta, di denuncia e lotta nelle strutture pubbliche. Si trattava di pretendere anzitutto il dovuto rispetto verso le donne e adeguato ascolto nei confronti delle loro richieste da parte dei medici anziché atteggiamenti frettolosi e superficiali, a volte anche volgari e sadici[2]. E inoltre condizioni che garantissero da assurde morti per parto, da nascite di figli lesi dal forcipe e, leggo testualmente da un testo d'allora[3], da prati-

to fra l'esperienza di questo consultorio e gli altri che nacquero in seguito vedi Jourdan (1976, p. 48 e segg.) *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi.*

2. Un buon resoconto è offerto da Piaggio (1976), *Avanti un'altra. Donne e ginecologi a confronto.* Ma la letteratura prodotta sull'argomento negli anni Settanta in base a esperienze, testimonianze e momenti di lotta, è amplissima. Per ciò che concerne la presenza del sadismo nel modo di operare di alcuni medici rimandiamo agli esempi riportati nella nota 3 e al testo in essa menzionato.

3. Gruppo femminista per il salario al lavoro domestico di Ferrara (a cura di) *Dietro la normalità del parto* (1976), p. 145. Il libro raccoglie ampia documentazione relativa alle condizioni di alcune strutture sanitarie e alla mobilitazione delle donne. Vi si menziona tra l'altro la morte di tre donne per parto nel volger di pochi mesi alla Divisione ostetrica dell'Ospedale civile di Padova, fatto che motivò la volontà di organizzarsi da parte del Gruppo donne ospedaliere assieme a tutto il movimento femminista. Ma tali fatti erano tutt'altro che isolati nel quadro della Sanità di allora. Il testo riferisce ampiamente anche delle condizioni di parto all'Ospedale S. Anna di Ferrara ove si davano vari casi di nascite di bambini spastici o comunque lesi (p. 50). Così come vi si menzionano i gratuiti sadismi fra cui raschiamenti e suture senza anestesia (p. 50). Quanto all'aborto, sempre nel testo considerato, si riporta dei frequenti casi di morte per le condizioni in cui era stato praticato l'aborto stesso. Allora come ora erano prevalentemente madri di famiglia già con figli a prendere la decisione di abortire. È il caso della donna di 27 anni con due figli che muore il 7 aprile 1976 all'Ospedale Civile di Padova, morte che determina l'occupazione da parte delle donne

che che "procuravano sterilità alle donne con interventi che spesso non richiedevano isterectomia totale". Già in quegli anni quindi, è bene ricordare oggi, denunciavamo, lottando, scrivendo e pubblicando, casi di abuso dell'isterectomia non tanto nell'età matura della donna ma addirittura nel pieno della sua capacità di avere figli. Poiché mi riferisco a un quarto di secolo fa, il che vuol dire che eravamo tutte piuttosto giovani, non ci fu allora occasione di sperimentare in prima persona quanto invece questa pratica investisse in modo sistematico la donna nell'età matura. E avere sollevato la questione dell'isterectomia in quanto abuso che si verificava addirittura nei confronti di donne giovani aveva sedimentato l'illusione che, così come per le condizioni del parto e gli altri ambiti della salute su cui avevamo lottato, le cose per il futuro non avrebbero potuto che migliorare. Le nostre menti e le nostre energie vitali avrebbero potuto applicarsi ad altro. Ma così non era. La generazione di donne che aveva lottato sul parto e sull'aborto, mentre avrebbe visto questi terreni già dissodati spesso lasciati nuovamente all'incuria, avrebbe scoperto che anche riguardo all'isterectomia il problema si ripresentava tutt'altro che risolto. Anzi, solo nell'età matura avrebbe conosciuto la dimensione reale del problema che costituiva un nuovo pesante ostacolo nel "percorso-vita" del corpo femminile. Anch'io ero stata fra quelle che avevano pensato di potersi "applicare ad altro". Infatti, se l'aprirsi del dibattito sul lavoro di riproduzione e quindi sulla condizione femminile aveva portato a una serie di trasformazioni in campo sociale, culturale e giuridico (basti pensare alla riforma del diritto di famiglia e alla legge sulla violenza sessuale), in campo economico invece tali trasformazioni si presentavano senz'altro

nella stessa città delle sedi ove si insegnava e si praticava la ginecologia. Il giorno prima a Trapani, palleggiata tra medico e ostetrica, amputata dell'utero a sua insaputa, abbandonata per questo dal marito e quindi denunciata, Rosa M., una donna di 25 anni madre di tre bambini, veniva condannata dal Tribunale a tre anni di reclusione per procurato aborto.

di minore portata, non in grado di scalfire le note rigidità e dilemmi che la donna incontra nel suo cammino. Era stato proprio questo zoccolo duro della condizione femminile, "la questione economica" che, dagli anni Ottanta, anziché migliorare, deteriorava ulteriormente all'interno di un abbassamento complessivo delle condizioni di vita di strati sempre più larghi di popolazione nel mondo, ad indurmi a riprendere in mano le tematiche dello sviluppo, imponendomi, negli anni Novanta, di attraversare un'altra grande e cruciale questione, "la questione della terra". La Terra che è femmina e genera anch'essa. Sarei arrivata a concludere che, di contro alle leggi del "malsviluppo"[4] e della sua scienza, leggi che presuppongono il dilatarsi della fame, della malattia e della morte, *non grazie a nuovi balzi tecnologici ma alla redistribuzione della terra* accompagnata dalla *reintegrazione dei suoi poteri riproduttivi e dalla rilocalizzazione e diversificazione delle sue colture*[5], si

4. Il termine tradotto dall'inglese "maldevelopment" è molto usato nella letteratura ecofemminista concernente lo sviluppo. Sempre più, in seguito, è stato adottato anche da altre correnti di pensiero. Gioca volutamente sul doppio senso alludendo a "sbagliato" e "maschile" allo stesso tempo poiché in inglese "male" significa maschile. Quanto "sbagliato perché maschile"? È un quesito lasciato aperto, nelle varie casistiche, all'interpretazione del lettore.

5. È una conclusione che condivido con altri studiosi e studiose, e che vede nell'espropriazione delle terre e loro destinazione a scopi commerciali, nonché nel loro pregiudizio per gli inputs chimici o biotecnologici, e per ordigni bellici, la prima causa della fame e della miseria del mondo. Per reintegrazione dei poteri riproduttivi della terra intendo il ripristino di un'agricoltura basata su criteri ecologici che permettono all'humus di rigenerarsi. Il possesso della terra e il mantenimento di un'agricoltura ecologicamente ed economicamente sostenibile sono a mio avviso la prima garanzia per poter mantenere la possibilità di sussistenza e radicamento nel loro territorio da parte di popolazioni che oggi, spodestate rispetto a tali diritti e possibilità, vengono continuamente sradicate e obbligate all'emigrazione. Attorno a queste tematiche, assieme ad un'analisi dei falsi assunti riguardo al debito internazionale, ruota la raccolta di saggi che ho recentemente curato (Dalla Costa M. e Dalla Costa G.F. 1996).

poteva riaprire la possibilità nel mondo per donne e uomini di vivere, di essere sani, di avere del cibo, e soprattutto, come recita un movimento che negli anni Novanta sta costruendo reti dall'America Latina, all'India, agli Stati Uniti, "cibo fresco e genuino"[6]. In altre parole nel ripristino e nel rispetto dell'integrità dei poteri riproduttivi della natura/terra che non a caso si coniugava con la salvaguardia dei poteri riproduttivi delle comunità umane in quanto tali, vedevo, in sintonia con altre studiose e studiosi, l'unica via per riaprire un cammino affrancato dalla miseria e dalla malattia.

Stavo appunto percorrendo la questione della terra, così legata anch'essa al lavoro e al sapere delle donne riguardo al far

6. La Via Campesina, costituitasi nel 1992, è oggi una delle più grandi organizzazioni in questo senso che connette reti di agricoltori dal Centro America all'India alla Francia. Il suo principio guida è la "sovranità alimentare", intendendosi con ciò il diritto a disporre di terra e a poterla coltivare secondo criteri biologici. Il "Karnataka Farmers Union" in India, che fa parte di questa rete, ha costituito un centro di raccolta, conservazione e distribuzione alla popolazione di semi naturali di contro all'imposizione da parte delle grandi imprese degli ibridi di laboratorio che, non riproducendosi, rendono gli agricoltori completamente dipendenti ogni anno dal "mercato laboratorio". Per gli Stati Uniti alludo a quell'insieme di realtà che negli anni Novanta ha preso particolare vigore dalla costa dell'Atlantico a quella del Pacifico e che punta all'autorganizzazione per ricostruire nelle varie situazioni un'agricoltura biologica che permetta di avere cibo fresco, non chimicamente inquinato, non geneticamente modificato. Con tale orientamento si è formata a livello embrionalmente nazionale la "*Community Food Security Coalition*" che ha instaurato reti che assicurano anche la distribuzione in loco a prezzi bassi del cibo così prodotto. Nei sobborghi poveri di Tokyo iniziative simili si erano instaurate già dagli anni Sessanta. Ho dedicato alcune note alla questione alimentare con "Neoliberismo, terra e questione alimentare" (Dalla Costa 1997) nella "Giornata delle donne sull'alimentazione", organizzata a Roma il 15 novembre 1996 parallelamente al convegno della Fao. Sulle iniziative per rilocalizzare l'agricoltura e condurla con criteri biologici, vedi Mander e Goldsmith (eds.) (1996).

nascere e al far crescere[7] e quindi al produrre nutrimento nonché medicamento, quando mi capitò di imbattermi in questa strana e amara vicenda attraverso cui passa il corpo femminile, la vicenda appunto dell'isterectomia. Mi balzò subito evidente la corrispondenza di approccio fra le politiche che investivano e aggredivano la natura/terra e le politiche che investivano e aggredivano la natura/corpo della donna. E il simbiotico destino che legava la terra e il corpo della donna. Cioè il corpo femminile, nella sua faticosa parabola di generazione e cura della vita umana, e di cura della vita generata dalla terra, già disconosciuto nel suo sapere riguardo al generare, allevare e al coltivare, già negato nei suoi diritti riguardo al lavoro che eroga, veniva qui nuovamente negato, questa volta in forma ancor più radicale e violenta, in nome di quello stesso approccio meccanicista-riduzionista che, se da un lato vede il corpo femminile come semplice insieme di pezzi, non come organismo, e tanto meno come persona, dall'altro vede la terra non come organismo vivente di cui l'essere umano è parte bensì come magazzino di potenziali merci ove per l'uomo è lecito attingere senza misura e senza restituzione, depredando ma con ciò minando continuamente i processi di riproduzione della vita. In realtà quella contro l'isterectomia mi si delineava sempre più come una nuova ma già intravista *questione nel solco di*

7. Alludo ai molti saperi, anzitutto delle donne dei popoli indigeni e in genere delle donne dei vari Sud del mondo, elaborati e tramandati attraverso i secoli per ottenere nutrimento della terra, ma "attingendo con misura e restituendo" (Shiva 1990) in modo che possa rigenerarsi. Saperi che sono continuamente a rischio di distruzione per l'espansione dei rapporti capitalistici e delle loro politiche per rendere "più produttiva" la terra e "moltiplicare" l'acqua. Ma "l'acqua è quella che è, non si moltiplica" come bene osserva Vandana Shiva (1990) che, nel suo noto *Sopravvivere allo sviluppo*, analizza il confronto/scontro continuo fra logiche agricole devastanti e logiche agricole conservative, e l'impatto delle prime sulla possibilità di vita e qualità di vita delle popolazioni. Il campo di osservazione di quest'autrice è prevalentemente l'India. Ma è un problema mondiale che riguarda allo stesso modo la nostra qualità di vita in occidente.

una serie in cui per le *donne* si era trattato e si trattava di *difendere i poteri riproduttivi della natura* – e perciò l'integrità del *loro corpo* e della *terra* – nonché il *sapere femminile* riguardo a questi poteri di contro ad una scienza e a politiche castratorie e devastanti.

Paradossi

Ho incontrato l'isterectomia in quanto proposta avanzatami per un piccolo fibroma che assolutamente non la giustificava. Devo dire grazie al forte senso di me come persona acquisito in anni di percorso femminista se sono riuscita a evitare questa pesante e non necessaria operazione. Ma è stato proprio nelle verifiche condotte con più medici e con numerose altre donne che ho dovuto constatare come questa proposta sia divenuta da tempo una specie di *rete*[8] in cui va a incagliarsi il corpo fem-

8. Parlo di *rete* in quanto un approccio che, come illustrerò più avanti, prende in considerazione più l'età della paziente che la gravità della patologia, tesse oggettivamente attorno a una donna il rischio di essere isterectomizzata per il semplice avanzare degli anni ed avere una qualche affezione uterina. La nostra percezione in questo senso trova conforto anzitutto nei dati riportati dal comunicato stampa diffuso a Roma il 17 novembre 1997 dalla stessa Sigo con cui si informa che sono circa 40.000 gli interventi di isterectomia praticati ogni anno in Italia e li si giudica "troppi" specie in relazione alla disponibilità oggi per molte patologie uterine di soluzioni meno demolitorie e meno invasive. E trova conforto altresì nella denuncia dell'altissimo numero di isterectomie nel mondo e in Italia che ci viene da un articolo di Francesco Collenghi (1997) apparso su *La Repubblica* del 13 marzo che, per i dati di paesi esteri, ha riscontro nelle altre fonti di lingua inglese da me in seguito citate sull'argomento. In esso si rileva come l'isterectomia rappresenti nel mondo, e negli Stati Uniti in particolare, l'intervento più eseguito dopo il parto cesareo. Non è specificato in che ordine di frequenza queste due operazioni si presentino in Italia rispetto alle altre. Si indica comunque, sulla base delle ultime statistiche, una percentuale nel nostro paese di una donna su sei che subirebbe questo intervento entro i 60 anni, di contro a una su tre negli Stati Uniti e a una su diciotto in

minile nell'età matura, rete che lo attende, lo imprigiona e lo consegna ad un'operazione mutilante e castratoria, fortemente lesiva a livello fisico e psichico, e che quindi solo in casi del tutto eccezionali, quando è in causa un male molto grave non diversamente risolvibile, può essere giustificata. Ma la frequenza con cui tale operazione si è data e si dà, come risulta dalle stesse testimonianze delle donne che ne parlano a fatica proprio perché la vivono come menomazione, contrasta con la verosimiglianza di una corrispondente frequenza di patologie così gravi da giustificarla, specie in tempi in cui si è perfezionata una metodologia di diagnosi precoce e cura ad esempio del cancro al collo dell'utero. E contrasta con le patologie menzionate dalle donne stesse, spesso sanguinamenti dovuti a fibromi di non eccessive dimensioni[9]. In un caso a me molto vicino questa proposta è stata avanzata addirittura in assenza di patologie. L'utero trasbordava un poco dalle dimensioni normali e "un domani – aveva detto il ginecologo – avrebbe

Francia. Collenghi scrive: "l'isterectomia, la rimozione totale dell'utero, è diventata tanto comune che i ginecologi ormai vi fanno ricorso come riflesso immediato al primo manifestarsi dei disturbi che spesso precedono o accompagnano la menopausa". Vi sono ovviamente anche medici, tengo a sottolineare, che hanno adottato un approccio più corretto in quanto più cauto rispetto all'infliggere inutili menomazioni e danni. Ma l'articolo, con i dati che riporta, denuncia una prassi ancora troppo diffusa e ben conosciuta.

9. I fibromi costituiscono notoriamente una delle patologie uterine più frequenti e curabili, salvo casi eccezionali, con diverse metodiche tra cui terapie ormonali, o asportabili con intervento chirurgico che elimina il fibroma ma conserva l'utero. Spesso comunque si riassorbono con la menopausa. Ciononostante negli Stati Uniti, ma analoga verifica andrebbe fatta anche per l'Italia, rappresentano la prima causa di isterectomia con una percentuale del 33% mentre il cancro rappresenta l'11%. Su questo e sulle percentuali rappresentate dalle altre patologie uterine come causa di isterectomia vedi la tabella riportata in *Hysterectomy and It's Alternatives* (1996) che, di contro, evidenzia come i casi in cui l'isterectomia è necessaria perché vi è rischio di vita e non vi sono alternative valide si riducano a tre: cancro all'utero ed eventualmente alle ovaie, emorragia infrenabile post parto, infezione pelvica grave.

potuto forse causare dei problemi". La donna si era rifiutata e, con una piccola cura ormonale, il suo utero, nel volgere di pochissimo tempo, era tornato nella norma[10].

È stato, come dicevo, nel verificare la fondatezza della proposta a me diretta e quindi nel costruire il mio rifiuto che ho avuto occasione di parlare con varie altre donne e altri medici uomini e donne. L'isterectomia, coniugata in genere all'ablazione delle ovaie, emergeva man mano come caso che registrava un rapporto medico-paziente estremamente viziato sotto vari aspetti che intendo evidenziare, senza per questo assumere che tale prassi costituisca la norma o la maggioranza dei casi, ma la cui ampiezza ritengo debba essere fortemente all'attenzione.

Il primo aspetto è la *sostituzione che avviene in pratica da parte del medico* rispetto alla paziente riguardo alla decisione di effettuare questo intervento, inducendo in vari modi nella donna la convinzione che l'isterectomia totale ad una certa età, indipendentemente dalla patologia che pare divenire solo l'occasione contingente, è opportuna. Per patologie che non la giustificano e che sono risolvibili con altri interventi meno invasivi e meno demolitori, tipo miomectomia o resezione isteroscopica, se vogliamo prendere in considerazione una delle fattispecie più comuni e cioè fibromi di proporzioni contenute[11], il

10. La perplessità che questo caso può suscitare mi induce a specificare che la donna in questione, Francesca Rampazzo, residente a Padova, è disposta a confermare pubblicamente questa sua vicenda (così è avvenuto nel convegno tenutosi a Padova su "L'isterectomia, una questione aperta nel rapporto donne-medicina", il 23 aprile 1998).

11. Prendo in considerazione tale fattispecie che è tra le più ricorrenti perché una prassi medica che in casistiche come questa orienta all'isterectomia a maggior ragione può farlo per casistiche più problematiche. Ad esempio nella letteratura di lingua inglese da me in seguito citata ricorre assieme ad altri l'esempio dell'iperplasia endometriale che è trattabile con cure ormonali oltre che con l'ablazione dell'endometrio, o altre metodiche ancora e che, si riporta, diviene invece ragione di isterectomia per "proteggere" le donne oltre i 40 anni dalle trasformazioni precancerogene nelle cellule del rivestimento endometriale (Dranov P., *American Health* 1990, pp. 36, 38-41). Evidentemente prassi

medico invece sostiene che, a una data età, è bene eseguire l'isterectomia totale. In genere l'esistenza di altri tipi di intervento non viene nemmeno sottoposta alla conoscenza e valutazione della paziente, e se la stessa chiede informazioni riguardo alla possibilità di interventi meno lesivi, viene negato che "alla sua età" sia possibile o abbia senso. Questo, oltre a essere infondato, induce confusione nella donna che, avendo in genere fiducia nel suo ginecologo, pur non comprendendo bene perché un certo tipo di intervento sia possibile ad un'età e non ad un'altra, finisce per accettare la versione del medico. Con una funzione che dovrebbe persuaderla ulteriormente, la donna si sente frequentemente ripetere frasi come: "signora, alla sua età, cosa se ne fa dell'utero?". E ancora: "signora, cosa la preoccupa? L'aspetto demolitorio? Ma un buon terzo delle donne che vede camminare per strada attorno ai cinquant'anni sono senza utero". Se la donna insiste nel difendere la crucialità che a suo avviso hanno tutti gli organi di un corpo può sentirsi colpevolizzare dal medico che obietta: "Ma allora lei è contraria anche al trapianto di organi!". In realtà all'orrore profondo che una donna prova di fronte alla proposta di isterectomia e che ricaccia indietro, soffoca dentro se stessa, perché, se lo dice il medico, evidentemente è un'operazione necessaria, orrore di cui questi non tiene minimamente conto perché ormai il rapporto umano con la paziente sembra appartenere a pretese romantiche fuori del tempo, si aggiunge l'orrore di questo frasario che, nelle espressioni citate, talvolta ripetute anche in occasione delle ecografie per ribadire quanto "naturale" debba essere considerato imboccare questa strada, ho sempre trovato di sapore nazista. D'altronde, la percezione di essere passate per una specie di "soluzione finale" del corpo femminile traspare dal linguaggio delle donne stesse quando, parlandone a una parente o a un'amica, dicono: "Mi sono tolta

mediche corrispondenti devono essersi attestate anche in Italia se nel comunicato della Sigo (1997) precedentemente citato si raccomanda, per tale patologia, il ricorso all'ablazione dell'endomentrio anziché effettuare un'isterectomia.

tutto, ho fatto la totale". All'interno del suo discorso imperniato sull'età il medico, come già accennavo sopra, propone *in genere anche l'asportazione delle ovaie, pur sane*, in quanto *tutto l'apparato, utero e ovaie*, starebbe esaurendo la sua funzione e quindi *sarebbe superfluo*[12]. A rafforzamento di questa opzione *si sottolinea molto il rischio di cancro*. Utero e ovaie possono, in un domani del tutto eventuale, esserne facilmente colpiti, per cui – sostengono vari medici – ragione in più per togliere tutto. Quest'operazione quindi, in troppo frequenti casi, viene proposta come unica soluzione, soluzione opportuna, di buon senso quando si ha una certa età e si deve risolvere una qualche patologia, benefica rispetto al mettere al riparo da rischi maggiori. Quanto viene sistematicamente taciuto invece sono i rischi e i danni dell'operazione stessa che emergono dall'esperienza e dalle testimonianze delle donne, e che illustrerò più avanti.

Quello comunque che vale la pena di denunciare subito tra gli *esiti negativi certi* è *il danno enorme e la violenza* rappresentati dall'essere *mandate in menopausa anzitempo*[13] e in *modo istantaneo* attraverso un *intervento chirurgico* per *decisione* del ginecologo e non per il verificarsi di una scadenza naturale e secondo ritmi naturali. Di regola infatti il passaggio da mestruazioni regolari alla totale assenza di mestruazioni richiede

12. Dopo i 45 anni la rimozione delle ovaie se si asporta l'utero costituisce un orientamento abbastanza indiscusso.

13. Considero anzitutto il caso dell'isterectomia (con annessiectomia) effettuata prima della menopausa perché questo è il caso più frequente. Per il caso in cui venga effettuata dopo la menopausa rimando, come ricaduta negativa, anzitutto a ciò che ha in comune con quella effettuata prima della menopausa. E cioè al portato dell'operazione in sé col suo corredo di cicatrici e dissesti nell'architettura del ventre, con l'eventuale necessità di trasfusioni e rischi relativi, e col suo portato di ferita psichica. E inoltre al complesso di conseguenze negative di seguito illustrate nel testo, correlate al vanificare con l'operazione stessa quelle funzioni che l'utero esplicherebbe anche dopo l'età fertile. Quanto alle ovaie è noto che, dopo la menopausa, continuano per un periodo, seppure in misura minore, a produrre estrogeni.

degli anni. Sono arcinote le ricadute negative della menopausa sullo stato fisico e psichico della donna. Ma tali ricadute vengono qui aggravate e malamente combinate, ovvero "scombinate", dal passaggio violento che l'operazione rappresenta. Per cui indurre la paziente a subirlo senza più che fondata ragione è il peggior servizio che un medico possa rendere al corpo femminile, e si accompagna a quello, che si verifica pure con questo intervento, di vanificare completamente la capacità procreativa. È importante a tale proposito evidenziare come la perplessità e resistenza che una donna cerca di esprimere riguardo all'essere mandata in menopausa attraverso un passaggio indotto possano, in queste prassi distorte che auspico non troppo frequenti, essere rintuzzate da un discorso medico colpevolizzante che lo trasforma in un passaggio naturale: "signora, lei non accetta l'operazione perché non riesce ad accettare l'idea di andare in menopausa". Procedura questa che *trasforma la vittima in imputata* secondo quello che storicamente ha costituito *l'itinere tipico dei processi per violenza* subiti dalle donne. E indubbiamente indirizzare la donna a un'isterectomia e annessiectomia quando sono possibili invece altre alternative, rappresenta una grande violenza dei medici nei confronti delle donne.

A mio avviso, in un rapporto medico-paziente che si concretizza come sopra descritto[14], e cioè indirizzando la paziente senza fondata ragione all'intervento più invasivo e più demolitorio, tacendo, o svalutando, altrettanto senza ragione, le possibili alternative, tacendo i rischi e i danni dell'operazione stessa, possiamo ravvisare non solo gli estremi del consenso disinformato, ma ben di più, del *consenso male informato*. Il consenso, in questi casi, mi sembra piuttosto *carpito con l'inganno* (*consenso decettivo*) alla paziente, cui non si lascia scelta tra strade diverse che non vengono nemmeno sottoposte alla sua attenzio-

14. Quanto complessivamente menzionato nel testo come esempio di comportamento e di linguaggio medico distorto corrisponde a ciò che ho riscontrato nella mia esperienza e che ho poi verificato nell'esperienza di altre donne.

ne, sulla base di dati alcuni devianti e infondati (quelli concernenti l'impossibilità di alternative e i benefici dell'isterectomia con annessiectomia), altri per lo meno lacunosi (quelli concernenti i danni immediati e i danni futuri, certi e possibili). Paradossalmente, mentre ha fatto notevoli passi avanti il dibattito sul consenso informato, per cui oggi una giurisprudenza e una dottrina maggioritarie sostengono che, in base agli art. 32 e 13 della Costituzione[15] e alla stessa legge istitutrice del Servizio Sanitario Nazionale 833/78, va rispettato il diritto del cittadino al rifiuto del trattamento sanitario anche in casi estremi, linea su cui si è posto il nuovo codice di deontologia medica del 1995 (art. 29, 31, 34 e 50)[16], qui, in casi che non sono per nulla estremi, si registra la pratica proposizione/imposizione di quello che è il trattamento peggiore perché più invasivo, demolitorio, menomante, nonché frequentemente portatore di altre patologie e necessità di altri interventi.

Si sottrae il diritto di scelta alla donna, ancora una volta negata come soggetto e vista solo come oggetto dal medico. Oggetto delle sue, del medico, opzioni di trattamento. Opzioni che riesce comunque difficile, per fattispecie come quelle indicate o altre comunque risolvibili con interventi meno lesivi, ricondurre alla preoccupazione per il benessere della paziente. Per cui, se la memoria dei miei studi di giurisprudenza non mi inganna,

15. L'art. 32 della Costituzione italiana statuisce: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge..." e l'art. 13: "La libertà personale è inviolabile".

16. Gli art. 29 e 31 riguardano il primo l'informazione al paziente e il secondo il consenso informato che deve essere espresso dal paziente in forma scritta quando vi possono essere conseguenze per la sua "integrità fisica" in modo che vi sia una manifestazione inequivoca della sua volontà. L'art. 34 statuisce che in caso di necessità e urgenza, se il paziente non può esprimere la sua volontà, il medico deve limitarsi all'assistenza e alle cure indispensabili. L'art. 50 detta che il medico non può imporre un trattamento, in questo caso la nutrizione artificiale, nemmeno quando un detenuto rifiuti di nutrirsi ma deve limitarsi a continuare ad assisterlo.

e, a maggior ragione, alla luce dei summenzionati articoli come confortati nel loro dettato dalle sentenze intervenute, ritengo che là dove si pratichino un'isterectomia e un'annessiectomia non necessitate da quelle gravi patologie non diversamente risolvibili che sole le possono giustificare, si ravvisino gli estremi del *reato di lesioni personali gravissime* in base all'art. 582 c. p. con le aggravanti previste all'art. 583 c. p., 2° comma, punto 3, che include espressamente in tale fattispecie "le lesioni personali da cui derivi la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare". Qui infatti, menomando gratuitamente l'integrità di un corpo, si va addirittura a "sottrarre organi" che, oltre a svolgere funzioni essenziali nel momento in cui vengono tolti, avrebbero, come dirò più avanti, una pluralità di funzioni anche dopo l'età fertile. Si intende, anche se la paziente ha "firmato l'autorizzazione". Non solo infatti la firma di un'autorizzazione è comunque invalida se non conclude un processo di comunicazione reale con cui il medico abbia effettivamente trasmesso alla paziente un'informazione esaustiva ri guardo alle terapie o interventi possibili per affrontare nel mi glior modo la patologia di cui si tratta, e gliela abbia trasmessa in modo che la paziente sia resa effettivamente consapevole delle scelte possibili che ha davanti, ma, a mio avviso, la "firma dell'autorizzazione" è comunque invalida ove "ratifichi" un intervento più demolitorio del dovuto. E questo anche se, per ipotesi limite, vi fosse stata un'informazione esauriente. La *negozialità medico-paziente*, infatti, deve comunque svolgersi *entro un quadro di plausibilità*. Il medico da un lato è tenuto ad agire secondo "scienza e coscienza" e quindi a proporre l'intervento che, in base a costi e benefici, produce il minor danno. Dall'altro la paziente può richiedere solo un intervento che altrettanto si collochi in tale direzione, presupponendosi appunto che ciò salvaguardi nel miglior modo il suo benessere. Se, come ipotesi limite, si desse il caso della paziente autolesionista, l'autolesionismo non può comunque essere accolto dal medico cosciente. Per cui ritengo che, come non sarebbe accettabile da parte del medico la richiesta di una donna che domandasse al chirurgo di asportarle i seni per paura di essere colpita un do-

mani dal cancro al seno, non sia accettabile la richiesta di farsi asportare utero, ovaie o ambedue per analogo motivo.

Quanto ai criteri indicati o deducibili dall'art. 583 c. p. per distinguere le lesioni gravi da quelle gravissime, tengo a precisare che io ritengo ci si trovi *comunque*, nel caso dell'asportazione delittuosa, ai sensi dell'art. 582 c. p., dell'apparato genitale femminile, nell'ipotesi di lesioni personali *gravissime* ai sensi dell'art. 583 c. p., 2° comma, punto 3, anche se tale asportazione avvenga *dopo la menopausa*. E questo non solo perché verrebbero a mancare singole funzioni fondamentali che l'utero continua ad esplicare dopo la menopausa, anche nella sfera sessuale, ma perché l'apparato genitale femminile ha nel suo complesso una funzione, certamente non surrogabile da altri organi, di fondazione e caratterizzazione dell'identità sessuale a livello biologico e quindi di fondazione, sempre a livello biologico, del rapporto tra i sessi. Per cui la sua asportazione inciderebbe molto gravemente sulla sfera relazionale complessiva della donna. Se questa mia tesi non trovasse conforto nel *de iure condito* (diritto attuale), proporrei di considerarla sul piano del *de iure condendo* (diritto da formularsi) e in questo senso chiederei anche ai colleghi giuristi di cooperare nel lavoro di elaborazione.

Quanto sopra nulla toglie ovviamente al fatto che il definirsi dell'identità di ciascuno percorra poi infinite vie. Ma, ai fini della valutazione giuridica di un reato, che è quanto qui ci interessa, mi sembra che tale funzione complessiva espletata dall'apparato genitale, non surrogabile da altri organi, faccia collocare comunque la sua asportazione non giustificata nel reato di lesioni personali gravissime. Allo stesso modo infatti valuterei l'asportazione dei testicoli a un uomo. Anche se, per pura ipotesi di lavoro, singole funzioni espletate dai testicoli fossero surrogabili da altri organi, non da meno riterrei che la loro asportazione non giustificata si configurerebbe come reato di lesioni personali gravissime in quanto appunto si tratta di organi caratterizzanti l'identità sessuale e come tali non surrogabili da altri organi. La loro asportazione certamente inciderebbe molto gravemente sulla vita di relazione, e non solo strettamente sessuale, di quell'uomo.

Quanto alla distinzione fra lesioni personali colpose o dolose rimando in linea generale ai criteri stabiliti dai codici e dalla giurisprudenza. In base a tali criteri è evidente comunque che se dovessero verificarsi per dei casi in Italia le ipotesi che gli avvocati delle pazienti avanzano negli Stati Uniti per una così eccessiva incidenza di isterectomie, imputandola, oltre che al training dei medici, all'interesse professionale o al profitto economico (*Hysterectomy and Its Alternatives* 1996) saremmo, per queste due ultime ipotesi, nel quadro del dolo.

Per tornare ora al discorso che stavamo conducendo sul rapporto medico-paziente e sui vizi che in tale rapporto ricorrono nel caso di isterectomie non giustificate, il caso che ponevamo quasi per assurdo della paziente pur validamente informata ma autolesionista, è ovviamente un'ipotesi limite che comunque andava contemplata. Resta il fatto che l'abuso dell'isterectomia regge invece su un consenso male informato, consenso decettivo appunto, e sulla pratica di sostituzione del medico alla paziente nella decisione di effettuare questo intervento.

Fermo restando quindi che è inammissibile questa inversione delle parti fra medico e donna nell'esercizio del *diritto sovrano* che appartiene a tutti i pazienti/cittadini di decidere riguardo al proprio corpo e relativi trattamenti terapeutici, e di decidere sulla base di una corretta informazione riguardo alle opzioni possibili, devo dire che altrettanto lascia interdetti, anche da un punto di vista medico, non solo giuridico, la causale frequentemente addotta per giustificare l'insistenza su tale proposta e cioè *l'evitare un domani il rischio di cancro*. Sinceramente non mi è mai parsa una grande strategia togliere l'organo per evitare che si ammali. Trovo paradossale che l'isterectomia con annessiectomia possa essere praticata come forma di prevenzione del cancro all'utero e alle ovaie. E trovo altrettanto paradossale che l'orientamento a togliere anche le ovaie, pur sane, possa trovare ulteriore giustificazione nel fatto che, come sostengono alcuni, ci sarebbero relativamente pochi studi sul cancro che le colpisce. Per cui, sulla base dei dati attuali, spesso non si sarebbe in grado di intervenire in tempo. Ma, togliere ovaie sane come forma di prevenzione del cancro, pur

a una certa età che non mi appare avanzata se inizia già a 45 anni, in alcune prassi anche prima, contribuisce solo a demotivare rispetto all'impegno a sviluppare ulteriori studi sull'argomento. E soprattutto non sono le donne a dover compensare con il sacrificio del loro corpo, dato il pesantissimo danno che subiscono, all'insufficienza di studi in questo campo. Quanto alla tutela poi che l'ablazione delle ovaie rappresenterebbe rispetto al cancro ovarico, ci sembra doveroso richiamare l'attenzione, per una verifica, sul parere contrario di altri medici[17], per non rischiare che il sacrificio del corpo femminile, oltre che ingiusto, sia anche controproducente.

La questione cruciale qui in gioco è che il medico che orienta così disinvoltamente all'isterectomia (e annessiectomia) *viola* quello che è un *diritto umano fondamentale e indiscutibile* cioè il *diritto a salvaguardare l'integrità del proprio corpo* cui dovrebbe corrispondere un *criterio di etica medica* di salvaguardia anzitutto del corpo stesso nella sua integrità per i poteri riproduttivi che racchiude. Poteri finalizzati dalla natura non solo a produrre altri corpi ma anzitutto a riprodurre il corpo in quanto tale di ogni individuo/a. Per cui il medico dovrebbe orientarsi all'intervento chirurgico solo ove veramente irrinunciabile e nelle forme possibilmente meno invasive. La gratuita menomazione del corpo delle donne, invece, che l'isterectomia rappresenta quando è pratica abusata, nega tale principio che dovrebbe essere un caposaldo della medicina, ed evidenzia l'adozione di un approccio meccanicista-riduzionista, qui altrettanto definibile "approccio dell'età", aberrante nei confronti del soggetto femminile, che va a scapito sia di una visione olistica del corpo sia di una concezione della donna come persona.

17. Di contro a questa tesi il dr. Celso Ramon Garcia dell'Ospedale dell'Università di Pennsylvania sostiene che la rimozione delle ovaie non tutela le donne dall'essere colpite da un tipo di cancro che appare identico a quello ovarico mentre alcuni studi dimostrerebbero invece che le donne che hanno subito un'isterectomia ma hanno mantenuto le loro ovaie hanno il tasso di cancro ovarico più basso in assoluto (Dranov P., *American Health* 1990, pp. 36, 38-41).

Ma, *anche* a voler soffermarci per un momento *all'interno di una visione che vede isolatamente i singoli organi, privilegiandone le funzioni più appariscenti*, sembrerebbe già bastevole a distogliere dalla disinvoltura riguardo all'isterectomia (e annessiectomia) la consapevolezza dei danni certi già menzionati di induzione istantanea e violenta di menopausa e impossibilità di procreare cui si aggiungono i danni possibili derivanti da ciò che nessun medico può ignorare e cioè che, essendo l'utero parte importante dell'architettura del ventre, la sua asportazione ha molto spesso conseguenze negative per le funzioni esplicate da altri organi. Potrei aggiungere che proprio l'impegno delle donne che in vari paesi hanno cominciato a ribellarsi a questa sistematica castrazione del loro corpo e a voler analizzare più approfonditamente la questione ha probabilmente contribuito a portare alla luce come l'utero costituisca parte fondamentale del sistema endocrino femminile e abbia importanti funzioni anche dopo l'età fertile. Per cui oggi hanno cominciato a circolare, seppur in modo ancora sommesso, osservazioni[18] sull'utilità di quest'organo anche dopo che ha cessato la sua potenziale funzione riproduttiva in quanto la sua attività proseguirebbe durante e dopo la menopausa con la produzione di ormoni e altre sostanze. Tra queste le betaendorfine, gli analgesici naturali del corpo umano e la prostaciclina, un tipo di prostaglandina che inibisce la formazione dei trombi. Per cui sarebbe probabilmente la perdita di quest'ultima sostanza la causa delle malattie vascolari che tendono ad aumentare in seguito a isterectomia, così come sembrerebbe imputabile sempre a quest'operazione l'ipertensione che varie donne accusano dopo l'intervento. Ancora tra le gravi conseguenze vengono annoverate la perdita di energia e resistenza fisica, la riduzione di secrezioni sessuali e di piacere fisico in generale. Effetti quindi molto pesantemente negativi che pongo per lo

18. Rimando ancora all'articolo di F. Collenghi (1997) già citato ma ho trovato anche in altre fonti, specie statunitensi, tra cui *Hysterectomy and It's Alternatives* (1996), riscontro alle informazioni contenute in questo articolo.

meno all'attenzione per una verifica che sia inclusiva anzitutto della voce delle donne che hanno subito l'operazione. Esiti che andrebbero ad aggiungersi a quelli più noti concernenti il sistema urinario perché la vescica perde il supporto rappresentato dall'utero, e concernenti le funzioni intestinali che incontrano difficoltà perché parte dell'intestino tende a collocarsi nella cavità lasciata vuota dall'asportazione di tale organo. Varie donne inoltre accusano[19] dopo l'intervento senso di perdita, disturbi a livello psichico, depressione, mancanza di desiderio sessuale, aumento di peso, affaticamento, insonnia, mal di testa, male alle giunture, senso di vertigini. E soprattutto varie donne, come viene esplicitato sempre più, riscontrano un notevole pregiudizio nell'esplicarsi dell'attività sessuale. Vari studi, tra cui quelli menzionati da Ryan (1997), affrontano questo problema. Tale pregiudizio comunque appare logico se mettiamo in conto: i mutamenti nella struttura anatomica provocati dall'operazione e concernenti sia la vagina sia l'utero che viene solitamente asportato nella sua totalità e che, attraverso la cervice, svolgerebbe invece una funzione importante nell'orgasmo come ritengono studi menzionati qui di seguito e come confermano donne che hanno vissuto pienamente la loro sessualità; la mancata lubrificazione vaginale dovuta alla stessa asportazione della cervice e alla perdita repentina e totale degli estrogeni prodotti dalle ovaie visto che l'annessiectomia accompagna così frequentemente l'isterectomia; la brusca alterazione ormonale provocata dalla menopausa indotta ed istantanea, alterazione che si ripercuote sul desiderio sessuale e che spesso provoca depressione la quale pure incide negativamente sul tono sessuale. Così come tutto il corollario in sé di disturbi eventuali sopra menzionati non può che incidere negativamente sulla sfera erotica poiché soffrire ancora e doversi occupare

19. Ciò corrisponde a quanto le donne isterectomizzate comunicano e che trova riscontro anche in Dranov P., *American Health* (1990, pp. 36, 38-41), in *Hysterectomy* (1994) e in *Hysterectomy and It's Alternatives* (1996).

di altri interventi o terapie ingombra quello spazio mentale già troppo compresso dai ritmi del lavoro e che è necessario invece preservare anche per la creatività e l'immaginario amoroso. Vien da chiedersi quanto il fatto che il medico non si ponga di solito il problema del pregiudizio alla sessualità femminile, mentre tende a sottolineare invece il vantaggio di una sessualità libera dal rischio di gravidanze indesiderate, esprima, più o meno inconsciamente, una complicità maschile. In realtà infatti sarà il partner della donna a trarre dall'isterectomia da lei subita il vantaggio di una sessualità, la propria, non compromessa da alcun intervento chirurgico ma finalmente libera da necessità di controlli riguardo all'eventualità di provocare gravidanze. Questo ovviamente prescindendo qui dal considerare le ricadute negative che a livello psichico l'operazione può determinare invece sulla stessa sessualità maschile.

Mi sembra comunque che l'insieme di conseguenze che stiamo considerando, alcune certe, altre possibili, normalmente non menzionate dal ginecologo come contropartita negativa dell'operazione, e che si aggiungono a quelle certe e già menzionate di istantaneo e violento passaggio alla menopausa e di perdita della capacità di procreare, mentre invece viene fatto ben presente il rischio di un totalmente eventuale cancro nel caso non si accetti l'operazione, sia più che sufficiente a fare ipotizzare come molto improbabile un reale consenso della donna. Nessuna infatti può desiderare di essere isterectomizzata se non è più che necessario.

Così come, se non è necessario, nessuna può desiderare di subire un'operazione, in questo caso per di più pesante, in quanto oltre alle cicatrici, eventuali aderenze, dissesti nell'organismo e rischi di vario tipo, l'operazione può comportare anche la necessità di trasfusioni che, in un periodo come quello attuale, di grande morbilità, con presenza di morbi vecchi, nuovi e non conosciuti, può divenire, in modo del tutto imprevedibile, causa sia di malattie che di morte[20].

20. Nadia Berini è deceduta a Padova a 39 anni il 7 gennaio 1992 per una trasfusione infetta del virus dell'Aids somministrata all'ospeda-

Notiamo ancora che, mentre, almeno in Italia, si pratica in grandissima prevalenza l'isterectomia totale, nella discussione in atto a livello internazionale sulle possibili alternative all'isterectomia, discussione corredata di una serie di studi comparativi riguardo a costi e benefici (inclusa la qualità della vita), si ridiscute anche l'opportunità di recuperare l'isterectomia sovracervicale (isterectomia subtotale). Infatti già uno studio condotto in Finlandia evidenzierebbe la riduzione dell'orgasmo quando è rimossa la cervice[21]. Altri sono programmati negli Stati Uniti per verificare tale relazione[22]. Ma forse l'esito sarebbe già noto se si fosse semplicemente tenuto conto di ciò che le donne accusano dopo l'intervento. E si raccomanda anche, nel caso sia veramente necessario procedere a un'isterectomia, il ritorno a quella per via vaginale che comporta meno cicatrici ed è meno demolitoria perché lascia al loro posto, non obbligatoriamente ma di regola, le ovaie e le tube di Falloppio. Sorge spontanea la domanda su quanto fondata sia la ragione per cui si è praticata e si pratica ancora l'asportazione di ovaie sane nell'isterectomia per via addominale se nell'altra invece le si conserva. E sorge altrettanto spontanea la domanda sul perché pochi chirurghi siano esperti nella procedura per via vaginale per cui la maggioranza delle isterectomie avviene per incisione addominale con il relativo portato di cicatrici e rischi[23]. Va tenuto presente comunque, in un momento in cui si

le di Asolo ove aveva subito a 34 anni un'isterectomia per fibromi. Nel momento in cui con questa relazione cerco di affrontare un problema che tocca tante donne, menzionare il suo caso, oltre che testimoniare il ricordo di un'amica cara, spero contribuisca a sollecitare un atteggiamento medico estremamente cauto nell'avvicinarsi al corpo di una persona.

21. Notizia fornita da Dranov P., *American Health* (1990, pp. 36, 38-41).

22. Notizia fornita da Ahcpr, Agency for health care policy and research (1996, 31 ottobre) *Funding Studies on Hysterectomy vs. Alternatives Treatment for Uterine Conditions*, comunicato stampa via Internet.

23. Queste osservazioni sono fornite da Dranov P., *American Health* (1990, pp. 36, 38-41).

ridiscute l'opportunità di ripristinare quando possibile l'isterectomia subtotale, che la procedura per via vaginale non permette di conservare la cervice. Altri notano come la miomectomia sia tecnicamente più complicata della rimozione totale dell'utero e richieda una maggiore esperienza e abilità da parte del chirurgo, il che spiegherebbe in parte perché nelle sale operatorie si preferisca la soluzione più radicale[24]. Ho conferma che in molti casi la miomectomia può essere più impegnativa di un'isterectomia. La stessa asportazione del solo utero, lasciando al loro posto le ovaie, costituisce operazione più complessa e che richiede un po' più di tempo rispetto all'asportare tutto l'apparato genitale. Ma la non adeguata capacità o la fretta di alcuni chirurghi non possono essere risolte con una lesione maggiore del corpo femminile ed un insulto più pesante alla persona donna.

Quanto alla cicatrice esterna derivante dall'incisione addominale anch'essa non può essere sottovalutata per l'inestetismo che comporta quando tale incisione è praticata verticalmente dall'ombelico al pube anziché orizzontalmente lungo la linea del pube. Ambedue i tipi di incisione hanno pesanti controindicazioni. Quella orizzontale perché taglia la fascia dei muscoli addominali ed è facile che nella fase di cicatrizzazione si produca un antiestetico effetto "a grembiulino". Quella verticale perché già di per sé costituisce un pesante inestetismo, più grave quando vengono usate deturpanti modalità di sutura, che incide sulla percezione che la donna ha e altri hanno del suo corpo per cui può influire negativamente sulla sua vita sessuale e di relazione in generale. Anche sotto questo aspetto, visto quanto conta ancora per occhi maschili la bellezza e l'armonia del corpo femminile, appare doppiamente ingiustificabile che l'uomo medico indirizzi la donna a subire un'isterectomia che appunto avviene di regola per via addominale, spesso praticata con un'incisione verticale e malamente suturata, se sono possibili invece altre soluzioni. Oppure, nella

24. Rimando ancora alle osservazioni di Collenghi (1997).

mente di alcuni medici vi sono due categorie di donne, le proprie (mogli e fidanzate) e quelle degli altri? Il dubbio mi viene avendo anche sentito affermare pubblicamente in un convegno da un ginecologo che le mogli dei medici di solito non vengono isterectomizzate.

Ma, anche per affrontare l'eventuale cedimento dei muscoli addominali così come l'insieme di conseguenze, alcune certe altre probabili che l'intervento di isterectomia comporta, viene lamentato dalle pazienti che non vengono loro fornite al momento della dimissione delle "linee guida scritte" che le informino in modo adeguato di tali conseguenze e indichino come affrontarle e a quali strutture è possibile rivolgersi. Anche in questo potrà difendersi meglio la paziente con più cultura, con più mezzi e con più tempo per mettere a fuoco i problemi e cercare i rimedi. Quella invece che non gode di queste condizioni girerà a vuoto per un po' rassegnandosi quindi più o meno bene ai suoi malanni e senza mai venire a sapere ad esempio che può fare una ginnastica appropriata per prevenire l'incontinenza urinaria e il cedimento muscolare e dove può fare questo. Sempre ammesso che possa trovare il tempo e il denaro.

In conclusione, guardare all'organo dimenticando che inerisce a una persona non può che portare a una forma di cecità del medico-chirurgo il quale rischia di imboccare una soluzione che fa affogare il beneficio in un mare di danni che egli appunto "non vede".

Ma, per riprendere il discorso con cui tento di esplicitare tutte le conseguenze negative solitamente sottaciute attorno all'asportare organi che hanno una complessità di funzioni nella sfera fisica, psichica e relazionale, una cosa intendo affermare. E cioè che *più a monte delle considerazioni che si possono svolgere considerando le funzioni di ciascun organo, le quali comunque oggi appaiono più numerose e poliedriche di quanto fino a ieri si assumeva*, al di là del rilievo dato alle singole funzioni, *l'utero e le ovaie* sono parti essenziali del corpo, irrinunciabili se non in caso estremo, poiché *contribui-*

scono a riprodurre il corpo in quanto tale, costituendone parte integrante. Sono parte della *trama della vita tessuta da e fra ogni organo* del corpo, sono i *poteri riproduttivi del corpo stesso.* Una foresta non serve solo per estrarre legname. "La foresta dà terra, acqua, aria pura" cantano le donne Chipko in India[25]. La foresta serve a dare ombra ai villaggi, serve a fornire nutrimento fuori dai meccanismi del mercato e quindi serve a garantire vita e abbondanza. Così è del corpo umano nella sua integrità. L'equilibrio e la forza che un corpo esprime passano attraverso il complesso dei suoi organi. Una persona è l'esito della storia che il suo corpo, entro cui vive anche la sua mente simbioticamente con il suo apparato genitale e il complesso di tutti gli altri suoi organi, ha vissuto e vive. Una persona è il suo corpo. Come si può pensare che colpire un corpo di donna in una parte così significativa e caratterizzante dell'identità sessuale non possa costituire una lesione grave nel fisico come nella psiche, una ferita profonda della persona? È una visione macchinica della donna, donna solo come macchina riproduttrice di altri esseri umani, fattrice di figli, e che esaurisce con ciò la sua funzione, quella che pensa di poter sguarnire il suo corpo, più o meno vicino alla fine dell'età fertile, di quei pezzi che ritiene non servano più.

Devo dire di non aver riscontrato lo stesso approccio nelle ginecologhe da me interpellate anche se, ovviamente, sono state poche. E che anzi il loro esplicitare e proporre quelle alternative solitamente taciute da molti ginecologi maschi, non da tutti, da un lato costituiva prova dell'abuso dell'isterectomia, dall'altro rimandava al problema che la dominazione maschile

25. Come scrive Shiva (1990, p. 266): "Con il premio Nobel alternativo una parte della comunità mondiale si affianca alle donne Chipko nella sfida a questa nozione di progresso e illuminismo. Sono trascorsi dieci anni da quando le donne dell'Henwal Ghati con lanterne accese in pieno giorno vennero a mostrare agli esperti in silvicoltura 'la luce' (cioè che le foreste producono terreno e acqua e non solo legno e redditi); ora esse non sono più sole nella sfida al monopolio esclusivo dei 'lumi' da parte degli esperti occidentali".

di un territorio così squisitamente femminile come la ginecologia ha comportato gli alti prezzi che le donne fino ad oggi hanno pagato e continuano a pagare. La ragione di questo differente orientarsi di donne ginecologhe (non tutte) rispetto a molti ginecologi sta a mio avviso nel fatto che, mentre le ginecologhe in quanto donne hanno un rapporto di identificazione con il corpo femminile per cui è difficile ipotizzare che se avessero occupato posizioni di potere si sarebbero fatte promotrici di orientamenti disinvoltamente castratori, questo non è vero per i ginecologi maschi.

Il corpo femminile è certamente per l'uomo più territorio di conquista che di identificazione. Ed è più o meno latente il rischio che nel rapporto medico-paziente questo rapporto possa caricarsi di valenze aggressive. Ragione ulteriore perché i ginecologi, consapevoli del limite che il loro stesso essere uomini può rappresentare, mettano a verifica una volta di più, in un confronto reale e rispettoso con le donne, l'adeguatezza delle loro proposte.

È anche vero che, fino a ieri, donne ginecologhe in un ambiente dominato da uomini, ne possono aver mutuato i modelli di rapporto e di intervento, come altre hanno rinunciato per sempre alla professione non riscontrando, nella sede data, spazio per poter attuare una ginecologia diversa e non volendo nel contempo essere complici di pratiche aggressive. Fatto sta che, in un settore medico concernente le donne ma ove, nella storia più recente della medicina, un punto di vista femminile ha avuto poco modo di affermarsi, mi trovo invece oggi a ribadire qualcosa che per me come per le donne in genere penso sia "autoevidente", e cioè che è male subire un'operazione pesante se non è più che necessario, che è male essere mandate anticipatamente e violentemente in menopausa, che è male essere private della capacità di procreare per quanto residuale possa essere considerata ad una certa età, e che è bene invece conservare l'integrità del proprio corpo e del proprio apparato genitale. Non a caso né l'andrologia né l'urologia hanno promosso pratiche corrispondenti all'isterectomia diffusa, né mi risulta siano settori dominati da donne. Gli uomini tutelano il loro

sesso ma nella pratica medica come nella pratica sociale troppo spesso sono disinvoltamente aggressivi nei confronti dell'altro sesso. D'altronde l'occupare in modo prevalente e da posizioni di potere la ginecologia così come molti altri settori professionali è loro permesso da quell'iniqua e non ancora scalzata divisione del lavoro per cui le donne sono più oberate da responsabilità familiari e quindi meno libere di dedicarsi alla professione. Ma, anziché essere grati ai corpi femminili che li hanno generati e allevati, e che gli permettono ancora con la loro fatica non retribuita di percorrere professioni qualificanti e remunerate come appunto la professione medica, i medici uomini spesso siedono sul loro vantaggio di cui non fanno restituzione nemmeno in termini di rispetto. Causano ancora invece, quando si fanno promotori di pratiche aggressive, la moltiplicazione della fatica di vivere delle donne, donne pazienti e donne medico, che devono costruire reti di controinformazione per far conoscere e privilegiare sedi di ginecologia più rispettose del corpo femminile ma a volte più disagevoli rispetto al luogo ove si abita.

Oggi pare esservi non solo un dibattito più largo e pubblico sulla *menopausa* ma un fervere di iniziative e risorse che dovrebbero permettere di attraversare in modo migliore questo periodo. A maggior ragione a tale proposito ritengo che un medico che ricordasse di dover agire, in ottemperanza al giuramento di Ippocrate, "secondo scienza e secondo coscienza", dovrebbe anzitutto escludere di proporre/imporre alle donne il trauma fisico e psichico di non giustificabili "menopause chirurgiche", notoriamente vissute molto peggio di un naturale e graduale passaggio alla menopausa perché più gravide di conseguenze negative. Ed altrettanto di non proporre/imporre quelle che io chiamo "menopause chimiche" attraverso bombardamenti con ormoni sintetici che mettono a tacere per sempre e anzi tempo le ovaie e che rappresentano un'altra forma di intervento violento, e per ciò stesso causa di grandi danni nel corpo femminile. Alludo agli analoghi del *GnRH* la cui funzione è provocare ciò che significativamente viene definita "ovariectomia medica" (Goldfarb e F.A.C.O.G. 1997) e che al-

cuni medici somministrano in dosi massicce (ben oltre le 3 iniezioni) alle pazienti secondo loro vicine alla menopausa auspicando proprio per questo di provocarla per risolvere ad esempio sanguinamenti dovuti a fibromi di molto contenute dimensioni. Ed effettivamente raggiungono lo scopo. Terminano i sanguinamenti ma la paziente avrà tutte le conseguenze della menopausa indotta in modo violento, e anche, nel caso, una possibile osteoporosi ed eventualmente, come si è già dato, altri effetti molto negativi come un'atrofizzazione dei genitali e un repentino cedimento e invecchiamento dei tessuti, effetti che risultano imprevisti proprio perché l'uso di questi farmaci è piuttosto recente, ma soprattutto perché il ginecologo non si preoccupa di metterli in conto. Una volta prodottisi tali effetti nessun medico, a quanto risulta, sa come porvi rimedio. Solo allora "a posteriori" ricorda che ogni corpo è un caso a sé e che, se si rompono i suoi equilibri, non si sa come reagisce. Non voglio discutere in questa sede usi più appropriati e contenuti di tali farmaci, visto che i piccoli fibromi sono risolvibili invece con vari tipi di interventi o terapie che non producono danni pesanti. Auspico invece che tali farmaci, avendo un notevole impatto sul corpo, vengano, come dovrebbe essere per ogni farmaco, usati con molta cautela, e soprattutto, che la stessa ricerca farmacologica imbocchi vie che non alterino in modo così violento gli equilibri fisiologici.

Per ciò che concerne le "terapie sostitutive" tengo invece a sottolineare che, per quanto si possa discutere riguardo ai loro vantaggi e svantaggi, è comunque un'aberrazione, quando così avviene, proporle con una mano mentre con l'altra si conduce ad un'isterectomia (con annessiectomia) non necessaria. In certi casi la disponibilità di tali terapie è divenuta invece una ragione in più per proporre con disinvoltura la "menopausa chirurgica" contando di poterne temperare gli effetti con tali nuovi ritrovati. Che sono comunque farmaci, come tali *non* equivalenti alle ovaie, con alcuni effetti negativi assodati, altri da verificare nel tempo.

A proposito ancora della menopausa, un altro aspetto fortemente criticabile che ho riscontrato consumarsi attorno alla vi-

cenda dell'isterectomia (e annessiectomia) nelle dinamiche medico-paziente è *l'assunzione* da parte del medico di un *modello standard di donna che va in menopausa a 52 anni (altri reputano a 49)* perché, se questa è l'età probabile secondo le statistiche, poco o nulla conta ai suoi occhi l'età reale in cui tale evento si verificherà per la paziente che ha davanti. Varie donne invece vanno in menopausa a 55 anni. Nel volger di pochi mesi, senza dedicare particolari indagini, ho conosciuto casi di donne che sono andate in menopausa a 57. Non so se vi sono adeguati studi per affermare con certezza che quest'età media di menopausa non va spostandosi come è successo per altre scadenze in un corpo che complessivamente vive più a lungo ed è giovane più a lungo. Resta il fatto che l'eventuale divario reale fra una propria età di menopausa più tarda e quella ipotizzata rappresenta un vantaggio importante di anni in più in cui le proprie ovaie, e non eventuali prodotti farmaceutici, producono estrogeni con i noti vantaggi che ne derivano. Per qual ragione privarne le donne proponendo l'isterectomia (e annessiectomia) perché tanto si è vicine (spesso poco vicine) ai 52 anni? Anche qui vi è un diritto umano da rivendicare che costituisce a mio avviso un'ulteriore esplicitazione del diritto già ribadito di conservare l'integrità del proprio corpo. E cioè *il diritto al rispetto della propria individuale età di menopausa.*

Ma, su un piano più profondo, nonostante l'emergere di una nuova cultura medica che pretenderebbe essere più attenta al nuovo profilo di donna e di cui le stesse terapie sostitutive intenderebbero costituire un esito, si ha spesso la sensazione che alla *standardizzazione della data* di menopausa *corrisponda* nella mente del medico che sta davanti una *standardizzazione* delle *fasi di vita* della donna e della *tipologia di donna.* C'è stato il momento dell'amore, c'è stato quello dei figli e ora è quello della maturità e della rinuncia. Ma non è così. Non solo i tempi biologici sono stati largamente scalzati e sconvolti da un'organizzazione del lavoro e da una concreta, possibile costruzione dei percorsi di vita largamente contraddittori rispetto alle fasi biologiche, ma lo stesso volere delle donne ha costrui-

to, pur dentro le nuove difficoltà, una propria autonomia rispetto a tali fasi. Il che significa non solo una non rinuncia ad una vita amorosa per ragioni di età ma che lo stesso svolgersi di una vita amorosa può scandirsi in modo totalmente atipico. Si può essere state molto caste da giovani perché ad esempio troppo stressate dal doversi costruire un posto di lavoro o una carriera, si può aver trovato rapporti appaganti o problematici ad un'età più matura. Agli uni e agli altri non giova certamente l'intervenire di una "menopausa chirurgica" con il pregiudizio all'attività e alla vita sessuale che comporta e con i frequenti disturbi e necessità di altri interventi o terapie che l'accompagnano[26]. Così come non giova a chi voglia mantenere una buona vita sessuale in un rapporto matrimoniale o in un rapporto comunque già continuativo e consolidato. E altrettanto dicasi per la "menopausa chimica".

26. Secondo quanto leggiamo in Dranov P., *American Health* (1990, pp. 36, 38-41) che conferma come negli Stati Uniti l'isterectomia sia ancor più diffusa che in Europa e la percentuale di una donna su tre entro i 60 anni che subisce questa operazione, tale intervento risulta avere complicazioni nel 50% dei casi. La rimozione delle ovaie che accompagnerebbe circa il 45% degli interventi di asportazione dell'utero produrrebbe, si sostiene, più male che bene. *Hysterectomy and It's Alternatives* (1996) riporta di 500 morti all'anno dovute a questa operazione e bene illustra le varie ricadute negative dell'intervento tra cui l'aumento del rischio di trombi e attacchi di cuore dovuti alla mancanza di prostaciclina, l'ormone prodotto dall'utero che inibisce appunto la formazione di trombi. L'articolo riporta della diminuzione di isterectomie negli Stati Uniti menzionando le cifre fornite dal Center for Health Statistics dal 1975 (724.000) al 1996 (556.000) asserendo che sono comunque ancora troppe, il 30% non sarebbe necessario. Il 74% riguardano donne fra i 30 e i 54 anni. Entro i 65 anni le donne ne sarebbero toccate nella misura del 37%. L'articolo rileva ancora il notevole divario fra le differenti regioni degli Stati Uniti riferendo che, come riporto nel testo, gli avvocati delle pazienti imputano le isterectomie non giustificate al fatto che i medici sono stati in genere formati nella direzione di optare per questo intervento, o che lo raccomandano per loro convenienza o profitto. L'articolo fornisce dettagliate informazioni riguardo alle alternative possibili.

Altro paradosso, e non sarebbe l'ultimo, è costituito dal fatto che, mentre, come accennavo, le *nuove tecnologie della riproduzione* abbattono frontiere e sperimentano nuovi territori, e possono quindi permettere a donne di *concepire più tardi* di quella che fino ad un passato recente poteva essere considerata l'età limite consigliabile, la proposta di isterectomia, quando non è più che fondata, *vanifica gratuitamente questa possibilità*. E, lasciando anche qui da parte, per economia di discorso, qualunque considerazione relativa a ciò che è auspicabile o meno nelle opportunità aperte da queste nuove tecnologie, mi sembra comunque molto grave, visto che nella vita situazioni e circostanze mutano repentinamente, che si distrugga questa possibilità. Si può restare senza figli dopo averne avuti, e desiderare infinitamente di averne un altro.

Precedenti storici

Potrei menzionare altre negatività che pesano ancora attorno a questa operazione. Ma, già dopo queste prime riflessioni mi resta l'imbarazzo, avvertito fin dall'inizio, di aver cercato di dimostrare l'evidente e cioè che un intervento conservatore e meno invasivo è meglio di uno demolitorio e più invasivo, e che il medico non è il sovrano della donna ma la donna, come ogni paziente/cittadino, è sovrana di se stessa e quindi è sovrana riguardo ad ogni decisione che riguardi il suo corpo. I cittadini, donne e uomini, non sono proprietà/oggetto né della scienza né dello stato attraverso le sue strutture sanitarie. Devo allora chiedermi: se ho cercato di dimostrare l'evidente perché ho dovuto farlo? Quali sono le ragioni che, nella fattispecie considerata, spingono in vari casi la prassi medica a contraddire principi etici e diritti fondamentali dei cittadini o, meglio, delle cittadine?

Una prima ipotesi rimanda certamente a chiedersi *quanto sedimenti* ancora, al di là della consapevolezza dei medici, di quella *lunga storia di aggressione al corpo e al sapere femmi-*

nile su cui si innestarono *la nascita e lo sviluppo della medicina come scienza ufficiale*. Numerose sono le opere in merito, e particolare fioritura conobbero proprio grazie all'impegno di storiche e studiose femministe in Europa e in Nord America. Tra i testi che condussero una notevole ricostruzione analitica ed ebbero larga udienza nel movimento femminista degli anni Settanta a livello internazionale ci fu lo studio di Barbara Ehrenreich e Deirdre English, *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*, tradotto anche in italiano nel 1975. Questo lavoro, cui rimanderemo in particolare per le osservazioni concernenti l'Ottocento negli Stati Uniti, mette anzitutto in luce come primo bersaglio della nascente medicina ufficiale in Europa dal XIII al XIV secolo non fu tanto un sapere popolare rappresentato dalle varie guaritrici in seno ai più poveri, ma il sapere delle guaritrici colte urbane con cui entrava in concorrenza per acquisire quella clientela agiata che già rappresentava una domanda consistente. Le guaritrici colte urbane furono spodestate non solo dal divieto d'accesso in quanto donne a quasi tutte le Università ma anche in base a leggi che vietavano la pratica medica a chi non avesse un'istruzione universitaria. Esemplare in merito fu il caso, di cui le autrici riferiscono, della famosa guaritrice Jacoba Felicie, donna colta che aveva seguito "corsi speciali" di medicina, più esperta, per riconoscimento degli stessi pazienti, di qualsiasi altro medico e chirurgo di Parigi, e che venne portata in giudizio nel 1322 dalla Facoltà di Medicina dell'Università di questa città con l'accusa di pratiche illegali.

La strategia combinata di "divieto d'accesso" e "messa fuori legge" fu talmente efficace che alla fine del XIV secolo la campagna dei medici professionisti contro le guaritrici colte urbane in Europa era praticamente conclusa. I medici maschi avevano conquistato il monopolio della medicina presso le classi abbienti. Rimaneva ancora fuori dalla loro competenza l'ostetricia che, anche per la clientela agiata, rimase campo prettamente femminile per altri tre secoli.

L'ostetricia vide invece costituirsi più tardi l'alleanza di stato, chiesa e professione medica (maschile) nell'intento di avocare alla professione medica "regolare" sotto il controllo dello stato e della chiesa anche questo settore a prezzo dello sterminio delle cosiddette "streghe", in gran parte levatrici appunto e guaritrici in seno al popolo. Ma questa persecuzione costituì parte di quell'insieme di macroperazioni nel sociale attuate con differenti periodizzazioni, alcune già dal XIV secolo, le altre nel loro complesso dalla fine del XV fino al XVIII secolo, di cui la più famosa fu la *espropriazione/recinzione delle terre comuni*. Se questa servì a creare la miseria necessaria all'avvio del modo di produzione capitalistico, rendendo con ciò disponibili ad esso immense quantità di forza lavoro, la *caccia alle streghe* servì invece a *espropriare le donne del proprio corpo* privandole anzitutto del sapere e potere di decisione riguardo ai suoi poteri riproduttivi perché la riproduzione degli individui, d'ora innanzi riproduzione di forza-lavoro per ciò che concerneva l'ambito di una popolazione espropriata e impoverita, doveva passare sotto il controllo dello stato attraverso la mediazione della professione medica. Anche a tale proposito numerose sono le opere femministe, poiché tale processo e tale periodo storico costituirono un momento fondamentale nella definizione della nuova individualità femminile e del suo rapporto con le professioni e con le istituzioni. E di rilievo fu il contributo di studiose, con cui coopero dagli inizi degli anni Settanta, che rivisitarono da un punto di vista di donna la storia della caccia alle streghe. Menziono anzitutto il testo di Silvia Federici e Leopoldina Fortunati (1984) *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale*. Federici (1984) in particolare osserva come la caccia si estese in Europa dal XIV al XVII secolo, con il periodo più acuto dal 1550 al 1650 quando dopo atroci torture vennero arse vive, si calcola, circa 100.000 donne. Le vittime erano, come dicevo, prevalentemente levatrici del paese colpevoli di sapere non solo del parto ma anche dell'aborto e dei mezzi anticoncezionali. E inoltre guaritrici nonché donne accusate di facili costumi.

Ma era tanto più facile essere accusate in quanto donne sole, non sposate, vecchie e soprattutto a capo delle rivolte urbane e contadine causate dal rincaro dei prezzi, dall'imposizione continua di nuovi balzelli e decime e soprattutto dalle espropriazioni di terra. Vergini e donne incinte, invece, non venivano di regola mandate al rogo. Questo che fu il più grande sessocidio che la storia ricordi e che rappresentò un momento fondamentale nella storia della lotta fra le classi e fra i sessi, tolse di mezzo, anche se mai definitivamente, con le donne stesse che vennero giustiziate, una medicina popolare e in particolare un sapere ginecologico ostetrico che era stato esclusivamente nelle loro mani. Questo sapere sarebbe stato soppiantato da una medicina ufficiale, sotto il controllo dello stato e della chiesa, che avrebbe comunque impiegato secoli prima di poter riempire con qualcosa di realmente terapeutico il vuoto lasciato dallo terminio delle guaritrici e delle levatrici. È bene sapere che mentre ci furono streghe che pervennero ad una conoscenza approfondita delle ossa e dei muscoli, delle erbe e delle droghe, i medici del tempo ancora derivavano le loro prognosi dall'astrologia. Tanto vaste erano le cognizioni delle streghe che Paracelso, considerato il 'padre della medicina moderna', diede alle fiamme nel 1527 il suo testo di farmacologia confessando che 'tutto ciò che sapeva lo aveva imparato dalle fattucchiere' (Ehrenreich e English 1975, p. 40). I nascenti stati capitalistici ora avocavano a sé, attraverso la scienza che doveva passare per le Università e quindi anzitutto attraverso le teste di uomini delle classi dominanti, visto che le Università, con rare eccezioni, erano vietate alle donne, il sapere e soprattutto il controllo sulla riproduzione umana. Questa espropriazione omicida del patrimonio che le donne del popolo avevano costruito e tramandato escluse tra l'altro dalla possibilità di cura gli strati più poveri della popolazione. Ma soprattutto il rogo servì a bruciare con la levatrice e le altre condannate quella figura di donna medievale antagonista rispetto al nuovo modello femminile che la famiglia nel nascente capitalismo esigeva. Quella donna medievale che era ben presente in molte pro-

fessioni e mestieri, non solo quindi nella medicina, che viveva in una dimensione di vita molto sociale e la cui sessualità non era esclusivamente subordinata ai fini procreativi. Ma se godere di una "cattiva reputazione" era già prova sufficiente per essere mandate al rogo teniamo presente che proprio nel passaggio al nuovo modo di produzione, le donne, escluse sia dall'accesso alla terra per le continue espropriazioni/recinzioni sia dai mestieri precedenti, ed altrettanto impedite ad entrare in quelli nuovi (Sullerot 1968), per sopravvivere si trovarono per la prima volta nella storia ad esercitare la prostituzione a livello di massa (Fortunati 1981). In tale contesto il rogo, con la politica di terrore che rappresentò, servì soprattutto ad una ridefinizione della funzione sociale della donna che, per trasformarsi in "macchina riproduttrice di forza-lavoro", doveva divenire sempre più donna isolata, sessualmente repressa, sottomessa all'autorità del marito, fattrice di figli, priva di un'autonomia economica nonché di sapere e potere di decisione riguardo a sessualità e procreazione. Nei processi alle streghe il medico era l'esperto che doveva dare l'impronta scientifica a tutto il procedimento comprovando quali donne potevano essere giudicate streghe e quali malanni potevano essere prodotti da stregoneria. La caccia alle streghe fornì tra l'altro una facile copertura alle incapacità quotidiane dei medici: tutto ciò che non si poteva guarire veniva attribuito a fattura. La distinzione fra "superstizione femminile" e "medicina maschile" fu codificata proprio nei ruoli che assunsero medico e strega nei processi (Ehrenreich e English 1975, p. 43).

A cominciare dal Seicento appaiono i primi uomini-levatrici (men-midwives) e nello spazio di un secolo l'ostetricia passerà in mani maschili (Clark 1968; Donnison 1977), in un primo tempo dei barbieri chirurghi che si facevano forti di una vantata superiorità tecnica perché usavano il forcipe, legalmente classificato tra gli strumenti chirurgici, mentre le donne, che già denunciavano la pericolosità di tale strumento, venivano giuridicamente escluse dalla chirurgia. E questo nonostante fossero esperte di pratiche chirurgiche poiché tra l'altro sape-

vano amputare uteri prolassati (Sutton 1977, p. 13). In seguito l'ostetricia passerà in mano ai medici ufficiali, divenendo, anzitutto in Inghilterra tra i ceti abbienti, una pratica lucrativa anziché un servizio di vicinato.

Gli Stati Uniti del XIX secolo rappresentano un altro spaccato significativo, e piuttosto diverso rispetto alla storia europea, di confronto/scontro fra un sapere medico popolare incorporato prevalentemente da numerose donne medico guaritrici nonché da uomini di diverse etnie (tra cui africani e nativi) da un lato, e rappresentanti di un'aspirante scienza medica ufficiale dall'altro. Il confronto regge completamente a favore del sapere popolare che arriva a dare vita al "Popular Health Movement" in cui le donne costituivano l'ossatura fondamentale, con una medicina orientata alla conoscenza del proprio corpo e forte accento sulla prevenzione. Tale movimento, che nella sua componente più radicale rifiutava del tutto l'idea che l'esercizio della medicina potesse essere un lavoro pagato, contestava fortemente i medici "regolari" che uscivano dalle Università, e per il loro discutibile sapere, e per il loro provenire e identificarsi con gli strati abbienti della società a tutto scapito degli altri. L'apice del Popular Health Movement (1830-1850) coincise con gli albori di un movimento femminista organizzato con cui largamente si confuse. È importante conoscere come tale movimento popolare per la salute ebbe una prospettiva di classe, femminista e si battè non tanto per una migliore e maggiore assistenza medica ma per un tipo di medicina completamente diverso da quello preteso dalla medicina dei "regolari". Mentre questi ultimi non riuscirono mai nel secolo considerato a monopolizzare la medicina, tale salto fu loro permesso all'inizio di questo secolo dall'intervenire delle Rockefeller e Carnegie Foundations. Gli Stati Uniti infatti erano divenuti a quell'epoca la prima potenza industriale del mondo, si erano formati i primi grossi imperi finanziari e le concentrazioni di ricchezza erano sufficienti per organizzare una filantropia estesa. Il programma filantropico di queste fondazioni era teso a delineare il nuovo assetto voluto dalla classe

dominante nella vita sociale, culturale e politica della nazione e aveva come punto centrale la "riforma medica". Essa comportò anzitutto, a partire dal 1903, grossi finanziamenti a quelle scuole mediche regolari che, già con una buona solidità finanziaria, erano in grado, come richiesto, di iniziare le modifiche necessarie per uniformarsi alle direttive adottate dalla John Hopkins fondata nel 1893. La funzione guida di questa scuola era dovuta al fatto di essersi costituita in seguito al ritorno dall'Europa di alcuni medici americani entrati in contatto con scienziati francesi e tedeschi che avevano messo a punto la teoria sull'origine microbica delle malattie. Tale teoria aveva fornito per la prima volta nella storia una base razionale per la loro prevenzione e cura. Per cui questi medici, finanziati da filantropi locali, avevano fondato la prima scuola di medicina secondo gli schemi tedeschi, che fu appunto la John Hopkins. Ma, a differenza delle più solide fra le scuole regolari, le altre scuole, ove imparava la stragran parte delle donne, dei neri e dei bianchi poveri, non solo non avrebbero ricevuto finanziamenti ma sarebbero state oggetto di forte critica da parte di Abraham Flexner che, incaricato di dare attuazione a questa iniziativa filantropica, con il suo *Report* del 1910, le avrebbe costrette a chiudere. La medicina diveniva così una branca di studi "superiori", accessibile solo attraverso un'istruzione universitaria lunga e costosa ad appartenenti alla media e alta borghesia quasi esclusivamente nella sua componente maschile. *Nuove leggi sul titolo di studio* avrebbero convalidato nei vari stati dell'Unione *il monopolio dei medici regolari sulla medicina* e, poco più tardi, *nuove leggi* avrebbero *escluso anche le levatrici da quello che era stato da sempre il loro campo di competenza.* Queste vennero pretestuosamente accusate di essere responsabili delle infezioni puerperali e delle oftalmie che colpivano i neonati. Ma, anziché mettere a loro disposizione i facili insegnamenti e rimedi, come gocce per gli occhi per le oftalmie, il riformismo progressista preferì mettere fuori legge le levatrici nonostante lo studio di un professore della John Hopkins pubblicato nel 1912 rivelasse che a quell'epoca la

maggior parte dei medici americani era meno competente delle levatrici stesse. L'ostetricia veniva ora avocata a sé dai medici professionisti anche troppo inclini ad usare tecniche chirurgiche che danneggiavano la madre e il figlio. La conseguenza di questa messa fuori legge delle levatrici fu che le donne povere, che mai avrebbero potuto pagarsi un medico, restarono senza alcuna assistenza, con gli effetti prevedibili e in parte anche documentati, sulla madre e sul bambino (Ehrenreich e English 1975).

È nella *professione medica "regolare"* che prende piede nell'Ottocento statunitense *un tipo di medicina* nei confronti delle donne che funziona in realtà da *potente strumento di controllo* del loro comportamento ed arriva a concretizzarsi in *aberranti pratiche di castrazione* come *l'ablazione del clitoride* per l'eccitazione sessuale che nella donna veniva considerata uno stato morboso e *l'ablazione delle ovaie* per i disturbi più svariati e inconsistenti. Per cui penso sarebbe ora di scrivere una "storia delle mutilazioni genitali femminili nella civiltà occidentale". Quanto all'ablazione del clitoride, le autrici Ehrenreich e English fanno risalire l'ultima di queste operazioni negli Stati Uniti, riguardante una bambina di cinque anni che si masturbava, a venticinque anni circa prima della stesura del testo cui ci stiamo riferendo, pubblicato nel 1973. Ma anche nell'Ottocento europeo la clitoridectomia avrebbe trovato i suoi fautori, tra l'altro in esponenti di gran rilievo della medicina ufficiale come il dottor Isaac Baker Brown del St. Mary's Hospital a Paddington, Londra, cui pur si riconosce il merito di aver messo a punto tecniche chirurgiche più sicure. Pubblicò nel 1865 un articolo sulla possibilità di curare alcune forme di pazzia, epilessia e isteria con la clitoridectomia, e si peritò anche di pubblicizzare il successo di tale pratica. Fu per questo fortunatamente espulso dalla Obstetrical Society di Londra (Sutton 1997, p. 10). Ma quanti altri invece, al di qua e al di là dell'oceano, perpetrarono tranquillamente questo crimine medico contro le donne?

Riprendendo le osservazioni di Ehrenreich e English (1975) sull'Ottocento statunitense dobbiamo rilevare come la

professione medica avesse individuato nella donna di media e alta borghesia una cliente ideale di cui da un lato enfatizzava continui stati di malattia causati, se non direttamente identificati con le stesse caratteristiche e scansioni biologiche del corpo femminile, dall'altro sottolineava il bisogno di visite continue e di metodi terapeutici rappresentati essenzialmente dalla passivizzazione e cioè dall'isolamento e dalla "messa a letto" della paziente. In base alla cosiddetta "teoria conservativa dell'energia" secondo cui ogni energia spesa in funzioni diverse da quelle riproduttive andava a scapito di queste, la donna veniva nel contempo dissuasa da qualunque attività intellettuale o d'altro genere. Ma l'assalto cruento al corpo femminile che porterà *all'ovariectomia diffusa*, se da un lato aveva presupposto anche negli Stati Uniti il disconoscimento del sapere medico delle donne, dall'altro passava attraverso la costruzione di una scienza professionale maschile che arrivava a formulare una teoria che le autrici cui ci riferiamo definiscono come "psicologia delle ovaie" (p. 112), secondo la quale, così come si assumeva che utero e ovaie dominassero sull'intero organismo femminile, corrispondentemente si riteneva che le ovaie influenzassero l'intera personalità della donna. Per cui, qualunque alterazione di quelle che venivano ritenute le "caratteristiche naturali" della donna, alterazioni che andavano dall'irritabilità alla pazzia alla manifestazione di desiderio sessuale, poteva essere ricondotta ad una malattia delle ovaie. Tralascio di menzionare i vari abusi condotti dai ginecologi del tempo sul corpo femminile in base all'assunto, comune agli uomini di allora, che una sessualità femminile non potesse essere che patologica, per soffermarmi su quella che "per i disturbi della personalità" fu la terapia più brutale e largamente usata dalla ginecologia chirurgica e cioè l'ovariectomia. Migliaia di questi interventi furono eseguiti dal 1860 al 1890.

Una teoria specifica a tale proposito fu la cosiddetta "ovariectomia normale" ovvero la rimozione delle ovaie per malattie non ovariche, teoria messa a punto nel 1872 dal dottor Robert Battey di Rome, Georgia. Ce ne riferisce il dottor Ben

Barker-Benfield (Ehrenreich e English 1975, p. 119) che così descrive le patologie contemplate per tale tipo di intervento: "Tra le indicazioni c'erano sintomi diversi come la fastidiosità, l'alimentazione eccessiva, la masturbazione, i tentativi di suicidio, le tendenze erotiche, la mania di persecuzione, la semplice 'furfanteria' e la dismenorrea. Tra questa enorme varietà di sintomi quello per il quale i medici cominciarono più facilmente a prescrivere la castrazione fu la presenza di forti appetiti sessuali da parte della donna".

Le pazienti erano in genere portate dal chirurgo dai loro mariti che si lamentavano del loro comportamento indisciplinato e che, dopo l'operazione, ancora secondo il dottor Battey, divenivano più "trattabili, ordinate, industriose e pulite". Date le condizioni in cui si praticava la chirurgia allora, è lecito chiedersi *per quante donne questa terapia punitiva costituì in realtà la pena capitale*. A volte ovviamente solo la minaccia dell'operazione bastava a tenere le donne in riga. Alcuni medici dichiaravano di avere rimosso da 1500 a 2000 ovaie. Per usare le parole del dottor Barker-Benfield "Le portavano in giro su dei piatti, come trofei, ai congressi medici" (Ehrenreich e English 1975, p. 120).

Anche per *l'isterectomia* vi furono teorizzazioni mediche che la invocavano per i disturbi più svariati come l'isteria e la "malinconia mestruale", ciò che noi oggi chiameremmo "sindrome premestruale" (Sutton 1997, p. 16). Da notare che l'orgoglio di mostrare le loro capacità spingeva inoltre i medici che, date le non conoscenze del tempo, prima di operare in genere non si lavavano le mani né indossavano guanti o maschere, a fare delle isterectomie eventi sociali per cui invitavano ad assistervi non solo altri medici ma anche amici e numerosi estranei, indifferenti all'angoscia della donna che attraversava da sola un inferno di dolore sentendo affondare il bisturi senza anestesia dallo sterno alla sinfisi pubica[27]. Ma, ancora dopo la

27. La raffigurazione di una delle prime isterectomie che sta per essere attuata a Parigi dal ginecologo Pean di fronte a una folla di uomini

messa a punto delle prime forme di anestesia generale, ad esempio col cloroformio, c'erano medici che dichiaravano di preferire di non usarla perché la tensione che la paziente avrebbe messo per resistere all'intervento l'avrebbe sorretta meglio nel recupero postoperatorio. Tra questi l'insigne dottor Charles Clay che diede il nome di "ovariectomia" all'ablazione delle ovaie, che fu il più reputato per tale operazione (ne eseguì 395 di cui solo 25 con esito mortale) e che eseguì la prima isterectomia addominale a Manchester in Inghilterra nel 1843 (seguita sfortunatamente dalla morte della paziente per emorragia). Clay sosteneva di preferire di non usare anestetici perché la determinazione che una donna dimostrava per affrontare l'intervento senza anestesia sarebbe stata una garanzia anche per la sua capacità di recupero (Sutton 1997, pp. 4, 6). O si trattava semplicemente dell'assunto di lunga data, ben recepito dalla scienza ginecologica ostetrica del tempo e non solo, secondo cui una donna deve soffrire[28]? L'autore dell'artico-

che attorniano il corpo nudo di una giovane donna distesa con gli occhi chiusi è estremamente significativa. È stata riprodotta su numerosi testi femministi, ad esempio sulla copertina di *Avanti un'altra*, già citato di Piaggio (1976) e la ritroviamo oggi all'interno dell'articolo di Sutton.

28. Il dubbio ci viene perché James Young Simpson (1811-1870), l'inventore dell'anestesia in ostetricia, "dovette difendere l'uso del cloroformio contro gli avversari, i quali lo disapprovavano per ragioni non tanto mediche quanto morali, sostenendo che 'priverebbe il Signore delle disperate invocazioni' delle partorienti" (Guthrie 1967, p. 288). D'altronde la Chiesa aveva nel Medio Evo proibito l'uso delle erbe che lenivano i dolori del parto (Federici e Fortunati 1984) perché nella Bibbia sta scritto "partorirai nel dolore". E l'osservanza medica al precetto è stata piuttosto compatta perché tuttora, alle soglie del terzo millennio, le donne partoriscono nel dolore. Quanto alle risorse della medicina occidentale infatti, l'iniezione epidurale su cui possono esservi valutazioni diverse, non fa parte comunque della normale offerta ospedaliera. Quanto alle risorse della medicina orientale, l'agopuntura cinese è in grado di offrire alle donne la possibilità di partorire senza dolore. Basterebbe dotare le strutture ospedaliere di agopuntori esperti.

lo cui ci stiamo riferendo si meraviglia che nonostante l'alta mortalità (riferita qui in particolare all'isterectomia addominale) molte donne accettassero l'operazione. Ma c'è da chiedersi, come già per l'ovariectomia, quanta imposizione, quanta violenza, subirono invece queste donne da parte di mariti, fratelli, padri e medici, per punizione e sadismo da parte degli uni, per sadismo e per interesse della professione da parte degli altri? Quanta complicità maschile causò inutili quanto terrificanti sofferenze ai loro corpi?

Interrogativi attuali

Alla fine di questo primo insieme di considerazioni riguardanti, se vogliamo esprimerci così, "le colpe degli antenati" della moderna ginecologia, è più che mai lecito interrogarci riguardo alla continuità che lega questa storia alla contemporanea storia di pratica diffusa dell'isterectomia (e annessiectomia) come forma di aggressione ed espropriazione del corpo femminile in contraddizione con quello che fu il sapere delle donne che curarono ma mai pensarono di distruggere il loro apparato genitale.

È interessante a questo proposito conoscere, per riflettere su eventuali implicazioni e avviare verifiche per la realtà che ci tocca più da vicino, quanto Sutton (1997) osserva per gli Stati Uniti. E cioè che proprio a partire dalle nuove garanzie rappresentate nel nostro secolo da anestesia, anticoagulanti e antibiotici, si è verificata un'esplosione di isterectomie per cui oggi, nell'Unione, questa è la seconda operazione in ordine di frequenza con più di 650.000[29] interventi effettuati ogni anno per

29. Questo dato coincide con le cifre concernenti le isterectomie fornite dal National Center for Health Statistics per gli anni 1985 (670.000) e 1981 (674.000). Dagli anni Settanta ad oggi comunque il Center registra, come abbiamo detto sopra alla nota 26, una certa diminuzione di questo intervento sebbene la sua frequenza sia ritenuta ancora troppo alta da associazioni di cittadini e medici diversamente orienta-

un costo di circa tre miliardi di dollari. Alla fine degli anni Ottanta, sostiene ancora l'autore, circa il 50% delle donne americane aveva subito questa operazione ed imputa tale ampiezza di interventi anche ad una percentuale di *abuso* poiché, come egli osserva, ciò si verifica in un periodo in cui per tante patologie uterine sono già presenti valide alternative tecnologicamente avanzate.

Fermo restando che questa è una delle operazioni più diffuse in occidente, Margaret M. Ryan (1997, p. 21) solleva ulteriori dubbi riguardo al rapporto tra patologia e intervento sulla base del notevole divario tra un paese e l'altro e fra le classi sociali. Dopo aver raggiunto la massima incidenza negli anni Settanta, Ryan osserva, pare esservi stato un certo declino in vari paesi. Ciononostante, rileva ancora l'autrice, negli Stati Uniti vi è attualmente l'aspettativa di subire un'isterectomia per il 40% di donne entro i 64 anni mentre in Olanda vi sono percentuali più basse. Si reputa (Dranov 1990), piuttosto concordemente da parte di autori vari, che, entro i 60 anni, l'aspettativa di subire tale operazione sia per una donna su 3. Mi sembra molto significativo che venga anche rilevata da alcuni studi, come quelli australiani e statunitensi cui Ryan si riferisce, per le aree prese in considerazione, la maggior incidenza dell'intervento fra donne appartenenti agli strati meno abbienti e con meno cultura. Tali esiti sono comunque confermati da altre ricerche[30]. È chiaro che

ti che si attivano per fornire alle donne indicazioni sulle alternative possibili (*Hysterectomy and It's Alternatives*, 1996).

30. Secondo uno studio del New York State Department of Health del 1988 le donne non bianche risultavano essere isterectomizzate in percentuale del 39% maggiore di quelle bianche. Quanto alle differenze geografiche all'interno dell'Unione il Sud risultava la regione con il più alto numero di isterectomie e le differenze regionali erano attribuite in parte a diversi tipi di training ginecologico, in parte a motivi finanziari (Dranov P., *American Health* 1990, pp. 36, 38-41). Anche il comunicato stampa dell'Ahcpr del 31 ottobre 1996 già menzionato riconosce differenze nell'incidenza delle isterectomie dovute a fattori regionali, etnici e socioeconomici.

qui – ma in quante altre realtà? – sono *le donne più povere e con meno strumentazione culturale per poter verificare la fondatezza* della proposta a rappresentare maggiormente la quota di abuso e quindi ad essere *più sacrificate agli interessi della professione e delle strutture sanitarie. Ma altrettanto sono tutti i cittadini a pagare infondate spese mediche*. L'autrice nota inoltre come, sulla base di progetti imperniati su un consenso ben informato, che evidentemente non costituisce la norma[31], la disponibilità delle donne all'isterectomia decresce. E come nella valutazione degli effetti positivi o negativi dell'operazione non si sia di regola tenuto conto del giudizio delle pazienti riguardo a tali effetti, non interloquite quindi nemmeno come "consumatrici". Da quanto ancora si evince dall'articolo considerato, tenere conto del punto di vista del "consumatore" rappresenta un approccio che si starebbe facendo largo solo ora.

Evidentemente, nel difficile guado per la scienza medica ufficiale dall'assunzione del paziente/oggetto all'assunzione del paziente/soggetto, questo soggetto comincia ad assumere un volto come consumatore prima ancora che come cittadino o più semplicemente ed essenzialmente come essere umano.

Negli anni Novanta – dice ancora quest'autrice – le donne si attendono di poter conoscere, riguardo all'isterectomia, la procedura chirurgica e il processo complessivo per il recupero, i benefici e i rischi, e le possibili alternative. E questo costituisce un imperativo – sottolinea – per tutti i paesi.

Anche nel prendere atto di queste osservazioni, per la realtà cui rimandano, mi ritorna quel senso dell'assurdo che già avevo provato quando mi sembrava di dover dimostrare l'evidente. Questa volta per dover pretendere ciò che dovrebbe essere scontatamente dovuto. Nella lunga e travagliata storia delle democrazie occidentali, il fatto che si riconosca al soggetto don-

31. Negli Stati Uniti solo due stati richiedono ai medici di informare le donne, riguardo all'isterectomia, dei rischi connessi e delle alternative possibili (Dranov P., *American Health*, 1990, pp. 36-41).

na il diritto ad essere informata su procedure, rischi, recupero e soprattutto *sulle alternative possibili alla mutilazione genitale* ci pare senz'altro una tappa significativa. In un contesto di così faticosa esplicitazione di diritti che dovrebbero essere già assodati mi sembra importante allora invitare le donne, quando si accingono ad autorizzare un'isterectomia, a farsi dettagliatamente specificare ogni organo (ovaie anzitutto) o pezzo di tessuto che il medico intenda asportare e valutare bene se consentire. Prendere del tempo per informarsi su ogni aspetto prima di decidere. Comunque si definiscano infatti anche in Italia le nuove "linee guida", o si riformulino gli orientamenti delle varie scuole di ginecologia, nessuno può portare via niente ad una donna se lei non vuole. Ed altrettanto è importante farsi specificare bene il tipo di incisione e di sutura. Le suture deturpanti sono un insulto alla donna e al livello raggiunto dalla scienza e non devono essere consentite.

Per ritornare allora al quesito che poco sopra ponevamo, c'è continuità, continuità come volontà di punizione, di sadismo, di negazione della donna come persona, come volontà più o meno latente di rivalsa di un sesso sull'altro forse temuto, all'interno di una storia che abbiamo visto essere di lotta fra le classi e fra i sessi, nella ragione sottesa all'insistenza ai tempi nostri sull'isterectomia?

All'interno di un tipo di sviluppo ove la ragione economica è tale da dissuadere celermente da aggressività controproducenti – e questa vicenda lo è talmente da rappresentare a mio giudizio la negazione stessa della ginecologia – tale insistenza quali ulteriori ragioni può aver trovato per perpetuarsi? Quanto gli autori citati segnalano per altri paesi è motivo in più per indurci a verificare anche per l'Italia l'esistenza di un abuso, le sue reali motivazioni, la sua ampiezza e le sue modalità?

Le cifre che registrano le isterectomie nel nostro paese sono alte. Le 40.000 operazioni all'anno già denunciate come eccessive dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia nel comunicato del 17 novembre 1997 (menzionato sopra alla nota 8),

su una popolazione femminile consistente nel 1996 di 29.515.577 unità a livello nazionale, provocano un'aspettativa di subire questo intervento per una donna su 8 nel corso della sua vita.

Per quanto concerne il Veneto in particolare le isterectomie non appaiono affatto in declino secondo quello che avrebbe dovuto essere, anche nel suo riflesso regionale, il trend in discesa verificatosi per vari paesi dopo gli anni Settanta (Ryan 1997, pp. 23-24). Qui invece le isterectomie vengono registrate da cifre molto alte e in crescita: 5.909 nel 1993, 6.120 nel 1994, 6.326 nel 1995, 6.685 nel 1996. Riferendoci a quest'ultimo anno, mostrano un andamento particolarmente sostenuto in relazione a donne di età fra i 40 ai 69 anni, con un'incidenza molto intensa su donne fra i 40 e i 53. Tenendo conto che la popolazione femminile di questa regione nel 1996 era di 2.278.535 unità, le 6.685 isterectomie effettuate in tale anno significano un'aspettativa di subire questa operazione per una donna su 4, il doppio della media nazionale.

Porsi degli interrogativi, usare molta cautela, e soprattutto sviluppare capacità di valutazione e riflessione propria da parte delle donne a fronte di dati nazionali e regionali così elevati ma difficilmente riconducibili tutti a patologie tanto gravi da non permettere alternative, è d'obbligo. Tanto più in un quadro di Sanità ove ormai il paziente si muove con forte disagio e sospetto perché troppe sono le casistiche legate alla tendenza a creare patologia, a renderla più grave o più irresolvibile del reale. È dell'autunno 1997 la denuncia del Ministro della Sanità tramite i canali televisivi del fatto che parrebbe esserci una nuova impennata nell'ablazione delle tonsille che già aveva costituito una pratica eccessivamente diffusa negli anni '50, impennata che troverebbe ragione nell'attuale convenienza economica delle strutture ospedaliere. Ed è da tempo altrettanto oggetto di denuncia in ambito internazionale l'abuso che le nuove tecniche di fecondazione assistita a volte possono rappresentare nel far presupporre

infondatamente alla paziente uno stato di sterilità. Ho fatto solo due esempi ma le distorsioni della Sanità a livello di ricerca scientifica, di confezione del prodotto e di pratica medica sono ampiamente dibattute attraverso gli stessi media per cui i cittadini, anche a prescindere dalle loro esperienze, non possono ignorarle. E, dati questi aspetti di prevaricazione, invasività, non risoluzione ma produzione e perpetuazione di malattia, aspetti di cui spesso la medicina ufficiale è portatrice, si è notoriamente innestata una fuga di cittadini verso altre medicine che spero induca la prima ad un reale confronto con queste, e più in generale con i reali bisogni e saperi umani, di contro ad una sua nascita e un suo sviluppo celebrati sul loro disconoscimento e soppressione. Che spero induca all'abbandono di approcci che portano a interventi non giustificati o più demolitori del dovuto praticati nella logica bellica di distruggere per sostituire per reintervenire. È enorme per il cittadino sul piano fisico e psichico nonché finanziario il danno che gli deriva dall'essere trasformato in eterno paziente. Certamente le guerre hanno sempre offerto la più grande opportunità per le imprese di ricostruzione. E più che mai oggi forniscono un'enorme occasione come campo di sperimentazione riguardo al sapere e al saper fare sul corpo contando su grandi numeri di cavie viventi/morenti (Dalla Costa 1995; 1996, p. 38). Ma, da un punto di vista semplicemente umano, non c'è progetto di ricostruzione urbana né perfezionamento di tecnica chirurgica che valga una guerra. Così come non ha senso la scoperta del farmaco che permette di salvarne uno se lungo la strada se ne sono ammazzati cento. E soprattutto la guerra impedisce di scoprire una medicina e una chirurgia diverse anzitutto perché, non avendo come matrice la guerra, non sono portatrici di una logica di guerra. Al tramonto del ventesimo secolo questa logica bellica di confronto fra bisogni umani e medicina ha trovato nuovo vigore in quel pensiero unico del mercato che, in funzione di un neoliberismo economico teso a catturare come merce gli ultimi *commons* (beni comuni) dell'umanità, riduce

a merce la vita umana e il corpo fisico e sociale che la racchiude. A livello internazionale la riduzione dell'impegno dello stato[32] in ambiti fondamentali di sua competenza quali la salute, ha notoriamente ridotto le garanzie e innalzato i costi per i cittadini, con esiti spesso letali, rendendo ancora più aspro un confronto in cui le prese di posizione, le opzioni, le pratiche dei medici stessi saranno cruciali. Nella grande battaglia che a livello planetario il corpo sociale sta conducendo per aprire il nuovo millennio su percorsi di vita e di salute, basati anzitutto sul rispetto per l'integrità del corpo fisico nell'integrità delle sue relazioni col corpo sociale, di contro a un millennio di guerra, di distruzione e di morte, di contro alle attuali politiche di creazione di morbilità e di invalidità, di disintegrazione degli esseri viventi, di sradicamento degli individui e delle popolazioni, auspichiamo che numerosi i medici in cerca di un nuovo umanesimo, in cerca di una nuova dignità anche per la medicina, si ribellino ai padri e agli antenati, e soprattutto agli attuali sovrani del mercato e della guerra. Da parte loro le donne hanno costruito da tempo la loro ribellione e hanno tessuto reti, planetarie anch'esse, di controinformazione[33] e di organizzazione. Difenderanno con

32. Qui la critica da parte nostra non è nei confronti di una razionalizzazione in quanto si proponga di impedire gli sprechi, pesantemente pagati da tutti i cittadini, ma in quanto possa tendere, attraverso discutibili scelte di interventi chirurgici, di sperimentazioni, di terapie, o attraverso la riduzione della qualità del prodotto offerto, o la riduzione di addetti adeguatamente qualificati necessari ad ottimizzare il servizio di assistenza, o attraverso la riduzione di garanzie e, soprattutto, attraverso l'innalzamento dei costi per l'utenza, a costruire un "attivo aziendale" che è in realtà un pesante "passivo" pagato dai cittadini tutti in termini di costi economici, impossibilità di accesso ai servizi (molti non riescono più a sostenerne le spese), non appropriatezza degli interventi e decadimento dell'offerta complessiva.

33. Sulla questione dell'isterectomia, ma anche su altre, si vanno sempre più costruendo via Internet siti di controinformazione medica da parte di gruppi spontanei o organizzati, e di moltissime donne che offrono la testimonianza della loro esperienza diretta. Auspichiamo che la

forza l'integrità del loro corpo da questa ennesima storia di espropriazione e di violenza costruendo e facendo conoscere percorsi estranei all'aggressione e alla distruzione. Così come in vari paesi del Sud e del Nord del mondo stanno difendendo e ricostruendo l'integrità della madre Terra in quanto sola può garantire nutrimento e salute ai corpi umani, radicamento e vita alle comunità.

nuova democrazia rappresentata dall'orizzontalità e globalità della comunicazione telematica permetta, nel più breve tempo possibile, alle donne e a tutti i cittadini del pianeta, non solo di difendersi maggiormente da pratiche abusive ma di riavviare quel processo di conoscenza del proprio corpo e di un reale sapere medico che è un bene comune fondamentale da riconquistare.

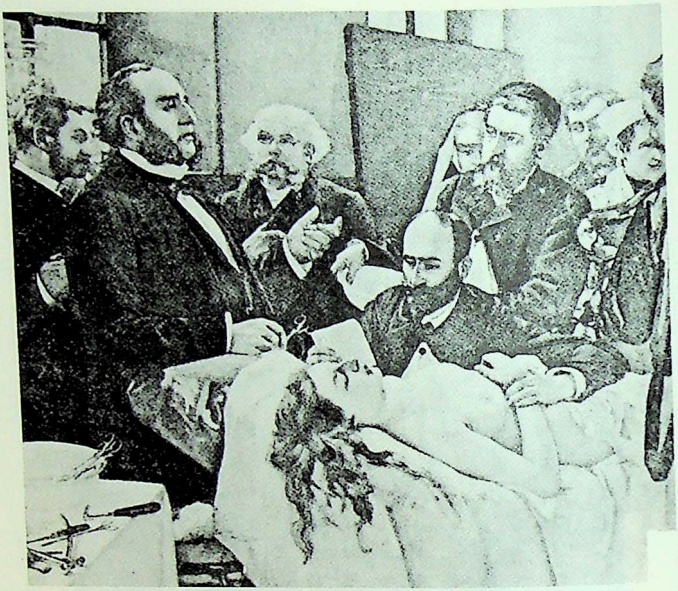
Donna che viene arsa viva con l'accusa di stregoneria

Le immagini riportate in questo saggio sono tratte da: Barbara Ehrenreich, Deirdre English (1975) *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*, Celuc Libri, Milano.

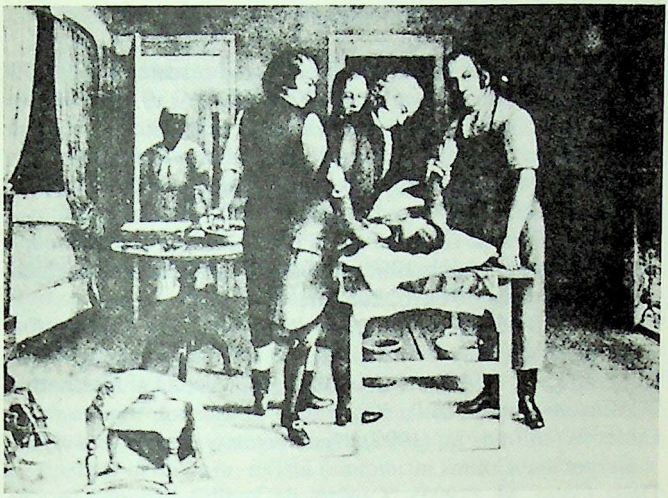
Tre streghe impiccate, da un'opera sul terzo processo per stregoneria di Chelmsford, nel 1598

Un medico che fa partorire "per pudore" sotto un lenzuolo

Esame ginecologico



Il ginecologo francese Pean esegue un'isterectomia di fronte a una folla a Parigi. Da notarsi l'assenza di guanti e maschere



Ovarectomia dell'inizio '800

Riferimenti bibliografici

Ahcpr (Agency for health care policy and research) (1996, 31 ottobre) *Funding Studies on Hysterectomy vs. Alternative Treatment for Uterine Conditions*, comunicato stampa (http//www.Ahcpr.gov/news/press/hystpr.htm).

American Health (1990), settembre, 9 (7) (http//www.americanhealth.com).

Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, *Hysterectomy*, vol. 11, n. 1, March 1997, Baillière Tindall, London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto.

Clark, A. (1968) *Working Life of Women in 17th Century England*, Frank Cass Co., London.

Collenghi, F. (1997) "Un utero da salvare. Le alternative all'isterectomia", in *La Repubblica*, 13 marzo.

Cutler Winnifred, B. (1990) *Hysterectomy: Before and After*, Harper and Collins.

Dalla Costa, M. (1995) "Capitalismo e riproduzione" in *Cns Capitalismo natura socialismo*, n. 1.

Dalla Costa, M., e Dalla Costa, G.F. (a cura di) (1996) *Donne, sviluppo e lavoro di riproduzione. Questioni delle lotte e dei movimenti*, FrancoAngeli, Milano.

Dalla Costa, M. (1996) *Sviluppo e riproduzione*, in Dalla Costa M. e Dalla Costa G.F. (a cura di) (1996).

Dalla Costa, M. (1997) "Neoliberismo, terra e questione alimentare" in *Ecologia Politica*, n. 1.

Donnison, J. (1977) *Midwives and Medical Men*, Schocken Books, New York.

Dranov, P. (1990) *American Health*, settembre, 9 (7).

Ehrenreich, B. e English, D. (1975) *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*, Celuc Libri, Milano.

Federici, S. (1984) *La caccia alle streghe* in Federici S. e Fortunati L. (1984).

Federici, S. e Fortunati, L. (1984) *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale*, FrancoAngeli, Milano.

Fortunati, L. (1981) *L'arcano della riproduzione*, FrancoAngeli, Milano.

Goldfarb Herbert, A. e F.A.C.O.G. M.D. con Greif, Judith, R.N., F.N.P. C. (1997) *The No-Hysterectomy Option, Your Body-Your Choice*, John Wiley & Sons, New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto.

Gruppo Femminista per il Salario al Lavoro Domestico di Ferrara (a cura di) (1978) *Dietro la normalità del parto*, Marsilio Editori, Venezia.

Guthrie, D. (1967) *Storia della medicina*, Feltrinelli, Milano.

Hysterectomy (1994) in Mayo Clinic Health Letter, June (sito Internet).

Hysterectomy and It's Alternatives (1996) (http//www.denver-rmn.com/health/ar-hyste.htm).

International Journal of Gynecology (and) Obstetrics (1997) *Second World Report on Women's Health*, vol. 58, n. 1, July.

Le operaie della casa, rivista femminista uscita negli anni Settanta, Marsilio Editori, Venezia.

Jourdan, C. (1976) *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*, La Salamandra, Milano.

Mander, J. and Goldsmith, E. (eds.) (1996) *The Case against the Global Economy. And for a Turn toward the Local*, Sierra Club Books, San Francisco, CA.

Pechino (1997) *Dossier sulla IV Conferenza mondiale delle donne sull'uguaglianza, lo sviluppo e la pace, Pechino settembre 1995*, tradotto e pubblicato a cura della Regione Lombardia, Milano.

Piaggio, L.C. (1976) *Avanti un'altra. Donne e ginecologi a confronto*, La Salamandra, Milano.

La Repubblica (1997) 13 marzo.

Ryan, M.M. (1997) "Hysterectomy: Social and Psychosexual Aspects" in *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Baillière Tindall, London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto.

Shiva, V. (1990) *Sopravvivere allo sviluppo*, Isedi, Torino.

Shiva, V. (1993) *Monocolture della mente*, Bollati Boringhieri, Torino.

Shiva, V. (ed.) (1994) *Close to home. Women Reconnect Ecology, Health and Development Worldwide*, New Society Publishers, Philadelphia, PA and Gabriola Island, BC.

Shorter, E. (1988) *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milano.

Shorter, E. (1986) *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano.

Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) comunicato stampa 17 novembre 1997, Roma.

Sullerot, E. (1968) *Histoire et sociologie du travail féminin*, Editions Gonthier.

Sutton, C. (1997) "Hysterectomy: A Historical Perspective" in *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Baillière Tindall, London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto.

West, Stanley e Dranov, Paula (1994) *The Hysterectomy Hoax*, Doubleday.

Evoluzione del rapporto medico-paziente

di *Giuseppe Perillo*

Delineare compiutamente il percorso e l'evoluzione del rapporto medico-paziente, un tema complesso in cui confluiscono aspetti medici, filosofici, morali e giuridici, è un'impresa straordinaria, che può far apparire presuntuoso o avventato l'impegno di chi ha l'ardire di affrontarla. Io non ho questa presunzione, né possiedo la necessaria competenza interdisciplinare per analizzare diffusamente l'argomento. Poiché la mia competenza è limitata al settore giuridico, svilupperò il tema propostomi soltanto sotto questo profilo, tentando di dare un quadro, senza alcuna pretesa di completezza, dei mutamenti che il rapporto medico-paziente ha subito sul piano normativo. È ben noto che la valutazione giuridica tende ad adeguare la norma alle nuove esigenze espresse dalla realtà sociale. Pertanto, per poter delineare l'evoluzione del rapporto in oggetto nell'ambito del diritto, è necessario preliminarmente accertare, per sommi capi, quali modificazioni ha subito la relazione medico-paziente, sul piano fattuale, nel corso degli ultimi tempi.

Un dato singolare, e per certi aspetti sorprendente, emerge dalla storia del rapporto medico-paziente[1]. Proprio mentre la

1. La storia del rapporto medico-paziente è ricostruita, in modo esauriente, da Edward Shorter dell'Università di Toronto nella relazione letta al Convegno organizzato dall'Isfos di Noventa Padovana, svoltosi in Padova nell'anno 1991. Da tale scritto, consultabile presso la biblioteca dell'Isfos, ho tratto la maggior parte delle informazioni fornite nel testo.

medicina acquista una grande sicurezza terapeutica attribuendo ai medici, per la prima volta nella storia, il potere di curare effettivamente le malattie comuni, e raggiunge l'apice di un successo, iniziato nel 1935 con la scoperta dei sulfamidici, e proseguito ininterrottamente con la scoperta, dopo la seconda guerra mondiale, di nuovi e potenti farmaci come la penicillina, gli antiartritici, gli antineoplastici, e con l'introduzione di nuove discipline, come la chimica e soprattutto la biochimica, che hanno aperto spazi di importanza inestimabile per il benessere delle persone e per la lotta contro le patologie, il rapporto medico-paziente si incrina e rischia di compromettere il prestigio medico, un valore prezioso, principalmente sul piano psicologico, perché indica la capacità del medico di trasmettere al malato la fiducia nella guarigione.

Varie sono le cause che hanno contribuito a determinare questo stato di cose. In primo luogo, l'abbandono dell'esame fisico del paziente, tradizionalmente effettuato con il metodo della palpazione, percussione ed auscultazione dell'ammalato, un metodo sostituito dall'indagine clinica, che si avvale, in modo preponderante, della tecnologia, di accertamenti effettuati con l'ausilio di computer, di test e simili, e che ha condotto alla spersonalizzazione del rapporto.

Effetti altrettanto significativi nella direzione di un mutamento nella relazione medico-paziente sono stati determinati dalla progressiva burocratizzazione delle prestazioni mediche, dal processo di trasformazione tecnocratica e politica dell'organizzazione sanitaria, dai crescenti costi determinati dalla cura estesa ed intensiva, che hanno provocato una crisi finanziaria del settore sanitario ed una conseguente riduzione dell'assistenza sanitaria, a scapito soprattutto delle persone anziane, degli ammalati più poveri e degli emarginati.

Ma è stata soprattutto una nuova e diversa valutazione della professionalità, e cioè dell'aderenza della professione medica agli scopi suoi propri, volti ad ottenere un'effettiva ed efficace cura del paziente, che ha comportato una profonda trasformazione del rapporto medico-paziente. Si accusano i medici di

arroganza e di paternalismo; si discute dell'utilità, dell'efficacia e dell'aderenza all'etica dei nuovi trattamenti medici; si sottolinea soprattutto "il valore contingente delle acquisizioni scientifiche, che non autorizzano perentorie enunciazioni di verità" (Portigliatti Barbos 1988a). La conseguenza è che un numero crescente di pazienti, delusi anche nell'aspettativa di una guarigione, che era stata con troppa presunzione assicurata dalla medicina, sceglie altre vie, convergendo verso una medicina alternativa. Si intensificano, in pari tempo, le denunce contro i casi sempre più frequenti di "malasanità", si moltiplicano i processi per responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie.

Al centro di questa revisione critica, di questo ampio dibattito, che non di rado assume toni aspri e drammatici, si è posto saldamente il malato, destinatario delle prestazioni sanitarie, il quale, dotato di nuovi strumenti culturali, richiede con sempre maggior insistenza di ricevere tutte le informazioni necessarie per valutare l'utilità e l'efficacia delle cure proposte e partecipare consapevolmente e direttamente alle scelte che lo riguardano.

Sul piano giuridico, per effetto di questa mutata realtà, il rapporto medico-paziente diventa sempre più composito, vede affermarsi in modo preminente la posizione del paziente, si arricchisce di nuovi e diversi contenuti che ne modificano l'originaria struttura, tradizionalmente ricondotta al paradigma legale delle professioni intellettuali, disciplinate negli articoli 2221 e seguenti codice civile.

Sul percorso evolutivo del contratto avente ad oggetto la prestazione medica, un percorso che ha condotto ad una significativa riconsiderazione dei criteri di imputazione della responsabilità del medico, hanno inciso principalmente, e in misura rilevante, le norme introdotte dalla costituzione repubblicana.

Le scelte operate dal legislatore costituzionale, come enucleate da un'attenta e progressiva elaborazione giurisprudenziale e dottrinaria, aperta a nuove istanze e bisogni sociali, hanno privilegiato, da un lato, il valore etico ed il primato del-

la persona umana, concepita kantianamente come fine in sé, e non come mezzo; dall'altro, hanno influenzato l'esegesi di tutte le altre norme che vengono in discussione sul tema. Il riferimento va fatto in particolare: agli articoli 32, primo comma, e 13 della Costituzione, che tutelano la vita e l'integrità fisica delle persone, nonché l'inviolabilità della libertà personale; agli articoli 3, primo comma, 27, terzo comma, 32 e 41 della Costituzione, disposizioni che sanciscono l'uguaglianza e la pari dignità di tutti i soggetti; all'articolo 32 della Costituzione, che subordina i trattamenti sanitari obbligatori alla riserva di legge e al rispetto della persona.

Non meno importanti sono, poi, le scelte operate dal legislatore ordinario, soprattutto negli articoli 1 Legge 180/1978 e 33 Legge 833/1978, norme che ribadiscono il principio, di rilevanza costituzionale, del consenso del paziente come fondamento della liceità dei trattamenti sanitari.

Un sistema normativo che si incentra sul riconoscimento, come valore fondamentale, della indisponibilità della persona umana, da cui deriva il principio della salvaguardia della vita e della salute della persona; un principio alla stregua del quale è indispensabile effettuare una valutazione ed un bilanciamento dei costi (danni)/benefici nel trattamento, chirurgico e sperimentale, in modo da evitare che dagli interventi medici derivino menomazioni permanenti, che non siano giustificate e rese indispensabili dalla necessità di salvaguardare detti beni. Dallo stesso principio segue, come corollario, il dovere di rispettare il consenso del paziente, consenso che porta ad escludere l'esistenza di un obbligo dell'ammalato di curarsi e, per converso, conduce al riconoscimento di un diritto in capo allo stesso ammalato di rifiutare le terapie. Taluni autori si spingono fino ad ipotizzare l'esistenza di un diritto del paziente a morire[2]. Tutto ciò indica che se il soggetto manifesta un dissenso consapevole e fermo, nessuna autorità è legittimata a sostituire con propria autorizzazione l'assenza di consenso dell'interessato.

2. Questo tema è trattato diffusamente dallo stesso Portigliatti Barbos (1988b).

Questi principi, e in particolare quello che costituisce il cardine del sistema, rappresentato dal diritto alla salute nel contesto dei diritti di libertà della persona, devono essere tenuti presenti nel delineare le tappe del percorso del rapporto in questione, nel determinare il contenuto e i limiti dei diritti e dei doveri reciproci del medico e del paziente, e nel delineare le conseguenti responsabilità, da valutare alla stregua delle disposizioni contenute nei codici penale e civile (artt. 575, 579, 580, 589, 62 codice penale, 1218, 2229, 2043 codice civile).

Si è già accennato che la relazione che si instaura tra medico e paziente viene ricondotta all'area di operatività del contratto d'opera intellettuale, cui ora conviene prestare attenzione, per verificare in qual misura gli evidenziati principi, di rilevanza costituzionale, abbiano inciso sulle regole di condotta e sul regime di responsabilità del medico.

È bene precisare che, quanto si dirà a proposito delle regole specifiche che disciplinano l'attività e la responsabilità del sanitario, valgono, sia pure con i dovuti adattamenti, sotto i diversi profili della responsabilità civile, penale e disciplinare del medico stesso, sussistendo una forza di attrazione e di assimilazione tra le diverse aree giuridiche. Quando si parla perciò di responsabilità, di diritti e doveri del medico senza alcuna specificazione, la relativa valutazione va riferita indistintamente ai tre campi menzionati.

Da tempo infatti la giurisprudenza ha elaborato un corpo unitario di regole in tema di attività e responsabilità medica, generalmente applicabile nelle diverse aree contrattuali, extracontrattuali e penali, sia alla struttura sanitaria che al professionista, chiamati entrambi a rispondere verso il paziente che si sia loro affidato per gli esiti insoddisfacenti dell'intervento praticato e della prestazione professionale.

Secondo una concezione tradizionale, le obbligazioni assunte dagli esercenti le professioni intellettuali, come quella del medico, configurano degli obblighi di comportamento (cosiddette obbligazioni di mezzi), obblighi aventi ad oggetto una condotta diligente ed esperta del professionista, ma non la rea-

lizzazione del risultato, una categoria di obbligazioni, questa, che qualifica altri tipi di professioni. Come afferma un illustre autore (Mengoni 1988 p. 181), ciò che si attende dal medico è un comportamento idoneo ad ottenere un mutamento di uno stato di malattia (situazione iniziale) in uno stato di salute (situazione finale). Ma il risultato dovuto, secondo il fine proprio della medicina, che è la sanità, "non è la guarigione, bensì un complesso di cure atte a guarire: in breve una buona cura". Insomma, il medico "può soltanto mettere in essere alcune condizioni necessarie o utili per promuovere il risanamento dell'infermo; ma la riuscita della cura esige troppo la presenza di altri elementi, sui quali il medico non ha potere".

Questo principio, che in campo medico accorda una prevalenza alle regole di condotta rispetto alle regole di risultato o di scopo, ha subito progressive e significative modificazioni, avvicinando di molto l'obbligazione del medico all'area delle obbligazioni di risultato.

Anzitutto lo sviluppo tecnologico della prestazione sanitaria ha comportato un incremento piuttosto che una riduzione del comportamento negligente. In particolare, in giurisprudenza, si è andato affermando un indirizzo secondo cui "in un intervento specialistico, retto cioè da precise regole tecniche, la cui inosservanza non è solo segnale di imperizia per lo specialista, ma è anche in stretta correlazione con l'insuccesso, il mancato raggiungimento dello scopo finale, per esso intendendo ciò che con l'osservanza delle regole tecniche avrebbe potuto e dovuto conseguirsi, determina il sorgere della responsabilità dello specialista" (cass. civ. 11287/1993).

In questo modo si sottolinea che l'osservanza della regola tecnica dovrebbe condurre al raggiungimento dello scopo, e che l'inosservanza della stessa regola dovrebbe condurre al risultato peggiorativo. Insomma, "la presenza di una regola tecnica riduce l'incertezza circa il risultato conseguibile" (Cafaggi 1988).

Danno luogo altresì ad un regime di responsabilità più rigoroso equiparabile a quello connesso con l'obbligazione di ri-

sultato quelle prestazioni, trattamenti o interventi medici di facile esecuzione. In tal caso è il professionista che deve provare la causa (ignota) che ha impedito il conseguimento del risultato atteso. Si afferma infatti che, quando da un intervento di facile esecuzione (come un intervento operatorio di routine) "è conseguito un risultato peggiorativo, essendo le condizioni finali del paziente deteriori rispetto a quelle preesistenti, non può non presumersi la inadeguata o non diligente esecuzione della prestazione professionale: presunzione basata appunto sull'aberrante risultato conseguito" (cass. civ. 21/12/1978, in *Giur. it.*, 1979, I, 1, 953). In questi casi l'obbligazione del medico non ha ad oggetto solo una condotta diligente, la prestazione di una buona cura, ma è richiesto che il professionista abbia ben operato per raggiungere il risultato atteso e normalmente conseguibile.

Ancora, nell'ambito della chirurgia estetica la prestazione del medico chirurgo non costituisce l'oggetto di una semplice obbligazione di mezzi, ma consiste proprio nel conseguimento del risultato propostosi dall'altra parte.

Una regola analoga vale anche nell'ambito degli interventi ricostitutivi attuati in odontoiatria.

Altri importanti mutamenti si registrano in tema di discrezionalità, uno dei requisiti che, insieme con la personalità, da cui deriva una relazione fiduciaria tra medico e paziente, caratterizza la prestazione del medico. Secondo l'opinione tradizionale al medico, come al libero professionista e all'intellettuale, sarebbe attribuito un elevato livello di discrezionalità (id est: libertà) nella scelta delle modalità di adempimento della prestazione. Si è giunti ad affermare che l'autonomia dello stesso professionista si tradurrebbe sostanzialmente in una regola di immunità da responsabilità. Si tratta di enunciazioni che hanno subito nell'ambito dell'attività medica un notevole ridimensionamento.

Innanzitutto, la discrezionalità del medico incontra un limite invalicabile nel rifiuto del trattamento indesiderato da parte del paziente. La regola è ribadita nell'art. 31, comma 4, del codice

deontologico, dove è espressamente sancito che: "in ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente..."; salvi i casi di trattamenti sanitari obbligatori, previsti dall'art. 33 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. In altri termini, lo spazio di discrezionalità del medico viene ridotto in relazione alla possibilità del beneficiario, il cui consenso è condizione di validità della prestazione medica, di intervenire nella decisione, "contribuendo alla definizione ed alla selezione delle opzioni e delle alternative disponibili" (Cafaggi 1988).

La discrezionalità del medico incontra, poi, un altro limite in presenza di regole tecnico-scientifiche. Secondo l'indirizzo giurisprudenziale, infatti, è indubitabile che "il complesso delle regole che, per il comune consenso delle autorità scientifiche e per consolidata sperimentazione, si possono reputare acquisite alla scienza e alla pratica, sì da costituire il necessario corredo, culturale e sperimentale, del professionista... (questo complesso di regole) viene a costituire il limite oltre il quale la libertà di scelta del professionista non può mai spingersi..." (cass. civ. 3044/1972).

In breve, l'incremento delle conoscenze scientifiche riduce il livello di incertezza e, conseguentemente, la discrezionalità del professionista. E così, ad esempio, quando esiste un protocollo diagnostico-terapeutico standardizzato, il professionista che se ne allontani deve dare adeguata giustificazione di ciò; come è tenuto a dare esauriente motivazione nel caso in cui la compresenza di una pluralità di strategie alternative consenta un più ampio ventaglio di scelte.

Per concludere sul punto, vi è un'importante precisazione da fare in ordine al valore da attribuire, ai fini di un eventuale giudizio di responsabilità, alle condotte abitualmente tenute dai medici nell'esercizio della professione (la cosiddetta prassi). Secondo un condivisibile orientamento (Cafaggi 1988), la prassi medica non può ritenersi indiscriminatamente vincolan-

te, né la sua osservanza può condurre all'esonero da responsabilità, perché ciò equivarrebbe ad attribuire alla stessa prassi il valore di una "regola insensibile all'evoluzione del progresso scientifico, incentivando, invece, la persistente adozione di tecniche che, sebbene consolidate, possono non costituire le opzioni migliori per il beneficiario".

È il caso, ad esempio, di interventi chirurgici che, pur se adottati nella pratica medica, comportano tuttavia con la risoluzione della patologia, rilevanti ed irreversibili menomazioni dell'integrità psicofisica del paziente, lesioni che potrebbero essere evitate eseguendo altri interventi e trattamenti curativi meno invasivi, demolitori o nocivi per lo stesso paziente; interventi che il progresso tecnico-scientifico e le regole dell'arte riconoscono del pari idonei e adeguati allo scopo curativo della malattia.

La conclusione raggiunta può costituire un pertinente e utile parametro di giudizio, per risolvere la questione dell'eventuale responsabilità dei chirurghi, posta dalla professoressa Dalla Costa riguardo ai criticati interventi di isterectomia.

Ma l'ambito nel quale il sistema normativo desumibile dalla carta fondamentale, all'inizio indicato, ha aperto nuove e rilevanti prospettive, è quello dell'informazione, funzionalmente collegata alla prestazione medica.

È di immediata evidenza che, in campo medico, dove è richiesto il consenso del paziente, l'informazione costituisce in pari tempo un obbligo del professionista e un requisito essenziale ai fini della costituzione e dello svolgimento del rapporto medico-paziente, destinato ad incidere su interessi dotati di protezione costituzionale. È altrettanto evidente che lo scopo dell'informazione è quello di consentire al paziente di valutare se intraprendere o meno la scelta prospettatagli (sottoporsi o meno alla terapia, ad un intervento chirurgico e simili).

Sono necessarie però opportune precisazioni. Tra gli obblighi di informazione, devono essere distinti gli obblighi finalizzati all'acquisizione del consenso del paziente, e quelli volti a permettere allo stesso l'adozione di misure di precauzione.

Nel primo caso, l'omesso o inesatto adempimento dell'obbligo incide sul diritto del destinatario di autodeterminarsi, autorizzando il trattamento sanitario; nell'altro, impedisce al paziente di adottare misure specifiche, dirette ad evitare rischi di danno (per esempio: scelta procreativa libera e consapevole; l'impedire la nascita di bambini affetti da malformazioni genetiche e simili). In entrambe le ipotesi, si determina la lesione di un diritto costituzionalmente protetto (artt. 13, 32/2 Costituzione).

È importante, altresì, chiarire, esplicitando quanto è contenuto nelle considerazioni svolte parlando della discrezionalità del medico, che il riconoscimento di un potere discrezionale di questi deve unirsi ad un obbligo di informazione che dia ragione della scelta operata.

Come si è già accennato gli obblighi di informazione hanno la funzione di consentire al paziente l'autodeterminazione, ossia la possibilità di valutare soggettivamente ed oggettivamente la rilevanza delle probabilità di esito fausto o infausto del trattamento: si tratta di un'analisi costi (danni)/benefici. Il che implica che l'informazione dev'essere dettagliata e specifica, correlata alla capacità di comprensione del destinatario e deve concernere: l'oggetto della prestazione, la natura dei mezzi impiegati, il risultato del trattamento e l'entità del rischio.

Dopo aver delineato natura, contenuto e funzione dell'informazione, occorre adesso indicare, senza alcuna pretesa di completezza, quali conseguenze si verificano nel caso di violazione di detti obblighi. La responsabilità del professionista per la violazione di tali obblighi, che possono coincidere con lo stesso obbligo di prestazione, è fuori discussione, potendo assumere i tratti della responsabilità penale, civile-contrattuale o extra-contrattuale (una distinzione che, ai fini che qui importano, non richiede un esame particolare) – e, sussistendone i presupposti, anche disciplinare.

Il giudizio di responsabilità è operante, sia nel caso in cui l'obbligo di informazione sia rivolto ad ottenere il consenso del paziente, sia nell'ipotesi in cui assolva la diversa funzione

di mettere il destinatario nella condizione di adottare le necessarie misure di precauzione.

In giurisprudenza, l'obbligo di informazione viene configurato anche quale dovere di diligenza, per cui si afferma la responsabilità del professionista pur se la violazione dipenda da colpa lieve, ritenendosi inapplicabile la norma di cui all'art. 2236 codice civile, che afferma la responsabilità del medico in caso di interventi di speciale difficoltà. La mancata, difettosa o inesatta informazione (ivi inclusa l'informazione non conforme a verità ovvero che si riveli inesatta ex post), poiché è una situazione che incide sulla decisione del paziente di sottoporsi al trattamento sanitario (clinico o chirurgico), rende invalido il consenso, e qualifica come invasivo l'intervento del medico, tenuto perciò a rispondere dei conseguenti danni. L'argomento merita qualche altra puntualizzazione.

Poiché l'obbligo di informazione è finalizzato non solo alla formazione del consenso, ma anche a garantire che il paziente, reso edotto dei rischi della terapia, assuma la condotta adeguata, che include evidentemente la libera scelta tra il mantenimento di uno stato morboso e l'eliminazione dello stesso attraverso il trattamento sanitario, è responsabile il medico che, violando tale dovere, abbia pregiudicato tale possibilità di determinazione nel paziente medesimo. Ad analoga conclusione deve pervenirsi quando, in difetto di una completa e specifica informazione, il medico non comunichi al paziente, violando così l'obbligo della completezza e chiarezza dell'informazione, i rischi di una menomazione irreversibile della salute, o la pericolosità della prestazione; evenienze evitabili con il ricorso ad altri trattamenti, ove possibili allo stato delle conoscenze scientifiche e tecniche, e pur quando gli stessi possano essere meno efficaci. Anche qui, dovendosi ritenere invalido il consenso, l'intervento non è più giustificato, sicché non viene meno l'antigiuridicità e l'illiceità del fatto lesivo, fonte di responsabilità del professionista.

Riferimenti bibliografici

Cafaggi, Fabrizio (1988) voce *Responsabilità del professionista* in Digesto delle Discipline Privatistiche, vol. XVII Torino.

Mengoni, Luigi (1988) *Obbligazioni di "risultato" e obbligazioni di "mezzi"*, Milano.

Portigliatti Barbos, Mario (1988a) voce *Diritto di rifiutare le cure* in Digesto delle Discipline Penalistiche, vol. IV Torino.

Portigliatti Barbos, Mario (1988b) voce *Diritto a morire* in Digesto delle Discipline Penalistiche, vol. IV, Torino.

Evoluzione e orientamenti attuali rispetto all'isterectomia

di *Daria Minucci*

Alla chirurgia, per quanto non priva di rischi, da quando anestesia, antibiotici, antisepsi, terapia venosa, trasfusioni ne hanno aumentato significativamente la sicurezza, si devono molte vite. Nonostante la sua recente affermazione, si sono andate rapidamente affinando e perfezionando le tecniche chirurgiche ed i loro supporti tecnologici, e contemporaneamente si è cominciato a valutare e rivedere l'efficacia e l'appropriatezza dei singoli interventi. Il progredire delle ricerche scientifiche, che offrono sempre più la possibilità di terapie mediche adeguate, l'affermarsi del concetto di salute come stato di benessere fisico, psichico e relazionale e il riconoscimento della medicina basata sull'evidenza come metodo moderno irrinunciabile inducono sempre di più a definire meglio le indicazioni degli interventi chirurgici: è esperienza degli ultimi vent'anni la riduzione di tanti interventi chirurgici, non ritenuti più appropriati o adeguatamente sostituiti da cure mediche.

Anche per quanto riguarda l'***isterectomia*** si è aperta una fase di riflessione critica nello stesso mondo sanitario, sia in relazione alle indicazioni che in relazione al tipo di intervento di volta in volta necessario ed alle tecniche per eseguirlo.

La situazione attuale

La necessità indifferibile che questa riflessione critica divenga sempre più stringente è dimostrata dal rilevamento di una grande variabilità di comportamenti nel mondo, sia in relazione alle indicazioni che alle tecniche di esecuzione.

In tutto il mondo l'isterectomia è uno degli interventi maggiori più diffusi: l'hanno subita negli Usa [1] e nel South Australia [2] una donna su tre di 60 anni o più; nel Regno Unito [3] una donna su cinque tra quelle di età superiore a 65 anni; in Italia [4] da un'indagine caso-controllo condotta nell'area milanese fin dal 1983, il 12,2% delle donne risultava isterectomizzata e tra le ultra sessantenni la percentuale cresceva dal 12,8% tra le nate negli anni 1900-09 al 22,0% tra le nate negli anni 1930-39.

Il tasso annuo è anch'esso molto diverso: alla fine degli anni Ottanta si andava da 550 casi ogni 100.000 donne per anno negli Usa [1], a 348 in Finlandia [5] a 164 in Norvegia [6].

Vi sono anche opposte linee di tendenza: in calo progressivo, anche se lento, negli Usa (da 701/100.000 donne/anno nel 1980 a 550 nel 1988-93), ma in aumento in paesi come la Norvegia dove dal 1977-78 al 1988-90 è aumentata del 50% raggiungendo 164 casi per 100.000 donne/anno. In Italia non sono disponibili dati nazionali di tendenza, ma sembra in aumento, almeno da alcuni rilevamenti regionali.

Questa disparità di incidenze e tendenze indica l'esistenza di criteri più di ordine soggettivo che oggettivo nella definizione delle indicazioni.

Anche le indicazioni e controindicazioni per la scelta del tipo di isterectomia (limitata al corpo dell'utero, totale, allargata ai tessuti circostanti, comprendente o meno l'asportazione degli annessi uterini e quindi delle ovaie), delle vie di accesso (addominale o vaginale), delle tecniche chirurgiche oggi disponibili (chirurgica tradizionale, laparoscopica, mista) mostrano disparità importanti non solo tra un paese e l'altro, ma anche tra i vari operatori. Negli Usa una recente indagine sui

criteri di valutazione per la scelta della via di accesso ha spostato le indicazioni a favore della via vaginale rispetto a quella addominale da 3: 1 a 1: 68 [7], ma si stanno levando molte voci critiche anche italiane. Dalle indagini epidemiologiche risulta inoltre che l'isterectomia è associata spesso ad ovariectomia senza relazioni significative con lo stato menopausale o con il numero dei figli.

Eppure il benessere della donna e la sua qualità di vita possono essere diverse se l'intervento è più esteso o più limitato o a seconda delle vie di accesso: la possibilità di conservare il collo dell'utero può giovare alla sessualità, l'avere o meno una cicatrice chirurgica visibile può influire sul suo atteggiamento psicologico e sul suo vissuto, il conservare o no le ovaie può significare, nelle donne in età fertile, una improvvisa cessazione dell'attività ormonale con un inizio traumatico ed anticipato della menopausa, non sempre ben compensata o compensabile con terapie ormonali sostitutive.

L'associazione dell'isterectomia con l'ovariectomia cosiddetta "profilattica" è un tema contraddittorio ed affrontato più su base empirica che scientifica. Dalla letteratura risulta spesso, per esempio, che per quanto l'ovariectomia sia eseguibile senza diversità di difficoltà sia che l'isterectomia venga eseguita per via addominale o per via vaginale, la si esegue molto di più nel primo caso [8], come se le indicazioni alla prevenzione o la valutazione della situazione delle ovaie potesse variare in relazione alla via di accesso. Alcuni testi di chirurgia per medici ne danno indicazioni in relazione all'età, con alcune diversità, proponendola alcuni fin dai 40 anni di età della donna, altri più tardi, ma comunque tutti d'accordo ad indicarla se la donna è in menopausa. La giustificazione è la prevenzione, in queste donne, del carcinoma dell'ovaio, ma i dati epidemiologici portati a supporto di questa tesi sono approssimativi e contraddittori [9-10]. *È l'unico caso rimasto in medicina in cui si tolgono organi sani*: il tumore maligno dell'ovaio è ancora una delle peggiori eventualità cliniche per la sua aggressività e la prevalenza di stadi avanzati al momen-

to della diagnosi, ma oggi comunque la disponibilità di indagini ecografiche indica possibili percorsi di diagnosi precoce; allora perché privare la donna di un organo sano e di un apporto ormonale importante [11] sia prima che dopo la menopausa? *Quante ovaie si asportano, con le relative conseguenze, per prevenire pochi tumori?*

Anche la conservazione o meno di un collo dell'utero sano in corso di isterectomia per affezioni ginecologiche benigne ha avuto alterne vicende: la sua quasi sistematica conservazione quando si sono cominciate ad eseguire le isterectomie avveniva più per le difficoltà connesse con la sua asportazione che per ragioni oggettive di rispetto per la salute della donna. La sua asportazione prima degli screening citologici per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero poteva avere anche alcuni vantaggi. Il collo dell'utero non è un organo inutile e la sua perdita con le conseguenti alterazioni dell'innervazione circostante può influire negativamente sulle funzioni urinarie ed intestinali e sulla sessualità. Inoltre possono derivarne complicazioni tardive come il prolasso della cupola vaginale o la presenza di tessuto di granulazione persistente [12]. *Il collo dell'utero può essere tolto solo se c'è un'indicazione precisa.* Non tutti gli autori sono d'accordo su queste scelte, ma pochi sono i dati della letteratura che dimostrino oggettivamente con studi accurati anche di lungo periodo quali sono i vantaggi reali o gli svantaggi in caso o nell'altro, qual'è il rapporto costi/benefici di una scelta e dell'altra.

L'isterectomia inoltre non è intervento privo di complicanze in parte legate all'intervento chirurgico in se stesso (emorragie, infezioni, fistole, disturbi della motilità intestinale ed alle vie urinarie, ecc.), ed in parte, sicuramente prevalente, dovute alle sequele successive alla perdita dell'utero o di tutto l'apparato genitale interno e possono essere sia di tipo ormonale che fisico, oltre che di ordine psicologico, relazionale e sessuale.

Dall'analisi di numerose casistiche risulta che la mortalità per l'intervento sia tra 6 ed 11 casi su 10.000 operate per affe-

zioni ginecologiche benigne e tra 29 e 38 casi su 10.000 operate per complicanze legate alla gravidanza ed al parto. Mentre la morbilità, comprendente tutti i gradi di complicazioni post-operatorie, in un vecchio studio del 1982 [13], è stata rilevata nel 43% delle isterectomie addominali e nel 24% di quelle vaginali.

Da uno dei pochi studi epidemiologici sistematici condotto su tutte le isterectomie eseguite in Danimarca nel periodo 1978-81, emerge che le complicazioni, dal momento dell'intervento fino a sei anni dopo, sono avvenute nel 2,6% dei casi entro i primi 30 giorni, nel 3,7% entro 90 giorni, nel 9,4% entro due anni; circa l'8% aveva avuto necessità di nuovi ricoveri in relazione alle complicazioni nell'arco dei sei anni di osservazione [14].

Tra le complicazioni più rilevate e più studiate vi sono i disturbi psicologici e quelli sessuali, ma anche in questo campo i risultati sono contraddittori. Occorre dire che molti studi non sono condotti con metodologie corrette e non sempre si è tenuto conto di variabili importanti come il tipo di intervento, l'informazione data, il supporto familiare, le condizioni preesistenti, la terapia ormonale sostitutiva [15-19].

Le prospettive

La medicina moderna, basata sull'evidenza, cioè su conoscenze ed esperienze oggettive, verificabili e confrontabili, ci obbliga a valutare efficacia ed appropriatezza degli interventi medici, diagnostici e/o terapeutici, in relazione alle possibilità che offrono di promuovere e/o recuperare il bene salute, ed i dati sopra esposti indicano quanto sia urgente che questo avvenga anche per l'isterectomia.

Ogni atto chirurgico comporta in sé un rischio per la salute che può essere corso solo per un beneficio maggiore; l'isterectomia, oltre al rischio chirurgico, comporta anche la perdita della capacità riproduttiva e di un organo che ha una grande valenza simbolica nell'identità femminile.

L'isterectomia quindi come atto terapeutico è giustificata solo nella misura in cui è l'unico mezzo possibile per impedire o riparare un danno rilevante alla salute e dovrebbe comunque essere limitata all'asportazione della minor parte possibile dell'utero, in relazione al beneficio che si vuole ottenere, privilegiando le vie di accesso meno invasive.

Non è facile definire, superando le vecchie concezioni organicistiche, il concetto di salute e di malattia. L'Oms ha definito la salute nel 1947 ad Alma Ata come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale"; malattia è quindi tutto ciò che compromette questo stato di benessere. Nel nostro specifico quale patologia dell'utero costituisce malattia e necessita quindi di essere prevenuta e/o curata? E quando non vi è altro strumento terapeutico che quello chirurgico? E qual è l'intervento più appropriato in ciascuna delle molteplici situazioni cliniche che si possono osservare?

Da molte indagini [5] risulta che il 10-15% delle isterectomie è eseguito per patologia tumorale maligna, mentre l'85-90% avviene per patologia benigna, (principalmente fibroleiomiomi, in parte minore endometriosi, prolassi uterini, metrorragie o, raramente, per urgenze come emorragie infrenabili o infarcimenti uterini post-partum, ecc.).

I ***tumori maligni*** dell'utero e dell'ovaio costituiscono un grave rischio per lo stato di benessere della donna e l'isterectomia rimane ancora il principale presidio terapeutico. Tuttavia la diagnosi precoce di molte neoplasie del collo dell'utero e dell'ovaio comincia ad offrire oggi la possibilità di eseguire nelle forme molto iniziali interventi più limitati, per esempio circoscritti al solo collo dell'utero o al solo ovaio. C'è da dire inoltre che le attività di screening dei tumori del collo dell'utero tramite il Pap-test, diagnosticando le lesioni che precedono i tumori e rimuovendole spesso con piccoli interventi "radicali rispetto alle lesioni", ma conservativi per quanto riguarda l'utero, hanno oggi ridotto ad un terzo i casi di donne affette da tumori invasivi che richiedono l'isterectomia.

Anche altre alterazioni dell'utero come le iperplasie, ritenute a rischio per lo sviluppo di carcinomi, possono oggi essere validamente curate in gran parte o con terapia ormonale o con la sola ablazione endometriale.

In tema di tumori maligni è anche possibile che si concretizzi la speranza che, in tempi non troppo lunghi, dalla ricerca nasca la possibilità di cure mediche, superando così in gran parte la necessità di interventi chirurgici.

È su queste strade che, con la necessaria prudenza e con tutte le garanzie di sperimentazioni condotte secondo le regole della buona pratica clinica, occorre procedere.

Per quanto riguarda le ***alterazioni benigne***, che costituiscono l'indicazione di gran lunga prevalente all'isterectomia, da tutte le casistiche risulta che l'indicazione più frequente è costituita dalla fibromatosi uterina in tutte le sue multiformi espressioni ed è da questa situazione che occorre cominciare a riflettere, anche per individuare un nuovo modello di percorso diagnostico terapeutico finalizzato alla salute della persona donna e non alle sole alterazioni morfologiche di un organo.

Si tratta dell'aumento di volume di tutto l'utero o della produzione nel suo contesto di formazioni tumorali benigne, di volume da pochi millimetri a molti centimetri, in numero variabile da una a molte, localizzate nel contesto della parete uterina, o sporgenti dalla sua faccia interna o esterna, con nessuna o con una tendenza più o meno grande a crescere di volume, sempre però con la capacità di ridursi di volume quando diminuisce, con la menopausa, la produzione degli ormoni ovarici. Qualunque sia il loro volume, il loro numero, la loro localizzazione, possono o non essere causa di sintomi, prevalentemente dolori e perdite ematiche di varia entità e produrre danno allo stato di benessere della donna. Nell'età fertile inoltre possono interferire o meno con la capacità riproduttiva e spesso in gravidanza crescono di volume.

Quando queste formazioni sono allora una semplice alterazione anatomica di un organo e quando invece costituiscono malattia o rischio di malattia? Quando incidono o possono in-

cidere cioè sullo stato di benessere fisico, psichico e relazionale della donna? La risposta a questa domanda è fondamentale per verificare la necessità o meno di una terapia e, in caso di risposta affermativa, scegliere la terapia più adeguata ed efficace.

Manca una definizione oggettiva dei criteri che possono far includere o meno una fibromatosi tra le malattie; il danno allo stato di benessere della donna deriva più che dal loro volume o dalla loro localizzazione, dalla presenza o meno di sintomi e dalla loro entità, dalle modificazioni che ne possono derivare per la vita sessuale e per la capacità riproduttiva, e, non ultimo, dalle influenze sul suo atteggiamento psicologico e sul suo vissuto. Questo ha condotto spesso a valutazioni soggettive del ginecologo, basate più sulla propria esperienza che su dati oggettivi verificabili e confrontabili, come la medicina basata sull'evidenza esige. Esistono peraltro pochi dati in letteratura per conoscere se l'intervento era stato realmente efficace ed appropriato, capace cioè di rimuovere i sintomi e migliorare significativamente la qualità della vita. Non ci si può nascondere inoltre che anche la mancanza di un atteggiamento di autoverifica costante e l'adeguarsi "passivo" a comportamenti preesistenti, senza il necessario e sufficiente ripensamento critico, abbia contribuito non poco a far sì che su questo argomento la medicina riscontri un grande ritardo.

In parallelo anche nella ricerca scientifica è mancato un impegno costante per individuare le cause che favoriscono l'insorgenza dei fibromi, dati indispensabili per poterli prevenire e/o curare efficacemente senza ricorrere necessariamente a terapie chirurgiche.

Lo scarso impegno nella ricerca di base può essere dovuto al fatto che si tratta di alterazioni benigne, che non sempre costituiscono "malattia" nel senso che abbiamo detto sopra, ma anche al fatto che con una chirurgia così diffusamente applicata e silenziosamente subita dalle donne, spesso senza valutazione del rapporto con il beneficio che si intendeva ottenere, si è in qualche modo by-passato il problema.

La ricerca di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici

Di fronte alla diagnosi di fibroma occorre in primo luogo chiedersi, quindi, se occorre solo osservarne il comportamento o se invece è necessaria una terapia.

Su questo occorre definire meglio i criteri per una scelta che sia basata su dati oggettivi di un sicuro beneficio per la donna. In attesa di linee guida e definizioni più certe, su cui è indispensabile un serio impegno di ricerca, bisogna comunque riferirsi all'antico concetto che la cura serve se vi è un rischio concreto e misurabile di danno alla salute o se il danno è già in atto e che la cura non deve addurre danni peggiori di quelli esistenti.

Se la terapia appare necessaria, occorre valutare prima di tutto l'utilità della terapia medica.

Non esistono in questo campo, come ho sopra osservato, farmaci capaci di agire sulle cause e risolvere definitivamente il problema, esiste però la possibilità di farmaci che possono rimuovere o ridurre sintomi come le perdite ematiche, che costituiscono causa di anemia e quindi di possibile malattia, o possono ridurre il volume dei fibromi e ridurre anche per questa via disturbi dolorosi o emorragici e recuperare così lo stato di benessere della donna.

Se la terapia medica non è sufficiente o se ci si trova nella circostanza (per esempio in previsione di una gravidanza) in cui sia necessario rimuovere i fibromi rimane l'approccio chirurgico. Questo deve in primis tendere a rimuovere i fibromi e non l'utero.

Nella pratica clinica, così come si è tramandata fino ad oggi, si è ritenuto in genere che la miomectomia, l'intervento cioè che rimuove i fibromi e conserva l'utero, fosse da eseguire nelle donne molto giovani ed in quelle comunque che esplicitamente desideravano mantenere la possibilità di avere figli.

L'intervento di miomectomia, può essere più semplice di quello di isterectomia o più complesso, lungo e complicato, soprattutto in caso di miomi multipli, voluminosi, inseriti nello

spessore della parete uterina. Inoltre, conservando l'utero, c'è un rischio non trascurabile di comparsa di ulteriori miomi. Tutti questi motivi sono stati alla base della scelta fin qui prevalentemente fatta di eseguire interventi conservativi solo se fosse stato necessario conservare la capacità riproduttiva.

Le nuove tecniche chirurgiche, la possibilità, ove necessario, di preparare ed accompagnare l'intervento con terapie mediche capaci di facilitarlo e di prevenire la ricomparsa di miomi, la disponibilità di strumenti diagnostici per un adeguato follow-up indirizzano oggi la scelta verso interventi conservativi, qualunque sia l'età della donna.

Le tecniche endoscopiche (laparoscopia e/o isteroscopia), quando indicate, sono di notevole vantaggio soprattutto nell'immediato decorso post-operatorio che è sicuramente più breve e meno impegnativo, anche se non è ancora sufficientemente dimostrato il loro vantaggio nelle valutazioni a lungo termine.

Un vero consenso informato è essenziale perché la donna possa liberamente decidere tra un intervento conservativo con un certo rischio di recidive e con la necessità di un adeguato follow-up ed un intervento demolitore.

Nei casi (che dovrebbero essere ormai pochi) in cui si valuti più vantaggiosa per la salute della donna l'isterectomia, non pare giustificata l'asportazione delle ovaie e del collo dell'utero, se sani.

Oltre che per i fibromi anche per tutta la patologia benigna è necessario individuare percorsi diagnostico-terapeutici simili: alla fine gli interventi di isterectomia per cause benigne, che oggi sono la maggior parte, dovrebbero ridursi di molto, perché molti meno saranno i casi da trattare con terapia chirurgica e la maggior parte di questi comunque potranno giovarsi di una terapia chirurgica conservativa.

In caso per esempio di metrorragie, dopo un'accurata diagnostica che escluda patologie neoplastiche o preneoplastiche, è possibile utilizzare la terapia medica, e se questa non è efficace, ricorrere ad interventi conservativi come l'ablazione en-

dometriale che ha un successo duraturo nella maggioranza dei casi; anche l'endometriosi oggi, date le numerose possibilità diagnostiche e terapeutiche, sia mediche che chirurgiche non demolitive, non richiede quasi mai l'isterectomia. Il prolasso uterino, che spesso si accompagna ad altre alterazioni della statica pelvica, ad incontinenza urinaria o ad alterazioni della funzionalità rettale, necessita di una accurata diagnostica per definire quelle procedure che può essere più utile di volta in volta di adottare: nelle forme più lievi può essere sufficiente una buona fisioterapia, nelle altre possono necessitare interventi chirurgici capaci di ricostruire il pavimento pelvico o recuperare alcune funzioni di sostegno importanti; solo alcune volte l'isterectomia può essere indispensabile, ad esempio nel caso di una fuoriuscita quasi totale dell'utero che però nel nostro contesto di vita è fatto abbastanza raro.

È un insieme di percorsi che, come tutte le scelte in medicina, necessita di essere verificato strada facendo sia per quanto riguarda le indicazioni in cui l'isterectomia è indispensabile, sia per limitare l'intervento comunque all'asportazione di ciò che è ammalato e non di ciò che è sano, utilizzando come unico indicatore il recupero del benessere globale e della qualità della vita della donna nell'immediato e a lungo termine.

È un lavoro impegnativo, richiesto al mondo medico, di ricerca e di verifica delle scelte più efficaci ed appropriate per la salute della donna, di formazione degli operatori.

Il ruolo delle donne

È importante, però, perché la salute sia sempre il vero e unico obiettivo, una continua collaborazione tra il mondo medico e le donne tutte. Questo deve esprimersi non solo attraverso la realizzazione di nuove dinamiche del rapporto informazione – consenso che deve guidare il cittadino ad essere il soggetto del percorso sanitario che lo riguarda, ma anche nella partecipazione alla ricerca, per individuare percorsi diagnostico-tera-

peutici sempre più appropriati, ed anche nella collaborazione alla formazione del personale sanitario perché acquisisca le conoscenze necessarie per offrire ai cittadini prestazioni sempre più qualificate e la capacità di comunicare con i pazienti in modo da fornire loro le informazioni ed il sostegno necessari perché possano essere i veri protagonisti della promozione e recupero della salute.

Note bibliografiche

[1] Lepine LA., Hillis SD., Marchbanks PA., Koonin LM., Morrow B., Kieke BA., Wilcox LS., "Hysterectomy surveillance United States 1980-1993", in MMWR (*Morbidity and mortality weekly report*) CDC Surveillance Summary, vol. 46, p. 1, 1997.

[2] MacLennan AH., MacLennan A., Wilson D., "The prevalence of hysterectomy in South Australia", in *Medical Journal (of) Australia*, vol. 158, p. 807, 1993.

[3] Chapple A., "Hysterectomy: British National Health Service and private patients have very different experiences", in *Journal Advanced Nursing*, vol. 22, p. 900, 1995.

[4] Parazzini F., La Vecchia C., Negri E., Tozzi L., "Determinants of hysterectomy and oophorectomy in northern Italy", in *Revue (d') Epidemiologie (et de) Sante Publique*, vol. 41, p. 480, 1993.

[5] Luoto R., Kaprio J., Keskimaki I., Pohjanlahti JP., Rutanen EM., "Incidence, causes and surgical methods for hysterectomy in Finland 1987-89", in *International Journal (of) Epidemiology*, vol. 23, p. 348, 1994.

[6] Backe B. Lilleeng S., "Hysterectomy in Norway. Quality of data and clinical practice", in *Tidsskrift (for Den) Norske Laegeforening*, vol. 113, p. 971, 1993.

[7] Kovac SR., "Guidelines to determine the route of hysterectomy", in *Ostetrics (and) Gynecology*, vol. 85, p. 18, 1995.

[8] Carlson K.J., Miller B.A., Fowler F.J. Jr, "The maine women's health study 1: outcomes of hysterectomy", in *Obstetrics (and) Gynecology*, vol. 83, p. 556, 1994.

[9] Jacobs J., Oram D.H., "Prophylactic oophorectomy", in *British Journal Hospital Medicine*, vol. 38, p. 440, 1987.

[10] Weber A.M., Hewett W.J., Gajewski W.H., Curry S.L., "Serous carcinoma of peritoneum after oophorectomy", in Obstetrics (and) Gynecology, vol. 80, p. 558, 1992.

[11] Sluijmer A.V., Heineman M.J., De Jong F.H., Evers J.L., "Endocrine activity of the postmenopausal ovary: The effect of pituitary down regulation and oophorectomy", in *Journal (of) Clinical Endocrinology (and) Metabolism*, vol. 80, p. 2163, 1995.

[12] Hasson H.M., "Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risk and benefits", in *Journal (of) Reproductive Medicine*, vol. 38, p. 781, 1993.

[13] Dicker R.C., Greenspan J.R., Strauss L.T., "Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in USA", in *American Journal (of) Obstetrics (and) Gynecology*, vol. 144, p. 841, 1982.

[14] Andersen TF, Loft A., Bronnum-hansen H., Roepstorff C., Madsen M., "Complications after hysterectomy. A Danish population based study 1978-1983", in *Acta Obstetricia (et) Gynecologica Scandinavica*, vol. 72, p. 570, 1993.

[15] Thornton E.W., McQueen C., Rosser R., Kneale T., Dixon K., "A prospective study of changes in negative mood states of women undergoing surgical hysterectomy: the relationship to cognitive predisposition and familial support", in *Journal Psychosomatic Obstetrics (and) Gynecology*, vol. 18, p. 22, 1997.

[16] Bernhard L.A., Harris C.R., Caroline H.A., "Partner comunication about Hysterectomy", in *Health Care Women International*, vol. 18, p. 73, 1997.

[17] Ryan M.M., "Hysterectomy: social and psycosexual aspects", in Bailliere's Clinical Obstetrics (and) Gynaecology, vol. 11, p. 23, 1997.

[18] Helstrom L., Lundberg P.O., Sorbom D., Backstrom T., "Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women sexual lives before and after subtotal hysterectomy", in *Obstetrics (and) Gynecology*, vol. 81, p. 357, 1993.

[19] Nathorst-Boos J., von Schoultz B., Carlstrom K., "Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy-effects on sexual life, psycological well-being and androgen status", in *Journal Psychosomatic Obstetrics (and) Gynecology*, vol. 14, p. 283, 1993.

Il consenso nella crisi del rapporto medico-paziente nelle ipotesi di responsabilità del medico in caso di isterectomia

di *Paolo Benciolini*

1. La recente evoluzione della giurisprudenza ha posto da alcuni anni l'accento sull'importanza del consenso all'atto medico. Anche il legislatore, negli ultimi anni, ha preso l'iniziativa di inserire in alcune normative di interesse sanitario, la necessità del cosiddetto "consenso informato". Al di là della particolare terminologia (che contribuisce a trasferire anche in Italia una preoccupazione più formale che reale sull'importanza del consenso) non vi è dubbio che – sia pure a distanza di molti anni – anche il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione è oggi all'attenzione non solo dei giuristi ma anche dei medici. Non è senza significato rilevare che, se sono stati necessari trent'anni (1948-1978) per dare attuazione (almeno sotto il profilo normativo!) al I° comma dell'art. 32, che afferma il diritto alla tutela della salute (anche come interesse della collettività), ancora più lenta è stata la "scoperta" del II° comma che vieta al personale sanitario di sottoporre un cittadino a trattamento sanitario qualora manchi il suo consenso.

2. Un ulteriore rischio dell'attuale, pur giustificata, attenzione al consenso da parte degli operatori sanitari è quello di ignorare o sottovalutare il fondamentale processo di *informazione*, meglio di *comunicazione*, che deve precedere l'atto conclusivo con il quale il paziente esprime la propria adesione (o la propria opposizione) alla proposta dei sanitari. La tradizione plurisecolare dell'esperienza medica, ancorata ad un atteggia-

mento di tipo paternalistico, forse un tempo spiegabile, oggi non può ulteriormente trovare una propria giustificazione come del resto anche la più recente edizione del Codice deontologico sottolinea, nel momento in cui pone al centro della relazione medico-paziente un rapporto di reciproca fiducia, basato quindi non sull'imposizione ma sulla libera accettazione del paziente delle prospettive del trattamento sanitario che lo riguarda.

3. Anche il problema del rapporto medico-paziente va dunque correttamente situato nella luce dell'attuale riflessione sui *diritti umani* e, di conseguenza, sul dovere di chi ne ha la responsabilità di poterli garantire nei confronti di tutti. In campo sanitario, pertanto, garantire il rispetto dei diritti contenuti sia nel primo che nel secondo comma dell'art. 32 significa porre attenzione al cuore del rapporto medico-paziente, rapporto certamente (ed inevitabilmente) diseguale ma che in ogni caso può realizzarsi solo attraverso una adeguata *"alleanza terapeutica"*. Per raggiungere tale obiettivo non è certamente sufficiente una valida preparazione tecnico-scientifica ma occorre che accanto alla *"scienza"* i medici possano adeguatamente formare la propria *"coscienza"*. Ciò significa capacità di ascolto, innanzitutto, e capacità di adeguata comunicazione, secondo tempi e modalità non frettolosi e, rispettivamente, improvvisati. Si richiede pertanto una formazione del medico che difficilmente ancor oggi può essere assicurata dal *curriculum* degli studi. La crescente attenzione alla riflessione bioetica ed ai valori e principi che essa propone appare comunque fenomeno certamente positivo e che consente una ragionevole speranza perché possa essere recuperato, in termini nuovi ed adeguati ai diritti del cittadino, il rapporto fiduciario dello stesso con gli operatori sanitari.

4. L'analisi del problema posto ad oggetto di questo studio, e cioè la prassi dell'isterectomia, richiede di poter verificare due fondamentali aspetti ai fini della identificazione delle ipotesi di responsabilità del medico: la valutazione in sede clinico-

scientifica delle reali indicazioni all'isterectomia, l'esistenza di un valido consenso della donna che a tale trattamento si sottoponga.

4.1. Come per ogni altro trattamento sanitario, la corretta valutazione in sede clinico-scientifica della possibilità di praticare l'isterectomia deve considerare (ed opportunamente confrontare tra loro) le indicazioni, le possibili valide alternative, le controindicazioni. Tra queste ultime non possono essere comprese solo le possibili conseguenze sul piano fisico (tendenza che ancora oggi prevale nella mentalità del medico) ma deve essere adeguatamente approfondita la prospettiva di ogni altra ripercussione sulla persona nel suo equilibrio psico-fisico, compresa la dimensione emozionale e la relazione interpersonale. È solo il caso di ricordare che il concetto di *"salute"* al quale la nostra Costituzione si richiama, nel proporlo all'art. 32, non può essere diverso da quello che l'Italia aveva sottoscritto l'anno prima (1947) nell'aderire all'Organizzazione mondiale della sanità il cui atto istitutivo definisce la salute *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"*. Una visione eccessivamente organicistica potrebbe dunque indurre a scegliere la modalità di intervento demolitorio solo ai fini di rimuovere tessuti ritenuti potenzialmente (o anche realmente) dannosi ma ignorando la ripercussione di tale rimozione sull'equilibrio complessivo, la serenità e il vissuto corporeo della donna.

4.2. Quanto esposto in precedenza non è comunque sufficiente per poter giungere ad una definitiva decisione circa l'opportunità o meno di praticare l'intervento di isterectomia. È necessaria una adeguata comunicazione alla donna di tutti gli elementi che possono essere valutati in sede clinico-scientifica perché la scelta del trattamento che le viene proposto possa essere da lei stessa valutata, sia negli effetti immediati che in quelli successivi, lasciando alla donna stessa la decisione finale.

Non si tratta, del resto, di una modalità di approccio peculiare per il caso dell'isterectomia ma più semplicemente di una

applicazione in questo particolare caso di un atteggiamento che deve essere costante nella "proposta" di un trattamento sanitario. Anticipando quello che oggi comincia ad essere un approccio più diffuso, la legge 194/78 aveva già prospettato al medico (il medico di fiducia, il medico del consultorio familiare) una situazione nella quale la competenza tecnico-scientifica, pur correttamente richiesta e opportunamente esercitata, deve lasciare il passo all'autodeterminazione della donna. Il che non significa lasciare la donna abbandonata a sé stessa ma contribuire a fornirle gli elementi di valutazione perché la decisione possa essere più meditata e consapevole sia nell'immediato sia per le prospettive e le conseguenze a distanza.

5. Gli esiti dell'intervento di isterectomia costituiscono, nel caso di evento di rilevanza penale, delitto di *lesioni personali*. Le previsioni del codice penale sono quelle contenute negli artt. 582 (lesione personale), 583 (circostanze aggravanti) e 590 (lesioni personali colpose).

Due sono, pertanto, i problemi di classificazione che si pongono sotto il profilo di competenza medico-legale: il primo attiene alla gravità della lesione, il secondo all'elemento psicologico del reato.

5.1. Per quanto riguarda la gravità, si ricorda che la lesione personale è "semplice" quando dall'evento lesivo iniziale derivi solo uno stato di malattia e che non superi i 40 giorni; è grave o gravissima quando sussistano talune delle ipotesi previste nell'art. 583. Nel caso dell'isterectomia non vi è dubbio che siamo nell'ambito delle lesioni personali aggravate e l'alternativa pertanto si pone tra le ipotesi che rendono la lesione "grave" e quelle che la rendono "gravissima".

Occorre distinguere fra le conseguenze dell'isterectomia in quanto tale e quelle dell'isterectomia allargata comprendente cioè anche l'annessiectomia (asportazione degli annessi e cioè in particolare delle ovaie).

Nell'eventualità più grave (isterectomia con annessiectomia) la valutazione è obbligata: infatti tra le previsione tipiche della

seconda parte dell'art. 583 (che si riferisce alle lesioni personali gravissime) è prevista anche la *"perdita dell'uso di un organo"*. È solo il caso di ricordare, infatti, che sotto il profilo della valutazione penalistica, il concetto di "organo" corrisponde a quello di "funzione".

Nel caso di asportazione dell'utero senza altri interventi demolitivi, ugualmente la valutazione è obbligata nel caso di donna in età fertile. Tra le altre ipotesi previste nella seconda parte dell'art. 583 si trova infatti anche la *"perdita della capacità di procreare"*.

Meno immediata rimane la valutazione nel caso in cui si tratti di asportazione del solo utero in donna non più in età feconda. In questo caso, infatti, è necessario verificare in concreto se sia venuta meno una funzione ovvero se – nonostante l'intervento demolitivo – l'organismo mantenga, sia pure ridotte, tutte le funzioni precedenti. Qualora si dovesse pervenire a quell'ultima conclusione, la lesione andrebbe classificata come "grave" con riferimento all'ipotesi dell'*"indebolimento permanente di un organo"*. Va cioè ricordato ulteriormente che non esiste identità fra il concetto di organo in senso penalistico e il concetto di organo in senso meramente anatomico o morfologico.

Detto questo, va tuttavia prospettata la possibilità di riconoscere anche in quest'ultima eventualità l'ipotesi della lesione personale "gravissima" qualora si dovesse riscontrare che una funzione, pur non essendo completamente perduta, risulta cospicuamente compromessa. Questo criterio, valido sotto un profilo di carattere generale, appare particolarmente calzante nella situazione qui in esame. Infatti per funzioni relazionali (come, in modo evidente, per la funzione sessuale) esiste una particolare attenzione del legislatore che si è espressa in un'altra delle previsioni comprese nella stessa seconda parte dell'art. 583 e cioè quella definita come "permanente e grave difficoltà della favella". È da ritenersi, ad avviso di chi scrive, che la perdita dell'utero anche in età non fertile comporti una serie di ripercussioni sulla donna tali da incidere in misura particolarmente rilevante su talune funzioni e, in primo luogo,

su funzioni di carattere relazionale tali da giustificare – sia pure attraverso l'indispensabile valutazione nel caso concreto – il riconoscimento della lesione personale "gravissima" anche qualora si dovesse riscontrare che nessuna funzione è stata completamente abolita.

5.2. L'elemento psicologico del reato è identificabile nella *colpa* qualora, dopo l'espressione di un valido consenso, emergano elementi addebitabili all'esecuzione dell'atto medico che risulti caratterizzata da negligenza e/o imprudenza e/o imperizia. Sotto questo profilo il criterio di valutazione di competenza medico-legale non si discosta da quello abitualmente adottato in ogni ipotesi di responsabilità professionale per colpa dell'operatore.

Particolare attenzione deve piuttosto essere dedicata oggi all'ipotesi alternativa che considera gli estremi della responsabilità per *dolo*. Secondo una recente ma assai autorevole riflessione della dottrina, convalidata del resto da un parallelo orientamento della giurisprudenza (comprendente anche una fondamentale sentenza della Suprema Corte) qualora manchi il consenso o lo stesso sia "viziato" da inadeguata informazione, l'atto medico in quanto tale (e chirurgico, in particolare) va inquadrato (anche a prescindere da possibili conseguenze dannose) come *"lesione personale volontaria"*.

Ne consegue, pertanto, che in assenza di valido consenso (secondo il significato che va dunque attribuito in base alle considerazione sopra espresse) l'esecuzione di isterectomia non può non essere interpretata come lesione volontaria, quantificabile come "lesione gravissima" (o – ma solo come alternativa subordinata di assai più rara ricorrenza – "lesione grave").

6. Certamente la motivazione principale che deve indurre a riflettere sulla problematica proposta dal tema in esame va ricercata nei principi ispiratori dell'attività professionale medica sotto il profilo deontologico ed etico.

La più recente edizione (1995) del Codice di Deontologia medica ben illustra i criteri che devono presiedere ad una cor-

retta informazione (art. 29) e alla esecuzione dei trattamenti sanitari con il consenso del paziente (art. 31).

Sotto il profilo etico va sottolineata la particolare attenzione che proprio il tema dell'isterectomia sta suscitando in questi tempi nell'ambito della riflessione bioetica. Ne sono espressione, ad esempio, il Seminario istituito da alcuni anni presso l'Università di Münster e la sollecitazione ad una apposita riflessione pervenuta al Comitato nazionale per la Bioetica italiano. Lo stesso significato di questa riflessione a più voci sul tema dell'isterectomia ritengo vada al di là delle sole questioni strettamente giuridiche.

Tuttavia anche l'attenzione alla rilevanza penalistica del problema non può essere intesa solo come una sorta di minaccia volta ad incutere timore nei sanitari in relazione alle (certamente rilevanti) possibili sanzioni più sopra indicate. In ultima analisi, proprio la rinnovata attenzione al significato fondamentale del consenso come presupposto di liceità dell'atto medico rimanda ad un principio costituzionale che possiede al suo interno un profondo significato etico, ispirato com'è ad un valore nel quale tutti si possono e si devono riconoscere.

Alternative mediche e chirurgiche all'isterectomia

di *Riccardo Samaritani*

Se è indubbio che l'intervento di isterectomia eseguito in condizioni di reale necessità ha salvato e può salvare la vita di molte donne liberandole contemporaneamente da sintomi anche molto gravi che influiscono sulla vita psichica, è allo stesso tempo molto facile osservare donne che hanno subito l'isterectomia senza una precisa e reale indicazione e presentano oggi problemi di non facile soluzione.

L'isterectomia è stata ed è tutt'oggi, una delle operazioni più comunemente eseguite.

È interessante notare che la percentuale delle isterectomie nei paesi occidentali varia moltissimo da nazione a nazione raggiungendo i più alti livelli negli Stati Uniti e i più bassi nei paesi scandinavi.

Per spiegare tale variazione di percentuale del numero delle isterectomie nei diversi paesi, sono stati presi in considerazione vari fattori, fra cui le caratteristiche delle pazienti, la disponibilità di risorse mediche nonché gli atteggiamenti e i comportamenti professionali dei medici.

Perché c'è un grande interesse verso il numero delle isterectomie eseguite?

Ci sono varie ragioni.

Prima di tutto, sebbene il rischio di mortalità da isterectomia sia molto basso (1-2/1000), il rischio di complicazioni minori è relativamente elevato (24.5% per le isterectomie vaginali e il 42.8% per quelle addominali) ed è rappresentato da emorragie

che richiedono trasfusioni (8.3 e 15.4%), danni all'intestino (0.3 e 0.6%), alla vescica (0.3 e 1.6%), agli ureteri (0 e 0.3%), febbre (15.3 e 32.3%), ritenzione urinaria (15.0 e 4.8%)e prolasso della cupola vaginale (0 e 0.2%).

Secondariamente bisogna considerare il tempo di degenza in ospedale che è di 4-7 giorni per un'isterectomia addominale e 2-4 giorni per quella vaginale, nonché il tempo di convalescenza che è di 6-12 settimane circa. L'isterectomia, inoltre, è una procedura anche relativamente costosa. In Italia il costo medio per ogni intervento è, infatti, di circa 5 milioni di lire.

Terzo, un considerevole numero di donne riferisce un peggioramento oppure la comparsa di nuovi sintomi dopo l'intervento. Le problematiche che si presentano più spesso dopo la chirurgia includono la dispareunia, la diminuzione fino, a volte, alla scomparsa della libido, le vampate di calore, la perdita dell'appetito, la stitichezza, l'aumento di peso, i dolori lombari e i problemi urinari.

Per quanto riguarda la risposta psicologica mentre è indubbia la ripercussione a livello anche psichico di questo intervento, tale aspetto è rimasto meno indagato e piuttosto trascurato nell'indicazione all'isterectomia.

Infine, per molte donne l'isterectomia rappresenta una minaccia alla percezione della femminilità e questo è forse l'argomento più discusso, soprattutto nell'ambito di molti gruppi di pressione che sostengono la validità delle tecniche chirurgiche conservative.

Ma quali sono le patologie ginecologiche che vengono trattate con l'isterectomia?

Consideriamole una alla volta.

Metrorragie disfunzionali

Le metrorragie disfunzionali sono quelle emorragie che non vedono la loro origine in cause organiche e rappresentano la causa del *35%* delle isterectomie.

In presenza di metrorragia disfunzionale vera alcune pazienti potranno essere semplicemente rassicurate e non avranno bisogno d'alcuna terapia. Nella maggior parte dei casi, comunque, il primo trattamento della metrorragia disfunzionale dovrebbe essere medico, e dovrebbe considerare l'età della paziente, la richiesta di contraccezione, gli effetti collaterali ed infine anche il costo del trattamento.

Dividerei i trattamenti i due gruppi: quelli di prima scelta e quelli di seconda scelta.

Gli ormoni progestinici rappresentano il trattamento di prima scelta insieme ai contraccettivi orali, agli inibitori della sintesi delle prostaglandine e ai farmaci antifibrinolitici. Tutti i trattamenti medici suddetti hanno pochi effetti collaterali e sono abbastanza ben tollerati dall'utenza femminile. Esistono in commercio, però, altri presidi farmacologici che possono essere utilizzati nel trattamento delle metrorragie disfunzionali e che a causa dei loro effetti collaterali più o meno pesanti, definirei farmaci di seconda scelta. Tali farmaci prendono il nome di analoghi del GnRH, vengono somministrati, solitamente, per via intramuscolare una volta al mese e provocano una menopausa farmacologica temporanea. Tali farmaci debbono essere utilizzati, a mio parere, con molta attenzione poiché il loro uso prolungato, può determinare la comparsa di condizioni irreversibili che vanno dalla ipoestrogenicità fino alla menopausa franca.

Anche il Danazolo è un farmaco utile nel trattamento della metrorragia disfunzionale e, al dosaggio di 200 mg al giorno riduce il sanguinamento fino al 75% ma la sua utilità è condizionata da una serie di spiacevoli effetti collaterali (acne, riduzione della libido, pelle grassa, aumento di peso, irsutismo e cambiamenti della voce).

Bisogna considerare, inoltre, che i sanguinamenti disfunzionali spesso si ripresentano al termine dei trattamenti farmacologici. Per questa ragione le terapie mediche in questi casi dovrebbero essere protratte a lungo ma ciò, spesso, non è possibile a causa dei loro effetti collaterali. La giusta riluttanza delle pazienti a proseguire le terapie mediche favorisce, però, l'utilizzo di terapie chirurgiche molto spesso non conservative.

Un trattamento medico, che potrebbe essere allo stesso tempo efficace e utilizzato a lungo termine, è lo IUD medicato, vale a dire una spirale a lento rilascio di bassissime quantità di progestinico (20 μg/24 ore). Tale dispositivo avendo azione contraccettiva non può essere utilizzato dalle donne che desiderano una gravidanza. Questo dispositivo intrauterino determina una riduzione del flusso di sangue fino all'86% nelle donne con metrorragia e potrebbe essere responsabile di una notevole diminuzione del numero delle pazienti che optano per la chirurgia per trattare la loro metrorragia.

Per quanto riguarda i trattamenti chirurgici delle metrorragie disfunzionali esistono, oggi, le tecniche resettoscopiche e fra queste l'ablazione dell'endometrio si pone come validissima alternativa all'isterectomia. I dati ottenuti fino ad oggi hanno dimostrato che oltre il 90% delle donne sottoposte ad ablazione endometriale ha evitato non solo l'isterectomia ma qualsiasi altro tipo di intervento chirurgico ginecologico per i successivi 5 anni.

Sono stati pubblicati i risultati di 3 studi randomizzati che mettono a confronto l'ablazione dell'endometrio con l'isterectomia. Questi studi hanno tutti concluso che la chirurgia isteroscopica è associata a tempi operatori brevi, a basse percentuali di complicanze, riduce l'uso di analgesici e permette un rapido recupero fisico e il ritorno alla normale attività lavorativa in breve tempo.

I fibromi

In ordine d'importanza, dopo le metrorragie disfunzionali, troviamo i fibromi.

È stato stimato che circa il 20-25% delle donne all'età di 35 anni presenta fibromi uterini, la maggior parte dei quali è asintomatica.

Il trattamento di una donna che presenta fibromi uterini dipende dall'associazione di tre fattori: i sintomi, l'età della paziente e il suo stato riproduttivo. Le scelte terapeutiche com-

prendono la sola osservazione, il trattamento farmacologico dei sintomi, la miomectomia ed, infine, l'isterectomia. Quando i fibromi sono piccoli e asintomatici solo molto raramente richiedono un trattamento chirurgico. Per quanto riguarda, invece, il trattamento dei grandi fibromi, ci sono opinioni molto discordanti. Spesso questi fibromi non necessitano di terapia poiché regrediscono dopo la menopausa. Tuttavia, in molte donne questa naturale regressione dei fibromi non avviene a causa dell'utilizzo sempre più frequente delle terapie ormonali sostitutive. Un altro motivo che spesso induce alla chirurgia è rappresentato dal rischio, seppur basso, di trasformazione sarcomatosa dei fibromi (0.2%) Per contro il trattamento chirurgico si rende indispensabile quando ci si trova di fronte a fibromi che comprimono l'uretere (evenienza, peraltro, rarissima), ma ciò è generalmente limitato a quelle donne con uteri molto grandi (come alla XII settimana di gravidanza).

Le terapie mediche per i fibromi sono limitate. I progestinici, gli inibitori della sintesi delle prostaglandine, i contraccettivi orali e gli steroidi androgenici (danazolo e gestrinone) si usano per il trattamento delle menorragie associate a fibromi, con vari ma spesso insoddisfacenti risultati.

Gli analoghi del GnRH possono, sì, determinare la regressione dei fibromi e il sollievo dai sintomi; sfortunatamente queste regressioni sono solo temporanee e al cessare della terapia i fibromi si ripresentano aggiungendo, quindi, all'insuccesso anche tutti quegli effetti collaterali, di cui ho già parlato, che possono in alcuni casi diventare permanenti.

La chirurgia si rende indispensabile quando i fibromi sono causa di eccessivi sanguinamenti che rendono le pazienti anemiche oppure quando causano dolori pelvici o comprimono organi adiacenti. Tradizionalmente l'isterectomia è stata, per molto tempo, l'operazione di scelta e il fibroma, la causa del *30%* circa delle isterectomie. Tuttavia, mentre l'isterectomia può essere appropriata nei casi di grossi fibromi molto sanguinanti o in quei casi in cui si osserva una rapida crescita dei fibromi stessi, non è sicuramente una procedura valida per le donne in età fertile o che semplicemente desiderano conserva-

re il loro utero. Oggi la miomectomia e la miolisi sono le tecniche chirurgiche alternative disponibili.

La miomectomia è l'atto chirurgico che permette di asportare i fibromi uterini conservando l'utero e permettendo future gravidanze e il mantenimento della funzione mestruale.

La miomectomia, tradizionalmente, è eseguita per via addominale. Le complicazioni intra e postoperatorie includono nel 20% dei casi perdite di sangue che richiedono trasfusioni, nel 12% dei casi infezioni, ed, infine, nell'1% dei casi la conversione intraoperatoria in isterectomia. In alternativa alla via chirurgica addominale oggi è possibile utilizzare la via laparoscopica e la via isteroscopica. Queste alternative chirurgiche cosiddette endoscopiche permettono di raggiungere ottimi risultati con rischi e complicanze minori per le pazienti. Queste due ultime tecniche, in linea di massima, sono utilizzate soprattutto quando è necessario asportare fibromi sottosierosi (che sono cresciuti subito sotto il rivestimento esterno, sieroso, dell'utero) oppure fibromi sottomucosi (che sono cresciuti all'interno del viscere uterino, subito al di sotto della mucosa). Nonostante non siano stati eseguiti studi comparativi tra miomectomie endoscopiche e miomectomie con tecnica tradizionale, l'evidenza suggerisce che con le tecniche conservative si raggiungono ottimi livelli di controllo sulle menorragie e che la fertilità migliora nettamente. Generalmente, in pazienti molto ben selezionate la miomectomia isteroscopica permette di evitare l'intervento addominale e, quindi, anche l'isterectomia.

Un'altra alternativa chirurgica alla miomectomia e all'isterectomia, in caso di fibromi, è la miolisi. Questa procedura si basa sulla devascolarizzazione del fibroma con energia termica e, quindi, sulla sua conseguente involuzione per necrobiosi ischemica.

Prolassi uterovaginali

I prolassi genitali costituiscono il *6.5%* dei casi di isterectomia. I sintomi che accompagnano i prolassi genitali includono

senso di peso pelvico, problemi rettali e urinari nonché fastidi locali che vanno da semplici irritazioni fino a vere e proprie ulcerazioni delle mucose. Tra le patologie ginecologiche, il prolasso, è quella che meno facilmente si può avvalere delle tecniche conservative.

I prolassi uterini sintomatici possono essere trattati con il posizionamento di pessari, con esercizi del pavimento pelvico oppure con la chirurgia. I trattamenti conservativi sono indicati, come sempre, nelle pazienti che desiderano preservare la loro fertilità o che hanno controindicazioni mediche alla chirurgia. Molte pazienti trovano molto fastidiosa la gestione a lungo termine del prolasso con il pessario, perché deve essere sostituito regolarmente, perché interferisce con i rapporti sessuali e perché può provocare infiammazioni frequenti e, a volte, sanguinamenti e ulcerazioni delle mucose genitali. Spesso si ricorre alla chirurgia.

La chirurgia può essere limitata alla correzione di prolassi della parete vaginale anteriore o posteriore, per correggere, cioè, prolassi vescicali o rettali ed eliminare problemi di incontinenza urinaria e/o fecale. Quando, però, al descensus vaginale è associato anche un prolasso uterino di media o grave entità, allora l'intervento correttivo dovrebbe avvalersi anche dell'isterectomia per massimizzare il successo dell'operazione. La chirurgia del pavimento pelvico è eseguita, tradizionalmente, per via vaginale e solo in alcuni casi utilizza la via addominale.

Alternative all'isterectomia sono state sperimentate con risultati più o meno soddisfacenti. Queste tecniche di sospensione dell'utero, possono essere usate solo in casi molto selezionati e si basano sull'ancoraggio dei legamenti rotondi o della cervice alla fascia del retto.

Endometriosi e adenomiosi

Le pazienti che presentano *endometriosi* possono essere genericamente divise in due gruppi: quelle che presentano dolori pelvici e altri sintomi (2/3 dei casi) e quelle che presentano

infertilità (1/3 dei casi). I sintomi più comuni sono: dolori pelvici, dismenorrea grave, dispareunia e metrorragie. Per ovvie ragioni l'isterectomia è controindicata nelle pazienti che presentano infertilità e quindi prenderò in esame solo il primo gruppo.

Poiché l'endometriosi è una condizione estrogeno dipendente, le terapie mediche hanno tutte come scopo primario quello di inibire la produzione di ormoni. I farmaci a disposizione sono gli stessi che ho già menzionato a proposito della terapia medica delle metrorragie disfunzionali ma, in questo caso sono somministrati con diverse modalità. I contraccettivi a basso dosaggio, per es., sono prescritti in modo continuativo con interruzioni solo ogni 4-6 mesi. In questo modo si riducono drasticamente la dismenorrea e i dolori pelvici. I progestinici inducono amenorrea e bloccano l'ovulazione riducendo la sintomatologia ma provocano comparsa di sanguinamenti, aumento di peso, ritenzione di liquidi, tensione mammaria e alterazione dell'umore. Il danazolo crea un ambiente ipoestrogenico e iperandrogenico che sicuramente è sfavorevole alla crescita dell'endometriosi. Una dose di 400 mg al giorno, infatti, inibisce l'ovulazione nel 95% delle donne e quindi provoca l'amenorrea con la scomparsa dei sintomi dolorosi. Purtroppo la compliance del danazolo è molto bassa poiché induce acne, riduzione della libido, pelle grassa, aumento di peso, irsutismo e cambiamenti della voce. Anche il gestrinone sopprime gli estrogeni e causa l'amenorrea nel 50-100% delle pazienti ma anch'esso è poco tollerato a causa degli effetti collaterali androgenizzanti. Infine ci sono gli analoghi del GnRH che inibendo la ghiandola ipofisaria nella sua produzione di FSH e LH producono soppressione della produzione degli ormoni ovarici e, pertanto, creano una condizione di pseudomenopausa. Tutte queste terapie mediche sono egualmente efficaci e nell'80% dei casi riducono i sintomi e permettono di evitare i trattamenti chirurgici.

Le terapie chirurgiche conservative basate sull'ablazione o escissione della patologia con conseguente restaurazione della normale anatomia sono indicate quando sono presenti grandi

endometriomi o quando la terapia medica fallisce sul controllo dei sintomi oppure non è ben tollerata.

I trattamenti medici e la chirurgia conservativa possono essere ripetuti, specialmente quando è richiesto il mantenimento della fertilità. Spesso, però, le conseguenze psicologiche del dolore cronico, i frequenti ricoveri e i ripetuti interventi chirurgici favoriscono la scelta della paziente verso soluzioni chirurgiche definitive. Circa il *4%* delle isterectomie si esegue per endometriosi. L'isterectomia quando è associata ad annessectomia bilaterale e a terapia ormonale sostitutiva rappresenta il rimedio ultimo per questa malattia cronica.

L'unica reale innovazione chirurgica è rappresentata dal fatto che le pazienti possono essere trattate senza laparotomia. Infatti le pazienti con basso grado di endometriosi possono essere trattate con chirurgia vaginale mentre le pazienti con endometriosi severa possono utilizzare la via laparoscopica.

L'adenomiosi può causare aumento di volume dell'utero, menorragia e dismenorrea. La diagnosi si fa, di solito, per caso dopo esame istologico dell'utero. La risposta al trattamento medico è molto bassa e il trattamento di prima scelta rimane l'isterectomia.

L'infiammazione pelvica

Un ascesso pelvico normalmente è trattato con salpingectomia oppure annessectomia bilaterale. Con la recente disponibilità di potenti terapie antibiotiche si può drenare l'ascesso anche con tecnica laparoscopica o per via transvaginale ecoguidata.

Il dolore pelvico

Il dolore pelvico cronico rappresenta un'indicazione occasionale all'isterectomia. La sindrome del dolore pelvico, così definita da Beard nel 1984 è una condizione caratterizzata da congestione venosa dimostrabile in quelle donne con una sto-

ria di dolore pelvico da molti anni per cui non è stato possibile trovare alcuna causa organica con laparoscopia.

Questi casi devono essere sempre trattati primariamente con terapia medica e solo nei casi molto gravi in cui la terapia medica ha fallito si può ricorrere, allora, all'isterectomia.

Il cancro

Il cancro genitale è la causa del *5.6%* delle isterectomie. È il trattamento obbligato nei casi di carcinoma invasivo della cervice uterina, adenocarcinoma dell'endometrio e sarcoma uterino ed è eseguita, coincidenzialmente, durante gli interventi per carcinoma ovarico e delle tube, ed anche in qualche caso di tumore non ginecologico. Non ci sono reali alternative nei casi suddetti.

Metrorragie disfunzionali

Definizione:	emorragie che non vedono la loro origine in cause organiche
	sono la causa di circa il 35% delle isterectomie
Trattamento:	
medico	progestinici
	contraccettivi orali
	inibitori della sintesi delle prostaglandine
	antifibrinolitici
	analoghi del GnRH
	steroidi androgenici
	IUD medicato con progestinici (20 μg/24 ore)
chirurgico	
conservativo	ablazione dell'endometrio
	esame della cavità uterina (terapia palliativa)
non conservativo	isterectomia laparotomica
	isterectomia vaginale

Fibromi uterini (fibromiomi o leiomiomi)

Definizione:	neoformazioni benigne sono la causa di circa il 30% delle isterectomie
Trattamento:	
medico	progestinici contraccettivi orali inibitori della sintesi delle prostaglandine antifibrinolitici analoghi del GnRH steroidi androgenici
chirurgico	
conservativo	miomectomia laparoscopica miomectomia resettoscopica miomectomia laparotomica miolisi
non conservativo	isterectomia laparotomica isterectomia vaginale

Prolassi uterovaginali e genitali

Definizione:	discesa delle pareti vaginali ± associata ad abbassamento progressivo dell'utero e degli altri organi della pelvi (vescica, retto) sono la causa di circa il 6.5% delle isterectomie
Trattamento:	
medico	pessario, ginnastica del pavimento pelvico (nei casi iniziali)
chirurgico	
conservativo	sospensione dell'utero (solo casi molto selezionati)
non conservativo	isterectomia vaginale ± ricostruzione del pavimento pelvico

Endometriosi

Definizione:	condizione di patologia provocata dalla disseminazione o dalla crescita di tessuto endometriale in sedi anomale (eterotopia) è la causa di circa il 4% delle isterectomie
Trattamento:	
medico	progestinici contraccettivi orali analoghi del GnRH steroidi androgenici

chirurgico
conservativo — asportazione degli endometriomi con tecnica laparoscopica o vaginale
non conservativo — isterectomia con annessectomia bilaterale

Infiammazione pelvica

Definizione: malattia infiammatoria della pelvi (PID). Ascesso pelvico
statisticamente irrilevante per l'isterectomia

Trattamento:
medico — antibiotico terapia
chirurgico
conservativo — drenaggio laparoscopico dell'ascesso
drenaggio transvaginale ecoguidato dell'ascesso
non conservativo — isterectomia con salpingoannessectomia bilaterale eseguita con tecnica laparoscopica o laparotomica (trattamento raro)

Sindrome del dolore pelvico

Definizione: sindrome caratterizzata da congestione venosa pelvica
statisticamente irrilevante per l'isterectomia

Trattamento: il trattamento è sempre medico
solo nei casi molto gravi in cui la terapia medica fallisce si può ricorrere all'isterectomia

Cancro

Il cancro genitale è la causa del 5.6% delle isterectomie.

Trattamento: la diagnosi precoce di molte neoplasie del collo dell'utero e dell'ovaio comincia ad offrire la possibilità di eseguire, nelle forme iniziali, interventi più limitati e circoscritti
non ci sono reali alternative all'isterectomia nei casi di cancro genitale.

Parole chiave

Ablazione endometriale: asportazione mediante resettoscopio dell'endometrio (strato mucoso che riveste internamente la cavità uterina).

Adenomiosi: o endometriosi interna. Condizione patologica caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale nello spessore del muscolo uterino.

Amenorrea: assenza di mestruazioni.

Analgesico: antidolorifico.

Analoghi del Gn-RH: sostanze chimiche con azione simile al Gn-RH naturale.

Annessectomia: asportazione dell'ovaio e della sua relativa salpinge.

Antifibrinolitici: sostanze che inibiscono la lisi della fibrina. Sostanze che facilitano la coagulazione del sangue.

Danazolo: farmaco che inibisce il rilascio delle gonadotropine ipofisarie.

Dismenorrea: dolore mestruale.

Dispareunia: dolore durante i rapporti sessuali.

Ecoguidata: che utilizza l'ecografia per localizzare un preciso punto anatomico.

Endometriomi: formazioni cistiche ripiene di sangue condensato, di colorito piceo o cioccolato, per questo dette anche "cisti cioccolato".

Endometriosi: condizione patologica provocata dalla disseminazione di tessuto endometriale in sedi anomale. Si tratta di una malattia con caratteristiche singolari che deve essere distinta dalla patologia infiammatoria e tumorale.

Fibroma: tumore benigno prevalentemente composto da tessuto fibroso.

Gn-RH: Gonadotropin Releasing Hormone. Sostanza ormonale prodotta dall'ipotalamo con funzione di controllo sulla produzione delle gonadotropine FSH e LH ipofisarie.

Ipoestrogenicità: diminuzione di produzione degli estrogeni ovarici.

Irsutismo: condizione caratterizzata, nella donna, da un eccessivo accrescimento pilifero in zone normalmente glabre quali: viso, torace, addome, regione dei glutei, faccia interna delle cosce, ecc.

Isteroscopia: tecnica endoscopica che permette, con l'uso dell'isteroscopio, di osservare, attraverso la vagina, il canale cervicale e la cavità uterina e di eseguire su di essi piccoli interventi chirurgici.

Laparoscopia: tecnica endoscopica anche detta celioscopia che permette, con l'uso del laparoscopio, di controllare gli organi pelvici e addominali e di eseguire, su di essi, interventi diagnostici e terapeutici. È una tecnica non invasiva che non necessita di laparotomia.

Laparotomia: apertura della cavità addominale.

Legamento rotondo: struttura anatomica con funzione di sostegno dell'utero.

Menorragia: perdita mestruale che dura più a lungo rispetto ad un flusso normale.

Metrorragia: perdita ematica abbondante o scarsa che compare nell'intervallo fra due mestruazioni oppure nella post menopausa o prima della pubertà.

Metrorragie disfunzionali: emorragie che non derivano da cause organiche (per esempio fibromi o polipi).

Mioma o leiomioma: tumore benigno prevalentemente composto da tessuto muscolare.

Necrobiosi ischemica: morte cellulare causata dall'assenza di ossigeno.

Pessario: dispositivo di gomma a forma di anello che ha la funzione di sostenere l'utero nella posizione fisiologica.

Progestinici: ormoni di sintesi con caratteristiche simili al progesterone.

Prolasso genitale: si definisce così la discesa delle pareti vaginali di solito associata a quella dell'utero che si abbassa progressivamente all'interno della vagina. Il prolasso della vescica è detto cistocele. Il prolasso del retto è detto rettocele. Questi ultimi possono trovarsi in associazione con il prolasso genitale.

Prostaglandine: termine usato per la prima volta da Von Euler per definire un fattore presente nel liquido seminale e presumibilmente secreto dalla ghiandola prostatica; oggi indica un particolare gruppo di sostanze sintetizzate a partire dagli acidi grassi essenziali.

Resettoscopiche: che fanno uso del resettoscopio.

Resettoscopio: strumento chirurgico particolarmente utile per il trattamento endoscopico di miomi, setti, aderenze e per l'ablazione dell'endometrio.

Salpingectomia: asportazione della salpinge o tuba di Falloppio.

Sarcomi: tumori maligni dei tessuti connettivi.

Transvaginale: attraverso la vagina.

Testimonianze

Lucia Basso, presidente Centro veneto progetti donna, Auser. Operatrice sanitaria e coordinatrice Rsu (Rappresentanza sindacale unitaria) dell'Azienda ospedaliera di Padova.

Pratiche divergenti riguardo all'isterectomia e loro ricaduta sulla vita della donna.

Ringrazio la professoressa Dalla Costa per aver voluto riaprire il dibattito ad ogni livello sulla questione così antica e allo stesso tempo attuale del rapporto "donne-medicina" sollevando un problema delicato qual è quello dell'isterectomia.

Nella mia esperienza – sia personale sia acquisita in lunghi anni di lavoro volontario nel Centro veneto progetti donna – ho potuto constatare che l'asportazione degli organi riproduttivi della donna modifica irreversibilmente la qualità dell'esistenza, toccando e negando bisogni e diritti intimi: diritti di scelta, di affermazione dell'autonoma soggettività sessuale, diritti sul proprio corpo.

Di qui la convinzione che è necessario ricorrere, fin dove è possibile, a quelle pratiche diverse rispetto all'isterectomia che si pongono l'obiettivo della massima conservazione degli organi riproduttivi.

Al Centro veneto progetti donna si rivolgono le donne chiedendo aiuto perché, dopo un'isterectomia, è cambiato completamente il rapporto affettivo e sessuale con il partner; donne che hanno bisogno di capire cos'è accaduto, perché non riconoscono più la propria sessualità, e che chiedono di poter recuperare il benessere psico-fisico perduto e il rapporto con il proprio uomo.

Nel colloquio, nel contatto diretto con le donne, si coglie immediatamente come il potere sul proprio corpo e sulla qualità della vita venga notevolmente limitato dalla paura e dalla dipendenza dai medici, per la necessità di affidarsi inevitabilmente alla scienza e alla pratica medica. Limite dovuto anche, ma non solo, al tecnicismo e ad un certo modo disinvolto, se

non a volte brutale, con cui spesso vengono trattati questi problemi delle donne.

Conosciamo infatti qual è la risposta di alcuni ginecologi ad una donna che si trova in una situazione di dipendenza dall'intervento medico.

La risposta è: "Signora, facciamo una bella pulizia", terminologia che rimanda all'idea che ci sia dello "sporco" dentro di te, che i tuoi organi siano "sporcizia".

D'altronde l'entità della menomazione si riflette nel linguaggio stesso delle donne che dicono "mi sono tolta tutto", "ho fatto la totale". È facile immaginare quali siano le conseguenze in termini di depressione, di assenza di desiderio sessuale, di percezione di aver subito un danno irreversibile.

Sulla questione di cui si parla oggi posso portare anche la mia esperienza diretta. All'età di 33 anni, circa 17 anni fa, mi è stata diagnosticata una fibromatosi uterina multipla e, date le dimensioni delle formazioni, mi è stata prospettata la necessità di asportare l'utero. Nell'occasione è stato evidenziato che, per analoga patologia, mia madre aveva subito isterectomia a 42 anni.

Ricordo le sensazioni e i dubbi che provavo: anche se avvertivo la paura e l'ansia che si trattasse di neoformazioni di "incerta natura" e che quindi si dovesse scegliere il "male minore", mi pesava enormemente di dover rinunciare alla scelta della maternità.

Nello stato di prostrazione e di paura in cui mi trovavo ebbi però la fortuna di incontrare un medico, il ginecologo che mi operò, che credeva nella "filosofia conservativa". Sosteneva che ad una donna di 33 anni non si può e non si deve modificare la vita e la qualità delle scelte riproduttive e che perciò andavano asportate le neoformazioni e conservato integro l'organo, l'utero. Così appresi che esisteva una possibilità diversa rispetto all'isterectomia e non mi sembrò vero di seguirla.

Cosa ricavo dalla mia e dall'altrui esperienza?

Che le donne chiedono alla medicina una cosa semplicissima: poter superare l'evento patologico – intriso di paura, ansia e dolore – attraverso una buona esperienza di informazione da

cui discenda la libertà di scelta e, nei limiti del possibile, il recupero della sintonia psicofisica e del proprio stato di benessere.

Occorre pertanto superare il tecnicismo esasperato degli interventi sul corpo e sugli organi riproduttivi delle donne, che purtroppo appare sempre più "invasivo", curando un'informazione adeguata e umanizzata che garantisca la capacità di decidere e la possibilità di scegliere.

È necessario restituire e valorizzare le componenti umane, riconoscendo autonomia e protagonismo alle donne, considerando che l'integrità del corpo di ciascuna rappresenta un patrimonio prezioso da conservare gelosamente nel corso di questa nostra esperienza umana.

Francesca Rampazzo, 54 anni, casalinga, Padova.

Vorrei raccontare la mia esperienza di donna. Ho 54 anni, non sono medico, sono una semplice casalinga. Non per questo il mio utero vale meno. Almeno così credo e comunque per me è abbastanza importante. Mi stavo avviando verso l'età della menopausa quando, durante un periodico controllo, il mio ginecologo riscontrava un ingrossamento dell'utero. Non di molto, mi fu spiegato, ma magari, col tempo, questo avrebbe potuto provocarmi dei fastidi e quindi si poteva anche pensare di toglierlo. L'età per procreare felicemente era passata per cui mi prospettò la possibilità di un "intervento risolutore" dal quale avrei avuto solo benefici. Avrei evitato l'uso della pillola che mi era dannosa ed eventuali gravidanze tardive. Io resistetti. Non ero per nulla convinta che quella "soluzione" fosse così logica e così senza conseguenze. Di fronte al mio rifiuto il ginecologo allora ripiegò su una piccola cura ormonale che fece ritornare alle dimensioni standard l'utero, proprio come sul disegnino che stava sulle sue schede. "Stupefacente" – disse – "se non l'avessi visto con i miei occhi non ci crederei". Per me, un colpo di fortuna.

Adesso credo di averla veramente scampata bella! Ricordo, di quel periodo, come questo organo così importante per il benessere della donna fosse fatto passare come qualcosa di cui liberarsi, tanto sarebbe stato lo stesso. Io, istintivamente, sentivo che non era così e per questo avevo resistito. E adesso, qui, capisco ancora di più che ho fatto bene. Inoltre apprendo ora che ai futuri medici viene insegnato, come fosse una materia di studio, a rapportarsi con il paziente, ad avere più umanità. Allora, a proposito di comprensione per il dolore altrui, voglio raccontare di quando, mettendo al mondo il mio primo figlio, subito dopo il parto fui lasciata, infreddolita e tremante, ad aspettare l'arrivo del medico di turno che doveva suturare la lacerazione subita durante il travaglio. Quando arrivò, dopo un tempo che mi parve interminabile, si mise a ricucirmi sen-

za anestesia. Poiché mi stava facendo morire dal male ho emesso qualche grido e mi muovevo per reazione. Ricordo che fui bruscamente redarguita perché non stavo perfettamente immobile e mi lamentavo. Mi auguro che le donne non siano più fatte oggetto di così scarsa umanità, anzi sadismo, nel momento in cui decidono di affidare la loro salute a persone qualificate.

C.P., 33 anni, casalinga.

Un anno fa, al sesto mese di allattamento del terzo figlio, avverto fortissimi dolori all'addome e mi reco al pronto soccorso dove mi vengono diagnosticati un prolasso uterino di secondo grado ed ovaio policistico. Così, di brutto, senza dire neanche "un attimo, abbiamo pietà visto che hai solo 32 anni", senza spiegarmi esattamente a cosa alludevano, mi propongono un "intervento risolutivo" senza alternative, "così facciamo un pò d'ordine che, tanto, di figli ne hai già avuti tre".

Io, siccome sono testarda di natura, non mi sono arresa – però ancora oggi mi viene rabbia a pensare a queste cose – e, parlando con varie persone che avevano avuto problemi di prolasso, scopro che avevano risolto con una ginnastica simile a quella per prepararsi al parto, che in ospedale non mi era stata indicata. Mi chiedo: perché non si dicono queste cose? Perché non mi hanno informata del fatto che talvolta in questi casi è sufficiente una ginnastica specifica perché la situazione migliori?

In seguito il mio ginecologo di fiducia mi ha detto: "Va bene, non sei perfetta, ma puoi andare avanti, in fondo hai avuto tre figli".

Poi, a proposito di consenso informato vorrei sapere: se si avverte l'anestesista che un paziente asmatico da sottoporre ad adenoidectomia è allergico ad un farmaco (atropina) e poi si scopre tramite cartella clinica che questo farmaco è stato comunque somministrato ed ha provocato brachicardia e tetania con tisma intenso tanto da richiedere un'intubazione con tubo rigido dato che "mordeva talmente forte l'altro da non lasciar passare l'aria..." chi è (se c'è) il responsabile? Faccio notare che ai familiari, dopo l'intervento, era stato detto che tutto era andato bene, ma c'era stato "qualche piccolo inconveniente" al risveglio.

Maurizio Borsatto, medico di base, Padova.

Crucialità del ruolo del medico di base nel rapporto fra medicina e pazienti.

Inizio con la constatazione dell'attuale messa in crisi della Sanità e dei suoi operatori da parte di un cittadino sempre più agguerrito nel rivendicare la centralità dei suoi bisogni.

Eppure mai fino ad ora si era data l'opportunità di usufruire di un sistema sanitario così capillarmente distribuito sul territorio, così come non si può non riconoscere che la qualità della vita negli ultimi anni è nettamente migliorata, se non altro in termini di quantità di merci e informazioni a disposizione (parlo ovviamente del mondo occidentale).

Malgrado ciò o, meglio, perciò, si è venuto via via perdendo quel ruolo così importante, almeno nella memoria delle generazioni passate, del medico di base. Ruolo basato allora sul paternalismo che veniva esercitato attraverso consigli e raccomandazioni che poco spazio lasciavano alle osservazioni dei pazienti i quali peraltro si sentivano rassicurati all'interno di quel rapporto. Che cosa è accaduto?

Due fatti particolari a mio parere coincidono e determinano la crisi di questo rapporto. La scompaginazione della struttura familiare di base con relativa polverizzazione (almeno nelle città) dei suoi elementi (famiglia nucleare). La proletarizzazione del medico di base all'interno del mercato professionale e della sua stessa categoria e quindi la sua più facile vulnerabilità all'interno dell'ordine sociale.

Tale figura, oltre che avere subito una svalutazione, risulta mal collegata con l'altra parte della Medicina ufficiale, quella per intendersi che si identifica con la struttura ospedaliera degli specialisti.

Eppure, proprio in seguito (forse potremmo dire grazie) all'avvenuta perdita di autorità del medico di base egli si trova oggi più a contatto col comune cittadino e con i problemi che

questi gli porta quotidianamente in ambulatorio. Entrambi rientrano in quella omogeneizzazione e omologazione che caratterizza questa fase storica. Entrambi rischiano di rimanere intrappolati nel rapporto di dipendenza che li vede parte di una stessa situazione di espropriati.

Espropriati della capacità-volontà di prendere decisioni a fronte di una crescente problematizzazione del vivere civile e impazienti di avere risposte e soluzioni a qualsiasi problema, perdendo spesso di vista la differente importanza dei singoli problemi e la conseguente gradualità degli stessi. Problematizzazione e impazienza che hanno determinato la modificazione radicale di comportamento di interi settori sociali (un esempio fra tutti: gli anziani). Districarsi all'interno di queste dinamiche è sempre più difficile sia come medico che come semplice cittadino. Resta il fatto che questa difficoltà a saper distinguere tra valori e bisogni ha modificato radicalmente anche il modo di rapportarsi tra medico di base e paziente; tale rapporto deve radicalmente modificarsi se si vuole mantenere in vita questa figura.

Ho fatto questa premessa perché ritengo che il tema di cui si tratta, l'isterectomia, esemplifichi efficacemente la complessità delle dinamiche sociali e interpersonali che ci coinvolgono quotidianamente all'interno del nostro ambulatorio di medicina di base. Durante la mia formazione professionale, passata in gran parte all'interno di reparti di ostetricia e ginecologia, ho avuto occasione di verificare l'entità del problema. Non ho trovato allora una risposta univocamente valida per poter giustificare tanti interventi di isterectomia. Ho conservato il dubbio circa la necessità di dover intervenire così radicalmente e con una tale frequenza e da allora ho chiesto e continuo a chiedere alle donne (solo a loro) che frequentano il mio ambulatorio una risposta a ciò.

Tutte mi hanno raccontato un aneddoto personale o riferito ad altre donne, circa interventi di isterectomia ritenuti inutili o in qualche maniera dannosi. Ma la cosa che più mi ha fatto riflettere è stata che ciascuna aveva elaborato criticamente un'accurata analisi riguardo al problema di mantenere intatta

anche dopo la menopausa la propria integrità fisica e psichica. A molte di queste donne era stato diagnosticato un utero fibromatoso e perciò era stato loro consigliato di sottoporsi a isterectomia ed eventuale annessiectomia. Molte di loro, superata la menopausa, convivono ancor oggi con il loro utero più o meno grosso che qualcuno aveva detto loro essere inutile e ingombrante da un certo momento in poi.

Alla luce di questa esperienza ritengo che l'accettare e il riconoscere la possibilità dell'insorgere di naturali modificazioni fisiche nel tempo sia uno dei problemi più importanti che un medico di base incontra nella sua pratica quotidiana. E questo sia nel caso si tratti di processi fisiologici legati al trascorrere del tempo, per esempio la menopausa, sia che si tratti di processi patologici più o meno gravi.

Non posso a tal proposito non ricordare due mie pazienti affette entrambe da neoplasia a partenza genitale con le quali ho avuto l'opportunità di condividere in questi ultimi mesi un rapporto di reciprocità basato sull'accettazione e il riconoscimento della loro patologia e dei disturbi ad essa correlati. Ciò che ho imparato da tale rapporto è stato particolarmente utile nella mia pratica professionale caratterizzata da rapporti frettolosi e impazienti con persone che difficilmente riescono a sopportare disturbi spesso banali. Non va per questo sottovalutato tale fenomeno che rimanda ad un diffuso disagio sociale in cui i rapporti interpersonali e di lavoro hanno perduto la caratteristica dell'intersoggettività a favore di una sempre più diffusa interdipendenza. A questo proposito va ricordato che tali rapporti, e in particolare il rapporto medico-paziente, utilizzano come strumento fondamentale il linguaggio parlato assieme ovviamente a quei metalinguaggi che automaticamente si mettono in atto nel linguaggio parlato e che enfatizzano lo stesso. Ecco allora che una parola dal significato complesso, spiegata male o inserita nel dialogo al momento meno opportuno, viene recepita dal paziente in modo fuorviante. Ogni singola parola ha un preciso significato e, data la povertà di linguaggio che caratterizza il parlato di questi ultimi anni (vedi l'esempio di alcuni politici) dobbiamo, in qualità di medici, prestare molta

attenzione a ciò che diciamo ai nostri pazienti. Semmai dovremmo esercitare la nostra pazienza ed imparare ad ascoltare. Dobbiamo altresì invitare e stimolare i nostri pazienti ad esprimere altrettanto compiutamente le loro problematiche.

Così facendo, anche se non mi è sempre facile, ho colto dei dubbi in pazienti cui era stato sentenziato un intervento di isterectomia, dubbi che, fatti propri dalla paziente, si sono poi trasformati in scelte responsabili e motivate. Risulta assai più difficile risolvere dubbi rimasti irrisolti ad isterectomia avvenuta.

Mi sono soffermato solo su alcuni aspetti concernenti il problema; vorrei concludere affermando che ogni rapporto medico-paziente deve essere esaustivo ed esauriente, che entrambi i soggetti facenti parte di tale rapporto devono sentirsi responsabilmente liberi all'interno del rapporto stesso giacché solo così essi potranno giungere ad una soddisfacente comprensione.

Norberto Perin, nefrologo, dirigente medico di 1° livello dell'Azienda ospedaliera di Padova, membro della Segreteria aziendale Cgil Medici.

Ringrazio la professoressa Dalla Costa che, coinvolgendomi per quanto di mia competenza nella preparazione della sua relazione sulla questione aperta dell'isterectomia, mi ha permesso di comprendere l'enorme importanza di tale intervento non solo nel rapporto donne-medicina ma per la donna stessa.

Della deformazione chirurgica e maschilista concernente le indicazioni all'isterectomia riconosco di essere stato espressione io stesso. Tempo fa, infatti, ad una mia compagna di poco più di 40 anni con fibromatosi uterina (uno o due fibromi non ricordo), quando il suo ginecologo consigliò un tentativo di tipo conservativo, richiesto di un parere medico risposi: "togliti l'utero, tanto a cosa ti serve".

Ritengo quindi che non ci siano dubbi riguardo al fatto che esista una deformazione maschilista nell'indicazione all'isterectomia.

D'altro lato l'intervento di isterectomia è l'intervento chirurgico o il Drg chirurgico principale della ginecologia ed è quindi ipotizzabile una deformazione chirurgica oltre che maschilista nell'indicazione all'isterectomia.

In base all'ipotesi di una perlomeno scarsa comprensione o sottovalutazione delle conseguenze dell'isterectomia sul corpo femminile e di un'indicazione all'intervento pesantemente e gravemente influenzata da deformazioni chirurgiche e maschiliste, ho ritenuto necessario conoscere, da sindacalista almeno, il numero di interventi di isterectomia nel Veneto negli ultimi anni anche per verificare l'eventualità di un ricorso "eccessivo" a tale intervento per cause benigne come fibromi e fibromatosi uterina. Dai dati emerge, oltre che l'alto numero di isterectomie nel Veneto, un loro andamento in crescita: da 5.909 nel 1993 a 6.685 nel 1996. Ma emerge un altro elemento importante, convalidato anche da una mia ricerca personale, e

cioè che tutte le isterectomie, sia per causa benigna che maligna, vengono codificate e quindi rilevate statisticamente con lo stesso codice (ICD - 9 - CM) 68.40.

Ritengo invece opportuno, che la Regione Veneto (e altrettanto dovrebbe valere per tutte le altre regioni e per la raccolta dati a livello nazionale) usi una codifica che, pur mutuata da quella internazionale, si articoli ulteriormente per permettere di distinguere gli interventi di isterectomia fatti per cause benigne da quelli fatti per cause maligne. E ritengo anche importante che si conosca l'età delle pazienti isterectomizzate. In questo senso è stata inviata richiesta alla Regione per conoscere l'incidenza dell'isterectomia in relazione all'età delle donne.

In conclusione: è più che plausibile, sulla base dei dati acquisiti, ipotizzare un'indicazione all'isterectomia per cause "benigne" in eccesso. Tale eccesso è da imputarsi a deformazioni chirurgiche-maschiliste-aziendali.

Per quanto riguarda il "consenso informato" e l'"evoluzione del rapporto medico-paziente" voglio fare due riflessioni.

Anzitutto nel sistema sanitario, se la Sanità è aziendalizzata, il cliente/paziente non è comunque in grado di valutare il prodotto che gli viene offerto, anche se offerto in maniera informata. In questo quadro generale rispetto a cui solo la coscienza o incoscienza del medico può far sì che il paziente si avvii verso un percorso di maggior beneficio o di maggior danno, il valutare e quindi rifiutare da parte delle donne eventuali isterectomie non giustificate mi sembra invece, e qui concordo con la professoressa Dalla Costa, un obiettivo perseguibile da parte delle stesse. E questo può avvenire sulla base di uno sforzo collettivo delle donne, e di eventuali operatrici sanitarie con loro, che gli permetta di dotarsi di una preparazione di base riguardo ai plausibili interventi e terapie concernenti le principali patologie uterine.

In secondo luogo penso che un rapporto medico-paziente che preveda *comunque* un risultato positivo tenda ad indurre il medico a decidere secondo la medicina legale (un concetto deformato di essa, ovviamente) e a scegliere quindi non ciò che è meglio per il paziente basandosi su conoscenze scientifi-

che e valori etici fondamentali bensì ciò che è più sicuro per lui stesso. Vale a dire ciò che lo espone a minori rischi "legali". Il ricorso ad un elevato numero di parti cesarei negli Stati Uniti mi pare possa essere un esempio efficace di medicina, fra virgolette, legale.

Ma l'elevato numero di isterectomie invece non si spiega nemmeno con quest'ordine di ragioni poiché questo, rispetto ad altri interventi di chirurgia ginecologica, è il più pesante e gravido di conseguenze negative. Quindi a spiegare tale eccesso restano solo le tre ragioni sopra menzionate.

Carmen Meo Fiorot, psicopedagoga, direttrice dell'Istituto di Dinamica educativa alternativa Crs - Idea, Padova.

Non sono qui nella mia veste di dirigente, di psicopedagoga, di istruttrice di dinamica mentale, bensì nella veste di donna che ha sofferto pene inenarrabili per i problemi di cui oggi qui si parla. Avevo fatto da mamma a otto fratelli (il più piccolo aveva otto mesi, poi due bambine di tre e cinque anni e così via...). Mia madre è morta a quarant'anni ed io a sedici anni e mezzo avevo preso le redini della famiglia. Quando a ventiquattro anni mi sposai, desideravo ardentemente avere dei figli miei. L'insegnamento, gli studi di pedagogia e la lunga esperienza con i fratellini mi avevano dato tutta la preparazione per essere una perfetta mamma. E invece cominciarono i guai. Un aborto, due, tre e così via. Controlli, esami, tutto era a posto, dicevano i medici. Non sempre però erano a posto le visite e gli esami. Durante una salpingografia – prova durante la quale ti iniettano nelle tube un mezzo di contrasto a base di iodio, e chi si è sottoposta a tale prova ne sa qualcosa – poiché ebbi una naturale reazione di dolore, mi presi dal medico uno schiaffo con aggiunta di offese molto volgari e irripetibili.

Solo al sesto aborto ebbero l'illuminazione di fare la prova dell'Rh a mio marito e a me. Rh negativo io, Rh positivo lui. Questo era il motivo per cui le mie gravidanze non andavano oltre i tre mesi e mezzo. Ma io, ad ogni gravidanza, preparavo la culla e i camicini...

È stato un lungo, dolorosissimo calvario. Durante il giorno cercavo di mascherare il mio stato psicologico, ma ogni notte sognavo che scendevo nelle tombe dei miei bambini non nati e portavo loro giocattoli e giocavo con loro. Poi, quando facevo all'amore con mio marito, immancabilmente mi appariva l'immagine di un albero di mele. I frutti erano splendidi, ma si tramutavano rapidamente in tanti piccoli teschi. Una vera tortura. Ma io ho continuato a sperare, a riprovare. Avrei dato vent'anni della mia vita per avere un figlio.

Sicuramente il fatto che io in seguito abbia avuto altri aborti (cinque sono state ancora le maternità disattese) dipendeva da me. È invece dei medici che mi hanno avuta in cura la responsabilità dell'enorme carico di luteina e follicolina che mi propinarono inutilmente. Io non sono medico, ma chi mi dice che i fibromi e i cistomi per cui ho subito ripetuti interventi (con regalo aggiuntivo di epatite da trasfusione), e che mi hanno portato per due volte vicina alla morte, non siano sorti proprio a seguito di tali cariche ormonali? E poi, l'arroganza dei medici. Io sono stata oggetto di un vero e proprio terrorismo psicologico da parte loro. Mi spiace parlare così dei medici, ho un fratello medico che tratta però i pazienti con grande amore. A quell'epoca era giovane, si occupava di malattie respiratorie ed era del tutto fiducioso nell'operato dei colleghi più anziani che si dedicavano ad altre specializzazioni. Ma dai medici che mi hanno avuta in cura mai ho avuto una parola di spiegazione, tanto che avevo il dubbio che si potesse trattare di qualche patologia maligna. Fatto sta che quando non avevo ancora trent'anni mi asportarono la prima ovaia e poi l'altra e anche parte dell'utero.

Conclusione: giovanissima io ero isterectomizzata e ovariectomizzata e per lungo tempo ho vissuto in completo stato di disperazione, somatizzando a tutti i livelli. Come ho raccontato nel mio libro *Energia mentale e pensiero positivo* (Demetra 1993), mio fratello mi diceva che ero un trattato di patologia ambulante.

Le donne che hanno subito un'isterectomia si sentono castrate ed hanno il terrore di essere non solo finite come madri ma anche depotenziate nella loro sessualità. Il mondo cade loro addosso. Temono di non essere più amate anche perché il loro corpo perde la sua opulenza. La situazione emotiva si fa instabile. Avrebbero assolutamente bisogno di chiarimenti da parte dei medici e di un grande aiuto psicologico. E invece, nel mio caso, ma altrettanto, mi risulta, in genere (le eccezioni naturalmente ci sono sempre ed io chiedo a queste eccezioni di volermi perdonare e di comprendere che non parlo di loro), da parte dei medici non una sola parola di sostegno, non una

spiegazione né il minimo aiuto. Degli psicologi, almeno ai miei tempi, in ambito ospedaliero, neppure l'ombra.

Sono dovuta andare negli Stati Uniti per cercare di sapere qualcosa di più preciso sul mio caso. Sono andata a farmi un controllo al Bethesda National Institute of Health e al George Washington University Hospital. Nei due ospedali ebbi le medesime risposte. La professoressa Tamagna, mi ricordo ancora il suo nome, mi disse: "Vada tranquilla. I fibromi e i cistomi che lei ha avuto erano di natura benigna. Lo conferma il fatto che le è stata risparmiato in parte l'utero". Ha aggiunto però: "Forse avrebbero potuto salvare anche le ovaie, ma probabilmente hanno voluto fare più presto".

"Ma che bravi" – dico io – "a togliere tutto a una donna di neanche trent'anni senza neppure fare qualche tentativo per salvare organi che potevano essere risparmiati...".

A livello psicologico, mi aiutai da sola. In America, nella qualità di Fullbright fellow, avevo visitato cliniche in cui a persone depresse facevano utilizzare la visualizzazione creativa. Le mettevano in stato di rilassamento e le invitavano a vedersi serene, soddisfatte e felici in una casa accogliente e così via. In tal modo le persone lentamente modificavano l'immagine che avevano di se stesse e superavano il loro stato di crisi.

"Perché non farlo anch'io?" mi chiesi. Ebbi la fortuna di venire a conoscenza di un certo Marcello Bonazzola che aveva formulato un corso di Dinamica mentale. Frequentai tale corso e mi resi conto che le metodiche usate potevano essere veramente utili sia per un rafforzamento dell'autoimmagine, sia perché davano una serie di tecniche per stare meglio sul piano psicologico e su quello fisico (sappiamo bene ormai quanto questi due aspetti siano intimamente congiunti; e chi ci dice che anche certe patologie uterine per cui le donne vengono isterectomizzate non si instaurino più facilmente nelle persone in crisi psicologica?).

Fui così felice dell'aiuto che ricevetti dall'utilizzo delle metodiche di Dinamica mentale che decisi di fondare, con Marcello Bonazzola ed un piccolo gruppo di persone di buona volontà, l'Accademia europea Crs - Idea (Centro ricerche e studi

- Istituto di dinamica educativa alternativa) che ha per direttore scientifico Sabino Samele Acquaviva. Questa Accademia, oggi Ente morale riconosciuto dallo Stato, ha la finalità di occuparsi a vari livelli e nei più svariati settori del recupero della forza personale, dell'equilibrio mente-corpo, dello sviluppo di tecniche per insegnare ai frequentanti a fissare, in stato di calma, obiettivi e viverli mentalmente, mediante l'esperienza sintetica, come già raggiunti, di far comprendere che esiste la legge delle compensazioni per cui chi manca di un organo ne ha altri che funzionano meglio o in maniera sostitutiva, per ridare forza, dignità e speranza alle persone, soprattutto alle donne, e in particolare alle isterectomizzate e a quelle che hanno subito violenza di qualsiasi tipo, fisica o psicologica (e che purtroppo oggi non si contano più). Forte della mia esperienza, desidero concludere questa mia testimonianza con un messaggio alle donne isterectomizzate: "Lasciate andare la sofferenza passata. Proiettatevi in un futuro di benessere. Vivete il qui e ora intensamente, creativamente. Decidete di fare qualcosa per voi. Imparate a volervi bene. Curate la vostra persona. Frequentate qualche corso teso a rafforzare la vostra personalità. Anche corsi per esprimere la vostra creatività in vari settori dove io stessa mi sono cimentata. Creatività significa: se questa strada non va bene ne prendo un'altra, o un'altra. Se mi hanno isterectomizzata, io so che la mia sessualità è nel mio cervello, nella mia mente, so che dipende dalla mia capacità creativa e continuo perciò a viverla, più e meglio di prima. Se sono in pensione, mi dedico a tutto ciò che mi piace e che magari non ho potuto fare durante tutta la mia vita."

Da quando, come direttrice didattica, sono andata in quiescenza, mi sono dedicata a molte altre attività: faccio finalmente dell'arte, come e quando voglio, scrivo libri, esercito la professione di psicopedagoga, dirigo l'Istituto di Dinamica educativa alternativa, tengo corsi di Dinamica mentale e di Creatività in tutto il mondo e mi dedico anche ad un altro tipo di corso che dura una settimana nel quale c'è il tempo per fare emergere tutti i problemi individuali. Ebbene, grande vergogna per il sesso maschile, sistematicamente risulta che almeno la

metà, e a volte più, delle donne presenti a tale corso, ha subito violenza, anche, molto spesso, in tenera età.

Passando la mia vita ad aiutare gli altri, soprattutto le donne, mi rendo sempre più conto che, ancora, in ogni parte del mondo, esse sono oggetto di violenze e di torture (in dodici anni d'Africa a dirigere le scuole femminili ho visto molte forme di violenza contro la donna; ancora oggi, pensando alle infibulazioni e alle clitoridectomie, mi sento inorridire).

E per chiudere: per quanto concerne me, devo dire che se per metà della mia vita ho pianto perché non avevo figli, ora ne ho migliaia sparsi in tutto il mondo. Ho capito che non c'è solo la maternità fisica, ma anche quella spirituale. Ho settantadue anni e vivo a tutti i livelli come una di trenta. Sono felice, serena, gioiosa, in pace con me stessa, con gli altri, col mondo intero, pur continuando a sostenere le battaglie contro le ingiustizie e contro le violenze. Donne isterectomizzate, vi è capitata brutta, lo so bene, ma non fermatevi a piangere. Rialzate la testa, ricominciate a vivere con gioia. Ce l'ho fatta io. Potete farcela anche voi.

Giuliana Mareglia, psicologa presso il Consultorio familiare di Monterotondo (Roma) Usl Rmg.

Impatto psicologico dell'esperienza di isterectomia sulla donna.

Il mio intervento sarà articolato in cinque punti: come la donna arriva ad acconsentire a sottoporsi all'intervento e nel fare questo farò riferimento alla mia esperienza personale; perché togliersi l'utero non è come togliersi un rene; informazione su alcuni studi riguardo alle conseguenze che l'intervento di isterectomia ha sulla donna; la mia esperienza di psicologo consultoriale sull'argomento e considerazioni su cosa si può fare per aiutare le donne che devono necessariamente affrontare tale evento.

L'intervento di isterectomia viene presentato dalla classe medica alla donna come l'unica alternativa che la liberi da un utero diventato troppo ingombrante, con le dimensioni aumentate, fibromatoso, che pesa sulla vescica e le crea problemi urinari, che non si contrae a dovere e le determina mestruazioni lunghe e abbondanti con conseguente anemia e spossatezza fisica.

Le viene ripetuto che l'utero in realtà è un organo che serve solo a fare figli. Nel caso non ne abbia avuti allora vale la pena di tentare tutto il possibile per recuperarlo altrimenti è più conveniente per lei disfarsene visto che è anche un organo a rischio di contrarre il cancro.

Quando tutto sarà finito starà benissimo, non avrà più il timore di rimanere incinta e potrà vivere la sua sessualità liberamente.

Pur di uscire dal disagio fisico che la limita anche nella vita di relazione, la donna accetta l'intervento.

Vediamo ora perché, dal punto di vista psicologico, sottoporsi ad un'isterectomia non è come sottoporsi a qualsiasi altro intervento.

Studi psicoanalitici hanno dimostrato che nel corso della vita la struttura dell'Io e l'identità dell'individuo sono fondate in modo significativo sulle sensazioni e la consapevolezza del corpo.

Mentre l'uomo vive il proprio corpo esteriormente, l'immagine che la donna ha del suo ruota intorno a una "cavità centrale" animata, fantasticata, simbolizzata oltre che conosciuta, diversamente organizzante l'esperienza e la struttura del corpo stesso nelle varie fasi della vita.

Questo spazio cavo è suscettibile di essere riempito: la dinamica del pieno e del vuoto, della fusione e separazione si esprime nelle donne particolarmente nelle fasi di transizione fornite di marcatore biologico: nel menarca e nel ritmo mestruale, nella gravidanza e nella menopausa oltre che nel rapporto sessuale. La psiche femminile è quindi dominata dalla consapevolezza di uno spazio interno genitale che può prendere, conservare, ma nello stesso tempo produce e crea, cioè uno spazio interiore in cui hanno luogo processi vitali legati alla sessualità. Il carattere specifico dell'identità femminile sarebbe la capacità di ascoltare il ritmo dell'interno del corpo e del suo linguaggio ciclico. Nel periodo fertile della vita la pulsazione ritmica dello spazio genitale interiore è rappresentativa di vitalità. Perciò l'armonia, l'equilibrio corporeo e la ciclicità sono alla base dell'identità sessuale e ne ridiscutono continuamente il senso. La mestruazione e la gravidanza hanno un significato organizzante, stabilizzante e integrante rispetto ad essa.

L'intervento di isterectomia, quindi, può avviare nella donna un'intensa problematica psicologica centrata sull'asportazione di un organo al quale vengono attribuite diverse funzioni simboliche come la garanzia della propria immagine femminile, la capacità riproduttiva e la completezza del proprio sistema corporeo. Con l'esperienza di isterectomia l'immagine corporea risulta impoverita e danneggiata; non rispettando la sincronizzazione con gli altri eventi di vita dell'età adulta si altera traumaticamente il ritmo e l'esperienza corporea. La

cessazione del flusso mestruale può determinare brusche reazioni emozionali a causa del significato simbolico e affettivo delle mestruazioni. Secondo Deutsch (1972) l'io narcisistico della giovane ragazza può accogliere la mestruazione come passo soddisfacente verso l'età adulta. Questa viene associata a simbolo di gravidanza e fecondità e agisce come fattore di organizzazione della femminilità. Non solo il dolore ma la natura stessa del flusso mestruale, la regolarità del periodo, l'instaurarsi di abitudini regolari per la cura del proprio corpo contribuiscono alla stabilizzazione ed integrazione delle strutture psichiche. Secondo alcuni studi fatti da Dullich e Bieber menzionati da Ceccato *et al.* (in Genazzani e Facchinetti 1988) su donne isterectomizzate, è emerso che le mestruazioni sono considerate come una funzione vitale di pulizia ed espulsione, come componenti del ritmo vitale, avvenimento considerato necessario nella sua periodicità per la conservazione della salute. Su questi elementi si concentrano le ansie della donna che deve vivere l'intervento che la porterà ad affrontare un momento di nuova integrazione che potrebbe determinarle disturbi della sessualità, spunti depressivi, sintomi somatici e forme di disadattamento con il partner e nella famiglia.

Fu Richards a codificare nel '74 la "Post hysterectomy syndrome" che è, secondo lui, caratterizzata da due gruppi di sintomi fisici e psichici: da una parte astenia, cefalea, vampate di calore, vertigini, tachicardia, dispareunia, insonnia, sintomi minori, riduzione del desiderio sessuale, dall'altra depressione del tono dell'umore. Fra le 56 pazienti esaminate da Richards è comparsa depressione nel 70% dei casi nei tre anni successivi all'intervento di isterectomia mentre nel gruppo di controllo è comparsa solo nel 30% dei casi. La durata media del disturbo è stata di 12 mesi e 9 giorni nel primo gruppo contro i 4 mesi e 2 giorni del secondo. Le vampate di calore si sono manifestate sia nelle pazienti con ovariectomia totale e parziale sia nelle 35 pazienti non sottoposte a ovariectomia per cui non è ben chiara l'origine di queste.

Uno studio americano del '77 di Dennerstein *et al.* (cit. in Amore *et al.* 1988) focalizza l'attenzione sul deterioramento della vita sessuale che si realizza nel 37% delle donne isterectomizzate ed ovariectomizzate e che talvolta coinvolge anche il marito producendo una sindrome post operatoria di coppia: si può presentare da parte dell'uomo la difficoltà nell'accettare la mutilazione subita dalla propria compagna.

Altri studi hanno evidenziato la depressione come la conseguenza post operatoria più importante.

Medina e Forleo in uno studio dell'80 su un campione di 109 donne hanno riscontrato, oltre a reazioni depressive, l'accentuazione di disturbi definiti psicosomatici, già presenti al momento dell'isterectomia (ciò confermerebbe la tesi che alcuni disturbi ginecologici possono avere base psicosomatica).

Esistono però anche altri lavori in cui non si rileva un aumento di depressione rispetto al gruppo di controllo. Talvolta all'intervento fa seguito addirittura un miglioramento del tono dell'umore e ciò viene attribuito alla scomparsa dei disturbi somatici precedenti all'isterectomia, oppure, secondo un'interpretazione psicodinamica, questa potrebbe rappresentare un valido mezzo di espiazione di colpe passate, come dire: ho pagato e posso stare tranquilla.

Uno studio fatto presso l'università di Bologna (Amore *et al.*, 1988) su 20 donne che sono state valutate prima dell'operazione attraverso colloqui clinici e tests è emerso che la reazione psicopatologica più significativa si è verificata nelle pazienti con tratti disturbati di personalità (gravi tratti nevrotici, psicotici o borderline). È possibile quindi che la struttura di personalità sia la determinante fondamentale nello sviluppo di una reazione psicopatologica successiva all'evento. Una ricerca fatta dall'Università di Modena (Rigatelli, M. *et al.*, 1988) sulle sequele psicosociali della donna mastectomizzata e isterectomizzata, definisce meglio quali possono essere le variabili che determinano i tipi di risposta del soggetto all'intervento: molto importanti sono risultati i fattori etnici e culturali del contesto sociale di appartenenza (la religione e l'istruzione,

l'importanza data al ruolo della donna) quelli personali (precedenti patologici, età di comparsa della malattia e sua natura, livello culturale, tipo di personalità) e fattori esterni come le informazioni che riceve, la struttura familiare in cui vive e il tipo di supporto sociale offerto. Talune variabili vengono considerate sfavorevoli per le conseguenze dell'intervento, ad esempio la giovane età, il basso livello socio-culturale e la mancanza di una relazione stabile.

La mia esperienza ventennale di psicologa consultoriale su questo argomento concorda con quanto rilevato dagli studi che ho illustrato. Le donne che accedono al Consultorio spontaneamente dopo l'esperienza di isterectomia sono molto poche; lamentano un tono dell'umore depressivo, un senso di vuoto, "come di una perdita", una difficoltà nella ripresa dei rapporti sessuali e nella relativa soddisfazione. Donne che hanno un buon rapporto con il loro corpo e con la sessualità riferiscono una modificazione del vissuto orgasmico che, a loro dire, perderebbe di "intensità", come se l'utero prima avesse fatto da "cassa di risonanza".

Questo aspetto trova conferma in studi americani più recenti (The Hysterectomy Association, 1998), che registrano come alcune donne riportano la stessa sensazione e ciò sarebbe determinato dal fatto che non è solo il clitoride ad essere coinvolto nell'orgasmo bensì anche l'utero e la cervice che "sono muscoli contrattili che entrano in gioco in tale evento". Naturalmente la loro mancanza potrebbe giustificare il vissuto espresso dalle donne.

Già Masters e Johnson (1991) nelle loro ricerche hanno evidenziato un coinvolgimento diretto dell'utero e della cervice nella tensione sessuale e nell'orgasmo. Il primo si "innalza" nella pelvi nella fase di eccitamento e tale innalzamento si completa solo quando la fase di platou si è definitivamente instaurata. Durante la fase orgasmica "partecipa" con contrazioni specifiche che si esauriscono con la fase di risoluzione. Le sue dimensioni possono aumentare e sovente aumentano durante il ciclo di risposta sessuale a causa di un marcato au-

mento vasocongestizio della componente liquida. Tale reazione è clinicamente più evidente quando la fase di eccitamento e di platou si prolungano nel tempo e il soggetto è una donna che ha partorito.

La cervice partecipa durante la risposta sessuale con l'apertura del suo orifizio esterno e tale apertura sembra essere direttamente proporzionale all'intensità dell'orgasmo raggiunto dalla donna. Tale processo è più evidente nella nullipara in quanto l'organo non ha subito il trauma del parto.

Trovo comunque che il coinvolgimento dell'utero e della cervice nel determinare l'intensità dell'orgasmo meriti un ulteriore approfondimento, magari con studi più mirati; per esempio sarebbe interessante studiare un gruppo di donne che hanno potuto prendere confidenza con la propria sessualità, viverla con pienezza nella libertà determinata dall'uso dei contracettivi orali e che hanno avuto la sfortuna di sperimentare l'isterectomia; con molta probabilità le modificazioni del vissuto orgasmico sarebbero riscontrate in un alto numero di casi.

Presso il nostro Consultorio familiare nel corso di questi anni sono stati organizzati gruppi di discussione con donne isterectomizzate al fine di aiutarle ad elaborare la perdita subita; purtroppo questi hanno avuto poco successo in quanto le partecipanti avevano vissuto l'esperienza da diverso tempo ed è probabile che questa fosse stata già sufficientemente metabolizzata: la maggior parte di loro infatti ha abbandonato dopo pochi incontri.

In collaborazione con l'ospedale di zona si è passati allora a invitare le donne direttamente alla dimissione (nel nostro ospedale si effettuano circa 60 interventi all'anno su un totale di 12 posti letto). Il risultato ha confermato quanto evidenziato da una ricerca dell'Università di Torino (Piccioni *et al.* 1988): "le pazienti tendono a negare ogni problematica, non solo fisica, legata all'intervento" in quanto le donne non si sono presentate al colloquio al fine di costituire il gruppo di sostegno.

Per concludere, ritengo che l'intervento di isterectomia rappresenti un evento di particolare significato esistenziale che può essere vissuto in un'intensa atmosfera emotivo - affettiva. Ogni persona per la propria struttura di personalità può reagire in modo individuale a questo in quanto è "unico per lei".

L'intervento di isterectomia rappresenta comunque per la donna una grave perdita e riattiva a livello simbolico il modo in cui nel corso della vita ella ha imparato ad elaborare le perdite e i cambiamenti.

Al fine di fare un lavoro di prevenzione, soprattutto su quelle donne che hanno già una situazione personale precaria a livello psicologico, se l'isterectomia è "veramente" l'unica strada percorribile, sarebbe opportuno (e qui concordano anche tutti gli autori che si sono occupati di tale evento) un intervento psicoterapico o comunque di supporto preoperatorio sul singolo individuo o sulla coppia.

Riferimenti Bibliografici

Amore, M. *et al.* (1988) *Reazione psicopatologica all'intervento di isterectomia*, in Genazzani, A.R. e Facchinetti, F. (a cura di).

Deutsch, H. (1972) *Psicologia della donna*, Bollati Boringhieri,Torino.

Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A. (1989) *Lo spazio cavo e il corpo saturato*, FrancoAngeli, Milano.

Genazzani, A.R. e Facchinetti, F. (a cura di) (1988) *Psicosomatica e psicoprofilassi in ostetricia e ginecologia*, Cic Edizioni internazionali, Modena.

Hunter, M. (1993) *La mia menopausa*, E.d.t. Torino

Langer, M. (1981) *Maternità e sesso*, Loescher, Torino.

Masters, W.H. e Johnson, V.E. (1991) *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, Milano.

Nenci, A.M. (1992) *Il corpo femminile in evoluzione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Piccioni, V. *et al.* (1988) *Valutazione dei risvolti psicosessuali dell'intervento di isterectomia, mediante test di Rorschach*, in Genazzani A.R. e Facchinetti, F. (a cura di).

Rigatelli, M., *et al.* (1988) *Mastectomia e isterectomia: sequele psicosociali*, in Genazzani A.R. e Facchinetti, F. (a cura di).

The Histerectomy Association (1998, 15 aprile) *How hysterectomy affects women*, http://web.ukonline.co.uk/linda.newall/info/hyster/affect.htm.

Erminia Macola, docente di Lingua spagnola alla Facoltà di Scienze politiche, Università degli Studi di Padova.

Volevo affrontare questa questione da un'altra parte chiedendomi: perché le donne ora si ammalano così frequentemente all'apparato riproduttivo?

Questa malattia potrebbe essere un sintomo del disagio nella nostra civiltà, uno dei tanti. I medici risolvono il problema eliminando la causa del disagio senza interrogarlo a fondo. Questo mi stimola ad analizzare il fenomeno dell'isterectomia, praticata con troppa facilità, in rapporto ad un altro sintomo del nostro tempo: il decremento delle nascite.

Le statistiche dicono che in Italia e in Spagna l'indice di fecondità è di 1.2 quando sarebbe necessario fosse di 2.1 per assicurare il ricambio generazionale. Nella nostra civiltà qualcosa sta morendo e questo è preoccupante. Tralascio le interpretazioni sociologiche del fenomeno per andare al cuore di esso, a quel rapporto tra individuo della nostra epoca e scienza, che non è estraneo al tema di questo convegno.

Vediamo allora che la scienza sta sostituendo con macchine tutte le potenzialità umane: prima tra esse la forza fisica, poi quella intellettuale, rimpiazzata dai computer, grazie ai quali sperimentiamo una grande perdita di memoria rispetto alle generazioni che ci hanno preceduto, e ora vediamo, con grande perplessità, che viene sostituito anche l'apparato riproduttivo. Fecondazione artificiale, in vitro, utero in affitto... e, perché no, utero artificiale. Il che significa che l'utero naturale non sarà più necessario, quindi che farne? Già con l'ecografia sperimentiamo qualcosa di questa nuova realtà quando vediamo che ciò che sta dentro può apparire fuori, può essere visto proiettato su uno schermo con il risultato che quanto prima era mistero, sorpresa, dono, ora è conosciuto, programmato e gestito tra le donne e i medici della procreazione. È diventato del tutto marginale il rapporto complesso tra desiderio sessuale e desiderio di figli, per cui una donna che concepiva si sentiva al tempo

stesso futura madre, ma anche più donna. Tutto ciò che aveva un ruolo predominante sta cadendo o sta mutando e la nascita diventa una questione sempre più invasa dalla tecnologia.

L'infecondità così diffusa è una risposta attuale a questo problema; mi sento di poterla avvicinare alle malattie dell'utero, che considero anch'esse risposte ad un complesso e inspiegabile disagio. In entrambe si profila una rottura nel patto di solidarietà tra due identificazioni essenziali della donna: essere donna ed essere madre.

La rottura mi sembra imputabile alla soggettività della donna che è diventata l'imprenditrice del suo desiderio e del suo corpo; al capitalismo che ordina di produrre di tutto, meno i figli che ostacolano la produzione, e alla scienza, che sta provocando un cambiamento superiore ad ogni nostra possibilità di reperirci in esso.

Cristina Zuppel, psicologa, Padova.

Sono Cristina Zuppel e vorrei qui ripercorrere la vicenda di Nadia Berini, una mia carissima amica, isterectomizzata nel 1986 all'età di 34 anni all'ospedale di Asolo e morta a Padova nel gennaio del 1992 di Aids. Una malattia che è stata un calvario e che Nadia ha contratto in seguito ad una trasfusione subita a causa dell'intervento. Nadia era una donna consapevole, aveva lottato per i diritti delle donne, era battagliera, piena di voglia di vivere. Ricordo che eravamo nel mese di marzo, Nadia mi telefonò spaventata. Aveva dei dolori atroci alla pancia e mestruazioni abbondantissime, tanto da sospettare un'emorragia. Corremmo dal ginecologo, che trovò l'utero di dimensioni raddoppiate rispetto alla norma. Due erano le cose: o Nadia era incinta di 3/4 mesi nonostante le mestruazioni oppure c'era "qualcosa di più grave". Dopo le analisi e l'ecografia la diagnosi: presenza di fibromi multipli. Nadia non sopportava l'idea di soffrire ancora per quei dolori pazzeschi che arrivavano ogni quindici-venti giorni, chiese cosa si poteva fare per risolvere la questione e, naturalmente, le venne proposta un'unica soluzione: un intervento radicale. A Nadia era già stata tolta un'ovaia alcuni anni prima per un problema di cisti ovarica. Le dissero che, a causa delle aderenze provocate dalla precedente operazione, non potevano toglierle l'utero per via vaginale e che comunque, non sapendo in che condizioni era l'ovaia superstite, era possibile che le venisse praticata in corso d'opera anche un'ovariectomia.

Nadia chiese informazioni, volle sapere delle possibili conseguenze. Il medico che l'avrebbe operata ad Asolo le parlò dei risvolti psicologici dovuti al fatto di essere senza utero e, nel suo caso, forse anche senza ovaie, del fatto che non avrebbe potuto più procreare. Comunque non le prospettò alternative possibili.

Nadia ci pensò su ma poi i dolori tornarono e lei decise di essere abbastanza forte per affrontare la propria vita anche

senza figli e senza utero. A Nadia però non avevano parlato delle conseguenze fisiche che comportava l'asportazione dell'utero e delle ovaie, e cioè dell'entrata brusca e violenta in menopausa, dei gravi scompensi dovuti alla scomparsa di ormoni fondamentali per l'organismo, della possibilità, anche solo in caso di asportazione dell'utero, di avere problemi a livello intestinale e della vescica. Se Nadia avesse saputo tutto questo, probabilmente avrebbe aspettato, non si sarebbe fatta operare con tutta quell'urgenza. Ma, soprattutto, Nadia non era stata informata su un aspetto fondamentale della situazione, e cioè che un intervento di quella portata avrebbe potuto richiedere anche trasfusioni di sangue, questo in anni in cui lo stesso Ministero della Sanità aveva inviato un protocollo a tutti i presidi ospedalieri consigliando l'uso delle trasfusioni solo in caso estremo, vista la seria possibilità della presenza di sacche di sangue infetto con il virus dell'Aids.

Il caso di Nadia non era un caso estremo, era solo molto anemica in seguito all'intervento, un'anemia, a parere di medici legali competenti in seguito consultati, superabile con una banale cura di ferro.

La prima cosa che Nadia chiese quando si svegliò dopo l'operazione fu: "Mi hanno tolto tutto?". Per fortuna no, le avevano risparmiato l'ovaia superstite, era contenta, si sentiva in qualche modo meno menomata. In aprile tornò a casa dall'ospedale, stava male, dimagriva e non si riprendeva. A settembre, dopo svariate analisi, la sentenza di morte: "Lei, signora, è sieropositiva". E iniziarono gli interrogatori, le domande cattive sulla sua vita privata, sulle sue abitudini sessuali, le allusioni al fatto che forse non sapeva tutto della vita del marito. Da vittima diventò indiziata. Erano anni, quelli, ma forse succede ancora oggi, in cui Aids significava per molti essere etichettati come omosessuali o drogati, quindi "diversi", colpevoli, meritevoli di una punizione esemplare. Nadia e il marito non si arresero, ne parlarono con gli amici, cercarono solidarietà, non si isolarono. Risalirono, da soli, alla sacca di sangue utilizzata per la trasfusione di Nadia e scoprirono che il donatore era sieropositivo e che la struttura competente lo sa-

peva, ma aveva taciuto. Perché non l'avevano avvertita? Se il male non si fosse manifestato subito, avrebbe potuto infettare anche il marito. Dopo mesi di disperazione Nadia decise di lottare e fece causa all'ospedale. Avrebbe avuto una parvenza di giustizia, ma solo dopo la sua morte. Tutto questo per un utero fibromatoso, una patologia – e qui oggi ne abbiamo avuto ampia conferma – curabile senza dover subire interventi demolitori e conseguenze che rovinano inesorabilmente, crudelmente, la qualità della vita di troppe donne.

R.B., medico pediatra, 54 anni.

Sono stata sottoposta ad isterectomia 13 anni fa. Non avevo avuto figli e ho fatto di tutto per evitarla perché come medico ero consapevole della perdita che avrei subito. Pur di conservare l'utero avrei rischiato volentieri un secondo intervento ma non fu possibile perché era fibromatoso e presentava un'endometriosi. Così mi asportarono sia l'utero sia un annesso.

Il decorso post-operatorio lo ricordo pessimo anche se dopo cinque giorni uscii dalla clinica. Il vissuto che provai poteva essere paragonato al "lutto". Da medico cercavo di non lamentarmi, pensando che non avevo avuto un problema oncologico e non avrei dovuto fare chemioterapia.

Mi è mancato fondamentalmente il ritmo delle mestruazioni che, anche se avevo sofferto di precedenti metroraggie, ho vissuto come una grande perdita. Ho cercato di reagire tenendomi agganciata al ritmo mestruale, cercando di percepire i sintomi ovulatori nei periodi corrispondenti al ciclo e posso dire di esserci riuscita. Questo, me ne rendo conto, è stato un meccanismo di compenso per la mancanza delle mestruazioni e credo, da medico, che sia la prima cosa da consigliare alle donne che sono costrette a subire un'isterectomia.

Nonostante avessi fatto un Pfammerstirl, ho avuto molta difficoltà nell'accettare la cicatrice chirurgica: provavo come un senso di vergogna. Il terrore di ingrassare mi ha portato ad un maggiore controllo della dieta e ad una cura più attenta dell'aspetto fisico, come a voler compensare così ciò che provavo rispetto al mio corpo.

Ho ripreso i rapporti sessuali come se mi fosse stata prescritta una terapia perché li vivevo come un muro da scavalcare, con la precisa consapevolezza che sarebbero cambiati moltissimo. L'idea che al posto della cervice e dell'utero ci fosse una cicatrice non era per me superabile. Li ho ripresi come gesto di buona volontà, temevo contemporaneamente un rifiuto inconscio da parte di mio marito anche se poi non si è per for-

tuna verificato. Anzi, devo dire di aver ricevuto da lui sostegno e comprensione e ciò ha favorito una ripresa migliore. Qualora ciò non ci fosse stato lo avrei lasciato libero di scegliere una propria strada perché avrei giustificato la situazione e mi sarei definitivamente messa da parte.

Nonostante fossi stata precedentemente affetta da una forma grave di endometriosi che comportava rapporti sessuali dolorosi, io li avevo superati bene; c'era il dolore durante i rapporti, però era sopportabile. Successivamente all'intervento ciò che provavo mi faceva rimpiangere la situazione precedente. La nuova situazione che mi trovavo a vivere era che sentivo l'addome senza l'utero e senza la relativa vascolarizzazione come una cassa vuota senza risonanza. Il mutamento nella qualità della vita sessuale è certamente grande e io, anche se con l'aiuto di mio marito sono riuscita a riprendere comunque una vita sessuale, ma diversa, sono sempre consapevole della perdita subita.

Ho offerto questa mia testimonianza inviandola, dato che per motivi di lavoro non ho potuto essere presente a questo convegno, perché questo aspetto del danno alla vita sessuale prodotto dall'isterectomia di solito non viene fatto presente alla paziente dal ginecologo che propone questa operazione e così la stessa rischia di scoprirlo poi come amara sorpresa. Costituisce invece una pesante ragione, assieme ad altre, per cui i ginecologi devono proporre questo intervento solo quando non vi sono alternative e la donna deve essere molto cauta e fare ogni possibile verifica prima di accettare tale proposta.

M.D.C., insegnante, anni 55, Padova.

Non avevo mai avuto bisogno di particolari cure ginecologiche. Di sana e robusta costituzione e molto naturalista nella conduzione di vita avevo eletto a mio ginecologo un medico consigliato da un amico comune perché, negli anni della formazione, l'aveva visto studiare molto e tenersi aggiornato. Per me più che altro una figura di riserva cui ricorrere nel caso mi si fosse presentato qualche problema di rilievo. Ma, non avendo deciso di avere figli, essendomi sempre rifiutata di prendere la pillola anticoncezionale ed altrettanto non avendo mai messo la spirale (avevo semmai usato il diaframma) il mio rapporto con la ginecologia era stato piuttosto rarefatto.

A 48 anni ho cominciato ad avere mestruazioni eccessivamente abbondanti. Mi viene riscontrato un piccolo fibroma di 3 centimetri in sede sottomucosa posteriore, divenuto di 4 dopo cinque anni di assunzione delle solite terapie ormonali a base di progesterone per dieci giorni al mese per cicli di mesi. Alla fine dei cinque anni mi viene detto dal medico che l'ingrossamento del fibroma, per cui i sanguinamenti andavano peggio e io ero sempre più sfinita, era dovuto anche all'assunzione del farmaco. Visto che i fibromi sono la patologia più comune mi chiedo ancora come mai non abbiano messo a punto qualche farmaco migliore visto che quello ha molte altre conseguenze negative. Mi è rimasta la sensazione che non vi sia un adeguato impegno né sull'origine dei fibromi né sul mettere a punto efficaci rimedi senza controindicazioni. Dopo la mia storia ho il dubbio che tutto sia lasciato stare così perché in fondo vengono considerati la sala d'attesa dell'isterectomia. Comunque fin dall'inizio avevo chiesto al mio medico se il fibroma fosse asportabile ma aveva sempre negato che fosse possibile. Dentro di me mi chiedevo: se un fibroma così piccolo non è asportabile, quali sono quelli asportabili? Quanto diceva mi pareva strano ma, essendo il mio medico da anni, avevo un rapporto di fiducia e quindi gli credevo. In seguito

venni a sapere che una parente di una mia amica, a Roma, aveva risolto perfettamente con una tecnica nuova per via vaginale (non sapevo ancora che si chiamasse resezione isteroscopica), e quindi senza necessità di incisioni esterne, un caso di fibromi simile al mio. Ne riferisco al mio ginecologo. Ribadisce che no, "nel mio caso", è assolutamente impossibile. Praticamente mi depista rispetto all'aver già trovato la soluzione. A chi mi sollecita a verificare questa informazione rispondo che è assurdo che telefoni a persone che nemmeno conosco se il mio medico aveva ribadito che non era possibile. Lui certamente sapeva meglio di me come era collocato il mio fibroma. Comunque, a distanza di due anni dalla prima volta che gliene avevo parlato, e pressata dall'indebolimento che i sanguinamenti eccessivi mi provocavano per cui avevo fatto anche vari cicli di iniezioni endovenose di ferro, gli sottopongo ancora il quesito. Gli fornisco il nome dell'ospedale in cui tale procedimento veniva attuato e fornisco anche il nome del medico perché mi sembrava che, se c'era effettivamente una possibilità, fra medici sarebbero riusciti a spiegarsela e a comunicare. Stessa risposta. Mi propone l'isterectomia totale con asportazione anche delle ovaie ribadendo che lui, come già a suo tempo mi aveva suggerito, me l'avrebbe fatta fare già cinque anni prima e poi mi avrebbe fatto mettere i cerottini. Al momento di quel colloquio avevo 53 anni e non avevo mai saltato un ciclo. Lui quindi mi avrebbe mandato in menopausa chirurgica a 48 per un fibroma di 3 centimetri. Il tutto mi sembrava un po' assurdo perché, visto che egli stesso riteneva prudente non fare le terapie sostitutive per più di cinque anni, a quel punto io sarei stata già nella condizione di aver esaurito tutte le risorse: senza ovaie e senza cerottini. Mi presenta l'operazione come una cosa normalissima a una certa età, e direi anche come "più attuale" rispetto al tenersi i propri organi con i loro difetti dati i nuovi prodotti sostitutivi disponibili sul mercato. È un atteggiamento che più tardi avrei riscontrato in altri. Controindicazioni? Nessuna. Mentre sento il gelo entrarmi nel cuore anche se non so ancora niente di questa operazione né delle altre perché mi sono sempre ben guardata dal farmi

mettere i ferri addosso, azzardo le prime timide osservazioni che potrebbero riguardare qualunque operazione. Ma non ci può essere il rischio di aderenze e di sentire le ferite quando cambia il tempo? Mi guarda sorridendo: "Ma assolutamente no". Cerco anche di fare ragionamenti sulla crucialità che a me sembra abbiano tutti gli organi di un corpo. Mi appello perfino all'esempio della medicina cinese basata sui flussi energetici che attraversano i vari organi. Gli organi non possono non essere importanti. Da quel momento comincia la mia disperata resistenza. Cerco di raccogliere informazioni sull'isterectomia parlando con donne che l'avevano subita. L'operazione, pur sapendone ancora poco, mi appare più pesante e gravida di conseguenze negative di come mi viene prospettata. Lui cerca ancora di colpevolizzarmi: non accetto l'operazione perché non mi rassegno all'idea di andare in menopausa; è un problema mio. Sempre per colpevolizzarmi escogita altre argomentazioni. Io continuo a rifiutare l'operazione e gli ricordo che una volta mi aveva accennato a delle iniezioni che potevano "mettere a riposo le ovaie" per tre mesi. Ne riparla di malavoglia sottolineando che non ne vale più la pena perché adesso costano tanto. Anche questo mi appare assurdo. Piuttosto che un'operazione... Comunque non mi dà nessuna informazione in merito. Mettere a riposo le ovaie per un po' sembra un'idea dolce. Avrei scoperto solo dopo fatte quelle iniezioni che in realtà sono un bombardamento di ormoni sintetici che influiscono sull'ipofisi e sulle ovaie, e che, proprio per questo, altri medici usano con molta molta cautela e in casi del tutto eccezionali. In realtà, quando vado all'appuntamento per fare la prima iniezione mi dice, già con la siringa in mano, che spera di mandarmi in menopausa perché spesso quello è l'effetto ad una certa età. È un'ennesima violenza. Perché non me lo ha detto prima in modo che potessi rifletterci ed informarmi? Avrei dovuto saltar giù dal lettino. Sono disorientata. Ma sembrandomi fuori luogo venire via voglio pensare che a me non succederà così perché io ho avuto sempre le mestruazioni regolari. Mi fa fare cinque iniezioni contrariamente a quanto è indicato in caso di fibromi, al massimo tre. Sortisce

l'effetto desiderato. Le mestruazioni spariscono e a me sembra che rispetto al mondo mi abbiano staccato la spina. Sono completamente estraniata e turbata psichicamente. Mi sento come se fossi un'altra persona. Sento di essere stata catapultata in una situazione di cui non ho più il controllo. Quali saranno le conseguenze di un passaggio così violento alla menopausa? Dopo alcuni mesi devo tornare da lui per un controllo portando un'ecografia. Facendola in ospedale chiedo alla dottoressa se quel fibroma secondo lei è asportabile senza togliere tutto. Certamente, mi dice, solo che quelle cinque iniezioni l'hanno ulteriormente indurito e potrebbero avermi indotto un'osteoporosi per cui mi raccomanda di prendere molto sole. Chiedo ragione al mio medico di perché mi ha mentito. Scuote la testa come se volessi sapere cose più grandi di me. In compenso mi annuncia che è arrivato a Padova un nuovo strumento che mi può togliere il fibroma per via vaginale ma "naturalmente" dovrò firmare un modulo con cui autorizzo, in caso, a togliere l'utero. Mi fa presente infatti che qualcosa può andare storto con queste nuove procedure e rendere quindi necessaria l'asportazione dell'organo. In pratica mi comunica che dovrò sollevare il chirurgo da ogni responsabilità e scavarmi la fossa con le mie mani. Il gelo sale nuovamente dentro di me. Mi pare un pozzo di cinismo e malafede. Ma allora questo è lo strumento di cui parlavo io e che usano a Roma, gli dico. Lui intanto comincia a stilare la lettera, che conservo ancora, con cui mi manda dal collega chirurgo scrivendo "... caro... ti invio la signora... che non desidera sottoporsi a isterectomia...". Evidentemente quella continuava ad essere la prima opzione ai suoi occhi. A vantaggio di chi? Rispondo: "No dottore, io a questo punto vado a Roma". Volevo infatti togliere il fibroma perché se si fossero verificate quelle conseguenze pesanti che temevo come ripercussione di un passaggio così violento alla menopausa avrei dovuto per un periodo fare le terapie sostitutive per cercare di temperarle. Ma queste in presenza del fibroma avrebbero potuto rimetterne in moto gli effetti di eccessivo sanguinamento.

Ho attuato felicemente la resezione isteroscopica all'ospedale San Carlo di Nancy ove ho anche incontrato molto rispetto e delicatezza verso le pazienti da parte dei medici. Unico episodio stonato: due notti prima dell'intervento accuso un fortissimo gonfiore al ventre con dolori anche se non acuti. Non capisco. Un attacco di appendicite o magari... il cibo dell'ospedale? Al pomeriggio cerco un medico per una verifica perché è imminente l'intervento e non mi sento tranquilla. Sento lo scrupolo di informarlo che in quei mesi a volte ho avuto un po' di gonfiore ma mai così e mai con dolori. "Secondo me lei ha la vecchiaia nella pancia – diagnostica – comunque vada di là che vengo fra poco a visitarla". "Non credo sia la vecchiaia – rispondo – ma il cibo dell'ospedale". Mi visita. Esclude l'appendicite ma non riprende in presenza del responsabile del reparto la sua ipotesi sadico-scientifica. Io evito a pranzo e a cena alcune portate sospette e non ho ricadute. Ogni stagno ha il suo brutto anatroccolo, penso, ma questo non diventerà mai un cigno.

A distanza di pochi mesi, effettivamente, ho avuto una serie di ripercussioni molto pesanti come effetti della menopausa chimica. Ho usato per sei mesi le terapie sostitutive ma ho capito che ormai i danni fatti non saranno rimediati da questi farmaci. Li ho smessi. Non intendo essere dipendente da nessun farmaco e da nessun medico. Il mio corpo, che avevo tutelato non obbligandolo nemmeno alla pillola anticoncezionale, cercherà da solo la sua strada per uscire in qualche modo dalla violenza subita. Nella città in cui vivo avrei conosciuto altra violenza. In occasione di un controllo che dovevo fare in ospedale dopo l'intervento, il medico mi ribadiva che non sarebbe stata una cattiva idea, alla mia età, aver fatto, anziché la resezione isteroscopica, un'isterectomia totale. Quasi se ne rammaricava. Un'operazione perduta. A tale colloquio erano presenti tre infermiere o allieve infermiere. Spero che le mie risposte gli siano servite da scuola.

Aggiungo: dopo poco tempo dagli eventi di cui sopra, accusando pesantezza alle gambe e una certa difficoltà a stare sedu-

ta, vado a fare un controllo alle vene. Il medico che mi fa il doppler sentenzia che devo togliermi ambedue le safene. Obietto: "Ma oggi non si cerca di salvarle al massimo, facendo anche altri tipi di intervento? Possono sempre risultare preziose nel caso di operazioni al cuore o altro". "Se sono ammalate non possono servire a niente né oggi né domani", mi risponde. Mi guardo le gambe incredula. A vederle non mi sembrano così mal messe. Ma forse si vede nel doppler. Decido di rivolgermi ad un angiologo molto stimato. Mi dice che io ho le gambe a posto, non ho bisogno di niente, non ho nemmeno le vene varicose. Potrei aiutare la circolazione imparando a massaggiarmi le caviglie regolarmente con una crema che mi indica. Se proprio continuassi a sentirle pesanti potrei fare alcune iniezioni. Me le prescrive ma come cosa molto facoltativa. Capisco che probabilmente quei fastidi hanno delle ragioni contingenti, forse correlate al recente intervento. Non faccio nemmeno le iniezioni e i fastidi spariscono da soli. Da allora le mie gambe percorrono tranquillamente il mondo cercando i buoni e smascherando i cattivi.

A.D., anni 57, casalinga, Padova.

Ebbi un raschiamento nel '92 e, da come leggo sul documento rilasciatomi quando sono uscita dall'ospedale, fu per revisione della cavità uterina da cui emersero frammenti di endometrio con iperplasia ghiandolare cistica. Feci quindi una cura ormonale per due anni ma senza molto successo per cui nel '94 fui ricoverata per metropatia emorragica.

Il medico optò per togliere utero e ovaie ma non ricordo che mi abbia illustrato alcuna conseguenza negativa di questo intervento, mi accennò solo alla necessità di un "leggero riposo" per un breve periodo. Avrei dovuto uscire dall'ospedale dopo circa dieci giorni.

L'intervento invece ebbe complicazioni. Dopo otto giorni circa mi venne la febbre. Non seppi mai esattamente quali complicazioni si erano verificate. In conclusione rimasi ricoverata per 17 giorni. Solo prima di dimettermi mi fu detto dalla caposala che avrei dovuto stare a riposo per almeno un mese. Ma perché non dicono queste cose prima in modo che una donna possa cercare, ammesso di trovarla, qualche altra donna che l'aiuti per quel periodo?

Io avevo famiglia, due figlie ed un marito che mi attendevano, una casa cui badare, il lavoro di mio marito con cui di solito cooperavo, e non avevo predisposto una soluzione adeguata, tra l'altro non facile da trovare, per stare a riposo e non sollevare nemmeno la borsa della spesa per un periodo che, secondo me, per un intervento senza complicazioni dura in realtà due mesi mentre, se si verificano complicazioni, può essere molto più lungo.

Assurdo che non pensino di avvertire la donna in tempo e che diano per scontato che si può trovare facilmente una soluzione da un momento all'altro.

Mi è stato in realtà quasi impossibile stare completamente a riposo il periodo necessario anche se il medico mi faceva pre-

sente il rischio di un prolasso della vescica o dello stomaco o di complicazioni all'intestino. Rischi questi di cui non avevo mai sentito parlare prima.

Per due o tre mesi dopo l'intervento soffrii di leggere flebiti. Ma ancora dopo quattro anni dall'intervento risento delle conseguenze negative dell'operazione e ho difficoltà anche sul piano sessuale pur potendo contare su un buon rapporto con mio marito. Tuttora provo dolore nei rapporti e non so se questo dipenda dall'operazione in sé o dalle complicazioni dell'operazione (forse aderenze alla cupola?).

Ma altre conseguenze molto negative sono derivate dal fatto che la mia ripresa ha richiesto anni. Il primo anno risentivo moltissimo dell'intervento e poi comunque non ero più in forma come prima. Avevo un'enorme stanchezza che mi rendeva difficile affrontare il lavoro familiare e di cooperazione con mio marito nella sua attività. Mi è dispiaciuto molto non poter dare sempre tutta l'energia che avrei voluto all'allevamento della mia seconda figlia. Anche psichicamente posso dire che solo dopo lungo tempo avevo riconquistato un certo equilibrio. Soffrivo di un certo disorientamento ma cercavo di soffocarlo dentro di me per mantenere la serenità in famiglia e il mio impegno verso i miei cari. Comunque non mi è più tornata l'energia di prima, in realtà mi affatico più facilmente.

In base alla mia storia, e avendo sperimentato in prima persona quanti imprevisti e non imprevisti con conseguenze di lungo periodo questo intervento può comportare, mi risulta strano, se ci penso adesso, che venga così spesso proposto alle donne come sbocco quasi normale per i mali che affliggono il loro apparato genitale. Probabilmente il mio caso non permetteva alternative. Comunque molti aspetti importanti dell'operazione non mi sono stati detti prima e ho dovuto scoprirli come amara sorpresa dopo. Ma in molti casi, come ho appreso anche in questo convegno, probabilmente le alternative ci sono e allora il fatto che il ginecologo indirizzi una donna senza che ci sia una vera necessità a sopportare tutte le pe-

santi conseguenze e i rischi che questa operazione comporta, secondo me è una condotta irresponsabile. Aggiungo: anche mia madre è andata in menopausa a 57 anni. Forse il caso non è così raro.

G.T., anni 52, studentessa universitaria, provincia di Venezia.

Fin da piccola ho sempre amato leggere e studiare, ma in famiglia non c'era molta sensibilità verso il mio studio, poiché essendo femmina non era considerato utile che io studiassi, dal momento che prima o poi mi sarei sposata. Trasferimenti familiari successivi, in località scomode rispetto alle scuole, dovuti a contingenze economiche, mi tolsero allora ogni minima speranza di studio, ed i miei genitori furono così giustificati dagli eventi. La delusione fu atroce anche perché non riuscivo a slegarla dal sottostante pregiudizio correlato al fatto che non ero un maschio. Tale idea sbagliata mi ha da allora fortemente sensibilizzata nei diversi aspetti della sua espressione, e mi ha dato modo di vedere in seguito quanto essa fosse radicata nel nostro quotidiano vivere.

Una volta adulta, quindi, ormai sposata e madre con legami ben precisi, ma con completa autonomia decisionale, ho intuito che era giunto il momento di fare quello che avevo sempre desiderato, e che dipendeva solo da me e dalla mia capacità organizzativa poter ottenere. Ho iniziato, quindi, con molto impegno e non senza contrarietà, un percorso scolastico di studio serale sviluppato in varie tappe, ognuna delle quali vedeva avvicinarsi la meta che mi ha condotto oggi (madre di due figlie) a frequentare l'università. In tale ambito, poiché sono molto interessata alla questione femminile in tutti i suoi aspetti, ho seguito con molto interesse il convegno sull'"isterectomia" e non avendo potuto in tale sede produrre quanto avrei voluto, per la numerosità degli interventi, ho ritenuto utile far pervenire subito dopo le mie riflessioni.

Desidero contribuire a questa discussione sull'isterectomia dicendo quello che ho constatato essere l'atteggiamento di diverse amiche e conoscenti, rispetto all'eventualità di subire questa operazione. Anzitutto, secondo la loro esperienza, da quando insorgono le prime patologie uterine, il medico, mentre propone alcune soluzioni-tampone, fa però intendere fin

dall'inizio che prima o poi bisognerà pensare all'intervento risolutivo. In questo modo la donna introietta un senso di ineluttabilità di questo intervento, dando per scontato che l'apparato genitale femminile con l'età si ammala al punto da dovere essere eliminato.

A rafforzamento di questa opzione, spesso il medico sottolinea il fatto che utero e ovaie con l'avvicinarsi della menopausa non hanno più alcuna funzione e che questi organi non servono più se si è già avuto il numero di figli desiderati. Quest'ultimo ragionamento, in particolare, può condurre la donna a considerare logica l'opzione anche in giovane età, attorno ai quarant'anni, come mi è capitato di constatare. Ma, a mio parere, anche il ragionamento basato sull'essere "vicine" alla menopausa può in realtà condurre ad operazioni, in effetti, molto anticipate rispetto all'avverarsi di tale momento.

Credo che questa induzione medica alla soluzione più drastica fin dall'inizio non sia a vantaggio della donna, la quale in effetti si trova menomata di organi essenziali per quanto riguarda la sua femminilità. Tali organi, infatti, non possono essere considerati meramente ai fini riproduttivi, ma devono essere visti, con riferimento al corpo della donna, come una parte per il tutto e non come una parte del tutto.

La donna, infatti, menomata di utero od ovaie o di entrambi, subisce conseguenze diverse: anzitutto di carattere fisico e psichico che minano la sua salute e la sua personalità all'interno della famiglia; nei rapporti sessuali con il partner; ma anche nell'ambiente di lavoro ove, come mi è stato riferito da chi aveva sperimentato tale situazione, la sua "immagine" risulta sminuita, non è più concorrenziale rispetto a quella delle altre donne. Ed infine, tali conseguenze investono tutta la sfera del contesto sociale in cui la donna è inserita.

Secondo la logica maschile la donna vale per la sua bellezza-giovinezza e per le sue potenziali funzioni riproduttive. Una volta che essa sia privata dell'una (per l'età) o dell'altra (a seguito di menomazioni indotte) o di entrambe queste sue prerogative, la donna in quanto tale, secondo questa logica, non ha più alcuna sostanziale validità. Quindi, personalmente, vedo questa prassi

medica come un qualcosa di defraudante e castrante dell'essere femminile; quasi un inconscio voler negare, e quindi togliere, l'unico potere non ufficiale ma effettivo che ancora alla donna rimane nella nostra moderna società: la sua femminilità.

In concreto, penso che la donna ancora oggi si trova spesso a subire, come già tante volte nella sua storia sociale, un'indebita espropriazione del proprio corpo. Infatti, il ginecologo quando si fa portatore, rispetto all'isterectomia, di approcci come quelli sopra descritti, tradisce la fiducia che la paziente ripone in lui ed attua una forma violenta di dominio maschile sul corpo della donna.

Nel Duemila ormai incalzante non vedo, al di là del molto parlare e degli atti cartacei meramente ufficiali, un'effettiva parità tra uomo e donna. A tale proposito, senza andare oltre, basta vedere il vuoto femminile nelle nostre più alte istituzioni. Ritengo, però, che considerare tale parità solo dal punto di vista dell'uguaglianza di diritti tra uomo e donna sia limitante, perché è necessario che entrambi e anzitutto la donna possano vivere disponendo pienamente e liberamente della loro naturale diversità.

Una diversificazione, quindi, che comprenda ogni aspetto della persona e della sua personalità e che deve essere considerata non solo come patrimonio individuale ma anche come un valore sociale e come tale salvaguardata da tutti gli enti e loro operatori preposti alla tutela dei beni-valori quali diritti fondamentali dei cittadini, e quindi salvaguardata anzitutto dal medico, quale strumento garante e responsabile della salute umana.

Ancora in riferimento al rapporto donna-ginecologia, ritengo utile riferire quanto è avvenuto attorno alla nascita delle mie due figlie.

Dal punto di vista dell'informazione medica, ricordo la mia prima gravidanza e parto con una sola sicurezza: l'incertezza completa circa l'avvenimento. Già a partire dal problema del mio ciclo che non era mai stato regolare, devo dire che né il ginecologo, né il dottore, né l'ostetrica del paese avevano all'epoca (anni Settanta), saputo darmi una data certa per il parto.

Il ginecologo poi, grande luminare del tempo, aveva affermato, mentre io ero già incinta (anche se non ne ero ancora a

conoscenza perché in attesa dell'esito delle analisi), che per avere figli avrei dovuto "fare una certa cura ed avere tanta pazienza".

Nella notte in cui poi diedi alla luce la mia prima figlia la levatrice comunale, interpellata all'insorgere delle prime doglie per sapere se era giunto il momento del parto, disse che potevo stare tranquilla poiché mancavano ancora tre o quattro giorni al parto.

Dell'ospedale, in cui arrivai grazie alla mia iniziativa femminile, a parte l'aspetto estremamente repellente dal punto di vista igienico, ricordo la bonaria ruvidezza dell'ostetrica che mi assistette durante il parto; una donna pratica ma non priva di un certo calore umano nell'esercizio della sua professione.

Ho invece un ricordo piuttosto cocente ed indelebile dello scorbutico dottore che dopo il parto, iniziando a suturarmi senza anestesia, mi disse di stare ferma perché lui stava lavorando, nonostante mi fossi razionalmente impegnata nel massimo sforzo possibile per non muovermi. Gli risposi che non ero una stoffa ma una persona viva e che cercavo di fare del mio meglio. Ma ancora oggi mi chiedo il perché di questa sadica pratica di suturare dopo il parto senza un po' di anestesia locale provocando ulteriore e gratuita sofferenza, quando per una qualunque carie il dentista usa sempre l'anestesia.

La nascita della mia seconda figlia, a distanza di circa otto anni, si svolse con un travaglio molto più doloroso del primo e ricordo distintamente il medico che molto rudemente ed inopportunamente mi visitò, procurandomi sofferenze maggiori di quante già ne avessi. Infatti mi volle visitare proprio nel momento acuto di una doglia nonostante gli avessi chiesto di attendere almeno qualche secondo.

Fortunatamente circostanza volle che, contemporaneamente al mio parto, il personale ospedaliero fosse tutto impegnato in sala operatoria per un intervento urgente, per cui fui assistita durante il travaglio ed il parto solo dall'ostetrica, la medesima di otto anni prima. Dico fortunatamente, perché i punti di sutura me li diede l'ostetrica, anche se sempre senza anestesia come la prima volta. E nuovamente mi chiedo, come mai l'oste-

trica, pur più umana del medico, non chiamò qualcuno che mi facesse un po' di anestesia e mi avvisò invece dicendomi: "Mi dispiace ma ora dovrai essere brava perché ti farò molto male"? È così scontato che la donna debba gratuitamente soffrire?

I risvolti successivi a questo parto furono disagi connessi ad uno sciopero appena terminato; ad un ricovero nel reparto di ginecologia anziché in quello di maternità con conseguenze enormi dal punto di vista della diversa esigenza sia dei ritmi di sonno che dei turni di allattamento; all'invadenza e al prolungarsi delle visite dei familiari dei degenti fino ed oltre le dieci di sera; e al fatto che queste persone fumavano nella stanza dei degenti (purtroppo era consentito perché era reparto ginecologico e non maternità).

Quello che mi rimase impresso allora è che non mi sia stato proposto nulla per alleviare il dolore del parto e i dolori dopo il parto nei giorni successivi. Infatti, ho saputo proprio in quell'occasione e a spese mie che con la nascita del secondo figlio, quasi sempre, il dolore durante il puerperio è molto più intenso di quello avuto con il figlio precedente.

Come donna ritengo inconcepibile ed incivile che attualmente, alle soglie del terzo millennio, si debba partorire ancora non solo con grande dolore ma anche nella più totale indifferenza e rassegnazione a questo.

In effetti, al di là dell'aspetto positivo del lieto evento e cioè la nascita di un bambino, quello che rimane è la consapevolezza della solitudine umana in cui una donna si trova, in uno dei momenti più importanti non solo della sua vita ma anche della comunità in cui lei è inserita, e questo indipendentemente dal fatto di avere i propri familiari vicino.

Analizzando obiettivamente la cosa, ritengo che i ricoveri per i miei parti siano stati, dal punto di vista umano rispetto ad altri ricoveri di tipo diverso, i peggiori in assoluto. Infatti, negli altri ricoveri, pur avendo delle critiche da fare, non ne sono uscita con quel senso di umiliazione e grave lesione della dignità della persona che hanno caratterizzato invece la vicenda dei miei ricoveri per parto, tanto da indurmi a decidere che mai più sarei tornata a partorire "tra quelle grinfie".

In generale, quando si è ricoverati in ospedale si è considerati dei "numeri dipendenti", non persone con una propria individualità da proteggere e da difendere; mai però questo è così vero come nell'occasione del parto, dove la donna è vulnerabile in quanto fisiologicamente tale e più disposta (poiché da sempre preparata) a sopportare l'ineluttabile dolore la cui provenienza biblica è data da "tu donna partorirai i figli nel dolore".

Questo mi pone una riflessione sulla nostra società civile e sul fatto che in ogni luogo sociale in cui ci si trovi c'è sempre e comunque un "codice" di comportamento a volte non scritto ma in ogni caso da osservarsi. Come ad esempio può essere nell'ambiente di una fabbrica o di un ufficio, di un'aula scolastica, di un teatro o di un salotto; tutti posti che richiedono delle regole, più o meno ferree, per esprimervi la propria presenza e personalità. Così anche l'ospedale richiede un comportamento implicito del malato in generale e, in questa sede, della partoriente in particolare. Secondo tale regola, la partoriente che sopporta il dolore con meno lagnanze o addirittura in modo stoico è implicitamente più degna di stima e rispetto di chi invece soggiace in pieno al dolore.

L'adeguamento a questo "codice", per la conquista della dignità, comporta per la paziente uno sforzo ed un impegno notevoli, gratificati solo dal fatto che poi tale acquisizione può essere "goduta" dalla stessa, durante la sua permanenza ospedaliera, in termini di stima nei suoi confronti. Perciò, il medico che redarguisce la puerpera, mentre la sta suturando senza anestesia, perché non ha un'immobilità confacente al suo operare, la vuole espropriare anche di questo merito ottenuto "sul campo" umiliandola e subordinandola ad una pseudo-professionalità maschile, grossolana e sadica e, perciò, non deontologicamente confacente alla complessità del compito che tale professione richiede.

Quindi, per quanto riguarda la mia esperienza, posso concludere che la ginecologia è stata usata dai medici maschi come occasione di rivalsa contro le donne. Perché se così non fosse il loro atteggiamento sarebbe sicuramente stato diverso.

Anna Arvati, pensionata, anni 58, già assistente sociale all'Ospedale civile di Padova.

A 38 anni un fibroma piccolo come una ciliegia, a 39 era una noce e ad ogni controllo annuale cresceva in progressione geometrica fino a che raggiunse la dimensione di un pompelmo. "Speriamo che intanto arrivi la menopausa, così forse regredisce, altrimenti toglieremo l'utero se arrivano emorragie". "E le ovaie?". "Quelle le lasciamo". A 47 anni sono arrivate le emorragie. "Togliamo". "Va bene".

Al ricovero mi chiedono di firmare: "Autorizzo l'asportazione dell'utero e delle ovaie". Obietto: "No, non le ovaie, se non in caso si scopra che c'è una grave patologia" e così testualmente scrivo sul modulo. Crisi isterica della giovane dottoressa, ma fui irremovibile.

Sala pre-operatoria. Arriva il mio chirurgo, quello che mi ha seguito dalla ciliegia... al pompelmo e, *mentre sono già mezza intubata*, mi dice: "Ti dobbiamo togliere anche le ovaie, sai è il protocollo deciso dalla Clinica; è meglio così perché rischi un tumore alle ovaie. Le statistiche...". A quel punto, in quelle condizioni, non ho più margini per poter resistere.

Con quella decisione che adesso so essere molto ridiscussa a livello scientifico e che mi chiedo quanto fondata fosse allora, mi portarono via, con buona probabilità, 8 anni di giovinezza, e certamente il buon equilibrio del mio corpo. Mia madre infatti era andata in menopausa a 55 anni e così mia sorella. È molto probabile che quella fosse anche la mia data.

Dopo un anno chiedo di assumere ormoni perché ho il 24% di decalcificazione ossea rispetto alla norma, caldane e insonnia (per forza con 4-5 caldane all'ora anche di notte!). Poiché lavoro in ospedale ho accesso facile ad una fase di sperimentazione clinica per identificare un protocollo di dosaggio ormonale da assumere dopo la menopausa chirurgica. Non sono bastati 16 tipi di analisi di laboratorio e altrettante visite mediche e 2 mesi di mia infinita costanza per decidere se ero idonea per rientrare nella casistica della loro sperimentazione. Decisi di

non fidarmi. Oggi ho 58 anni, il cerotto con ormoni, l'osteoporosi, infiniti dolori ossei, ogni tanto perdo una goccia di pipì e mi è venuta anche una stitichezza che non avevo prima dell'intervento. Non ho l'utero né le ovaie e spesso mi viene in mente cosa disse mia madre appena dimessa dall'ospedale dopo un intervento di mastectomia in cui subì, prima dell'asportazione totale di un seno, lo strappo a vivo del nodulo maligno per la biopsia dopo che il chirurgo aveva praticato l'incisione senza una goccia di anestesia. Lei mi riferì di quella sensazione di dolore lancinante, impossibile da dimenticare, e mi disse: "Sai, non so se riuscirò più a sentirmi o ad essere come prima; non perché mi manca un seno ma perché tutto è stato di un'enorme violenza!". Mia madre, tornata a casa, avrebbe conosciuto ulteriore violenza. Il medico di famiglia visitandola commentò: "Povero Elia (il marito), come farà con una sola tetta?". Lei, mia madre, che era sempre stata forte come una roccia, non riuscì a superare la violenza di quell'intervento.

Anch'io come lei non mi sento più come prima.

E pensare che forse... se questa medicina non fosse così violenta... se questi medici fossero al servizio della persona anziché dell'istituzione e della carriera... se il mio lavoro avesse rappresentato un potere nel confrontarmi con loro, ma già, le professioni di servizio secondario nelle istituzioni contano poco...forse io avrei ancora il mio utero e le mie ovaie. E quante altre donne?

Desidero con l'occasione far presente una diffusa esigenza cioè quella avvertita da parte di molte pazienti di avere non solo un'informazione scritta per sapere prima dell'intervento "cosa ti fanno" (esigenza solo molto parzialmente risolta con il modulo del cosiddetto "consenso informato" che notoriamente risulta un buon strumento di difesa giuridica per i medici i quali si sentono così autorizzati a dover parlare anche meno coi pazienti), ma di avere, al momento della dimissione ospedaliera, una completa informazione scritta anche sulle risorse e sui servizi pubblici e privati che possono essere utilizzati in relazione alle necessità e conseguenze derivanti in modo certo o probabile dall'intervento stesso.

Gina Piccin Dugo, poetessa.

E FU LACERAZIONE DI SPERANZA

Io, che all'incanto e alla dolcezza
della maternità
avrei versato fiumi di tenerezza,
subii la violenza del rifiuto.
Mai la mia pianta giovane,
resa sterile da impietose cesoie,
avrebbe dato il suo fiore.
Mai dal mio pozzo profondo
avrei attinto l'acqua della vita.
La carne gridò la sua mutilazione,
piegò il cuore sul naufragio delle attese
e le mani vuote si strinsero convulsamente
fino a lacerare la speranza.
Fascio le mie ferite
col sorriso dei bimbi d'altre madri
ma amara è la mia consolazione.
Il sentiero della solitudine a due
ha un percorso di coraggio. E penoso
è l'abbraccio della croce comune.
Ritrovammo
io e il padre dei miei figli non nati
la musica dimenticata.
E fu nuovo il canto.
Ma la voce ha i toni sommessi, profondi
del pianto accumulato.

E manca sempre un coro di voci bianche
al nostro piccolo concerto...

Poesia inviata dall'autrice quale segno di partecipazione al convegno e pubblicata nel volume della stessa *Ridatemi l'infanzia*, Rebellato editore, 1984.

Piera, 59 anni, casalinga, Padova (ha fornito copia della sua documentazione clinica e degli esami effettuati).

A 47 anni mi fu riscontrata una fibromatosi uterina che non mi causava disturbi di rilievo ma il ginecologo mi disse che sarebbe stato necessario togliere tutto al più presto rilevando che alla mia età l'utero non mi serviva più. Io non ero molto convinta che il mio apparato genitale fosse proprio così inutile e lasciai passare qualche anno. Pur non avendo particolari problemi ad ogni visita di controllo ero sollecitata a prendere una decisione "prima che fosse troppo tardi". Ma in realtà non avevo nulla di "maligno" né di grave in alcun senso. Mi spiegarono che avrebbero fatto un piccolo taglio orizzontale, pressoché invisibile, lungo la linea del pube, e fu così che alla fine presi la decisione di farmi operare, cosa che avvenne in una struttura pubblica della città in cui vivo. Quando mi svegliai scoprii di avere un orrendo taglio verticale, dall'ombelico al pube, malamente suturato, che mi deturpava l'addome. Da quel momento mio marito non volle più avere rapporti sessuali con me, non riuscì mai a superare il trauma della menomazione che avevo subito e mi lasciò. Così, in un solo momento, mi trovai privata dei miei organi genitali, deturpata nel fisico, psicologicamente distrutta e senza marito. Quell'operazione, fotografata dalla cicatrice, mi ha impedito in seguito di costruire un rapporto con un altro uomo. A volte ho pensato di ricorrere alla chirurgia plastica ma, rimasta sola, non ho abbastanza denaro e ho anche il terrore di incorrere in nuovi rischi e nuova sofferenza.

Loredana Callegaro, 50 anni, casalinga, Padova.

Da 19 anni sono in menopausa chirurgica. Nel 1970, all'età di 22 anni, a causa di dolori fortissimi provocatimi da una cisti all'ovaio destro fui ricoverata e operata urgentemente in un ospedale della provincia di Padova. Effettivamente in quel caso l'operazione doveva essere fatta subito e non si poteva salvare l'ovaio. A 32 anni un'altra cisti colpì l'ovaio sinistro. A causa dei dolori, sebbene non così forti come la prima volta, venni ricoverata per accertamenti. Fu deciso l'intervento e mi asportarono il secondo ovaio. A differenza della prima volta l'asportazione totale dell'ovaio non era necessaria perché tutti i medici in seguito interpellati a causa dei fortissimi danni subiti hanno ritenuto che sia stata "una follia". In questi anni ho molto sofferto per la mia situazione fisica e psicologica. Comunque il ginecologo da cui sono andata per sette anni dopo il secondo intervento, pur reputato piuttosto bravo ed umano, non mi prescrisse alcuna terapia sostitutiva, diceva che mi era venuta la mania delle vampate di calore e non sapeva cosa fare per i miei stati di ansia e depressione.

Fondamentalmente non mi credeva o minimizzava ributtando su di me il compito di risolvere questi problemi come se fosse solo questione di buona volontà. Il chirurgo che mi aveva operata poi sapeva solo dirmi in modo piuttosto sprezzante che cosa volevo, dovevo capire che ormai ero andata in menopausa. Sposata e con un figlio, avevo enormi difficoltà a continuare la mia vita sessuale a causa della secchezza vaginale con frequenti infezioni e ulcerazioni. Per cui il mio matrimonio andò a rotoli. Dopo sette anni mi ritrovai con un'osteoporosi grave, mi mancava il 32% di calcio, e il ginecologo, anziché prescrivermi cure per ovviare a questa carenza, continuava a darmi la pillola anticoncezionale. A 8 anni dal secondo intervento non riuscivo più a camminare. Fu a questo punto che incontrai un medico, non ginecologo, che prese a cuore il mio caso e cominciò a curarmi. Dei ginecologi non ne voglio più

sapere. Per quella che è stata la mia esperienza non sanno niente. Oggi sono in contatto con il Centro Menopausa di Padova e mi trovo bene. Anch'io porto sul corpo il segno di questa brutta storia, una lunga cicatrice malamente suturata che mi attraversa il ventre. E quando vado al mare mi chiedo per quante donne il costume intero è come per me la scelta obbligata per coprire inutili quanto frequenti deturpazioni del loro corpo e non vedere il segno dell'abuso subito.

Dopo un anno...

di *Mariarosa Dalla Costa*

Piccolo nato da donna anche questo libro cresce, soprattutto nella consapevolezza e nella comunicazione che crea fra le donne e fra medici di buona volontà. La frequenza dell'isterectomia negli anni '90 in Italia è ancor più alta di quanto comunicato dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia. I dati fornitimi successivamente dal Ministero della Sanità registrano 68.000 isterectomie per il 1997, equivalenti all'aspettativa di subire quest'intervento per una donna su 5, di contro alle 38.000 del 1994. Le 40.000 isterectomie all'anno denunciate dalla Sigo con il comunicato del 1997 rappresentavano quindi dati più vicini a quelli del 1994. Sia la frequenza di quest'operazione, documentata dalle cifre, sia la sua notevolissima crescita (pur mettendo in conto che probabilmente, nel 1994, non tutti gli ospedali avevano comunicato alle regioni entro i termini prescritti gli interventi effettuati) dischiudono uno scenario di vero allarme sociale. Infatti, se l'essere in difetto è l'unico possibile vizio di questi dati, ciò vuol dire che la realtà di ieri e forse di oggi, può essere ancora più mostruosa. Anche per il Veneto, un ulteriore aggiornamento dei dati con le comunicazioni tardive da parte di alcuni ospedali fa salire il numero di isterectomie per l'anno 1996 da 6.685, come già riportato nel testo, a 6.977. Non vi è giustificazione per un'incidenza così alta di quest'intervento e tanto meno per la sua vistosa crescita. Questo contrasta, come dicevamo sopra, sia con la tendenza alla diminuzione verificatasi negli altri paesi avanzati

a partire dagli anni '70 sia con l'avanzamento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche nonché con la disponibilità, esistente da anni in diverse strutture ospedaliere in Italia, di una chirurgia mininvasiva che permette interventi mirati in un approccio conservativo anziché demolitorio dell'apparato genitale femminile. Ma spesso, ricordiamo, non è necessario alcun intervento chirurgico.

Nella vicina Francia i dati attualmente forniti dal Credoc (Centre de reinsegnement et de documentation) del Ministère de la Santé registrano un'aspettativa di subire questo intervento per una donna su 20 a livello nazionale e per una su 25 a Parigi e regione (in totale 12 milioni di abitanti). Il confronto con i dati parigini fa apparire infondato circa l'80 per cento delle isterectomie eseguite in Italia. Per di più anche in Francia la tendenza è alla diminuzione.

Altre storie mi giungono tra le mani. Basta tenerle aperte e le storie, le testimonianze di assurde isterectomie e ovariectomie con il loro portato di pesante danno e inutile sofferenza giungono con una continuità e frequenza ossessionanti. La parente, la vicina di casa, la donna appena incontrata che ha letto il libro e si ritrova in quelle conseguenze descritte come frequente portato dell'intervento ma che non aveva mai esplicitato fino in fondo. Non sapeva che quelle stesse conseguenze si erano verificate per molte altre e che forse era possibile fare qualcosa di meglio che rassegnarsi, oppure si era scontrata con un atteggiamento medico che minimizzava o addirittura non riconosceva ciò di cui parlava e la necessità di curarlo. Certamente mi sento più confortata quando mi avvicina il figlio o la figlia di una donna cui l'intervento è stato proposto e mi dice che ha invitato la madre a leggere questo libro, a prendere più informazioni, a sottoporre a verifica la proposta non accettando passivamente l'operazione. Raccogliere ulteriori testimonianze non richiede una particolare ricerca. Esse purtroppo sono continuamente attorno a me e raccoglierle è come raccogliere le margheritine in un prato a primavera. Ma ognuna ha comunque qualcosa di unico per cui mi resta la voglia di pubblicarle tutte. E forse un giorno lo farò. Ognuna è unica in

quanto storia di un pezzo di vita e di come questa vita è stata cambiata da quell'operazione. Qui ho deciso comunque di renderne conosciute ancora due, quella di Piera e quella di Loredana Callegaro che ho accostato alle testimonianze già raccolte per la prima edizione. La testimonianza di Piera era stata affidata ad un'altra donna perché venisse letta al convegno di Venezia del 22 gennaio 1999 ma poi è mancato lo spazio data la numerosità degli interventi.

Purtroppo questa pratica scellerata per cui senza necessità si tolgono ad una donna utero e ovaie continua. Gli stessi precedenti storici passati e recenti delle varie forme di mutilazioni genitali femminili nella civiltà/medicina occidentale mi si sono rivelati in questi ultimi mesi più estesi di quanto conoscevo. Dall'inizio dell'Ottocento agli anni '60 di questo secolo negli ospedali psichiatrici (ma vi sono stati casi anche in ospedali non psichiatrici) in Europa, Italia compresa, e negli Stati Uniti, si è praticata la clitoridectomia con motivazioni mediche destituite di ogni fondamento, essenzialmente come forma punitiva della donna e della sua sessualità. Sono grata al dottor Angelo Righetti del Dipartimento di Salute mentale di Palmanova (Udine) che me ne ha informata sottoponendo anche alla mia attenzione il libro *La ragione del più forte* di Bernard de Fréminville pubblicato da Feltrinelli nel 1979. Quanto alla forma contemporanea e diffusa di mutilazione genitale femminile, e cioè l'isterectomia abusata, nel tentativo che sto in vari modi conducendo per cercare di fermarla, ho incontrato altri operatori della Sanità che si sono posti il problema di denunciare tale eccesso, le sue strane varianti e di rendere più avvertite le donne. Tra questi il dottor Gianfranco Domenighetti, direttore dei Servizi Sanitari del Canton Ticino nonché docente di Economia alle Università di Losanna e Ginevra, che con altri (Domenighetti *et al.* 1988) ha pubblicato su *The Lancet* gli esiti di una ricerca nel suddetto Cantone condotta tra il 1977 e il 1986. Ne risultava che, a seguito di una buona campagna di informazione, il tasso di tali interventi nella suddetta area era diminuito a differenza di altri Cantoni in cui la campagna informativa non si era attuata e dove nello stesso periodo vi

era stato invece un incremento. La diminuzione inoltre era più rilevante negli ospedali senza attività didattica rispetto a quelli in cui si svolgeva tale attività. Emergeva che diffondere tra la popolazione attraverso i media l'informazione sui tassi regionali di incidenza di tale intervento e su quando era necessario, poteva cambiare la prassi medica. Nello stesso numero della rivista (p. 1417) questo autore, con l'economista Antoine Casabianca, riferisce degli esiti di altri studi da loro condotti da cui risulta che le donne medico e le mogli degli avvocati sono meno isterectomizzate delle altre, che quelle più colpite sono le donne con la più alta assicurazione e il più basso livello di scolarizzazione, che le ginecologhe effettuano in media circa il 50 per cento in meno di isterectomie rispetto ai ginecologi. In base agli esiti delle ricerche complessivamente condotte questi studiosi concludono che non sembra più escludibile l'assunto per cui "i ginecologi sfruttano le donne per guadagno personale o anche ricavano un qualche nascosto piacere da tale intervento". Nel caso italiano, oltre a riflettere su eventuali aspetti nascosti della psiche maschile e su guadagni privati, dovremmo chiederci quanto alcuni meccanismi del sistema sanitario possano incentivare interventi non necessari o più demolitori del dovuto e quanto, come già segnalato dagli avvocati delle pazienti statunitensi, possa interferire anche l'interesse professionale e, aggiungiamo, didattico.

La segnalazione degli articoli di Gianfranco Domenighetti a sua volta mi è giunta, assieme ad altro materiale di rilievo che sto considerando per futuri lavori, dal ginecologo Roberto Fraioli, esponente di Andria, coordinamento nazionale dei ginecologi/ghe e delle ostetriche/ci e presidente del Centro studi per una nascita naturale nonché membro della redazione di *Istar, rivista multidisciplinare sulla nascita* prodotta dal Centro stesso. Altro materiale mi è giunto dalla giornalista Antonella Barina ideatrice e direttrice della rivista. Mi è piaciuto che in questi rapporti che si vanno creando attorno al diritto di esistere e di essere rispettato di un utero che si ammala o che semplicemente ha qualche acciacco portato dall'età o da cause troppo poco indagate, questo reincontrasse anche le reti di

donne e uomini che si erano tessute attorno al rispetto della sua funzione generatrice, al rispetto della naturalità della nascita. Altri medici, donne e uomini attivi nella ginecologia o in altri settori che si confrontano poi con le conseguenze delle isterectomie e ovariectomie abusate, hanno preso contatto con me, mi stanno validamente aiutando sottoponendomi all'attenzione cose e situazioni buone e cattive, collegando il loro sforzo al mio. Il professor Mario Trivellato, responsabile del servizio di cardiologia all'Ospedale Geriatrico di Padova, è qui anche ideatore e responsabile del "Percorso benessere donna", sistema che, utilizzando in modo mirato strutture e tecnologie già presenti in Ospedale, mette a disposizione in tempi molto brevi un iter diagnostico-terapeutico per le donne in menopausa e post-menopausa. Da profondo conoscitore della problematica mi ha ulteriormente sottolineato l'estrema crucialità dell'apporto ormonale delle ovaie, e quindi l'importanza di mantenerle, sotto una poliedricità di aspetti. Anzitutto per il buon funzionamento del cuore poiché il rischio di contrarre determinate malattie cardiovascolari in questi anni è notevolmente aumentato per le donne in menopausa tanto da divenire la prima causa di morte per le donne in post-menopausa. È anche vero, pensavo, che in questi anni in Italia sono aumentate moltissimo le isterectomie con probabili ovariectomie. Mi è venuto spontaneo di chiedergli di separare nelle sue ricerche i dati relativi alle donne che hanno subito una menopausa chirurgica o farmacologica da quelli relativi alle altre. Infatti dalla letteratura che avevo consultato risulterebbero avere un ruolo fondamentale non solo le ovaie (che nella menopausa chirurgica vengono asportate azzerando in un istante il loro apporto ormonale destinato a durare fino alla menopausa fisiologica e oltre, e che nella menopausa farmacologica vengono praticamente distrutte con analoghi effetti) ma anche l'utero con la sua produzione di prostaciclina di cui dicevo sopra. Sottoponevo alla sua attenzione e verifica questi elementi poiché, in un momento in cui tanto si discute di terapie sostitutive, a maggior ragione credo vi debba essere da parte dei medici stessi un invito alla massima salvaguardia dell'apparato genitale

femminile per le "terapie naturali" che già rappresenta. Il professor Rodolfo Scarpa, primario di geriatria agli ospedali di Chioggia (Venezia) e Piove di Sacco (Padova) nonché presidente per il Triveneto della Società italiana di geriatria e gerontologia, ha posto alla mia attenzione alcune problematiche riguardo alle donne in età avanzata e a diverse implicazioni di questo intervento anche in rapporto ai diversi contesti sociali in cui la donna vive. Il dottor Giovanni Degani, ostetrico ginecologo a Padova, oggi in pensione dopo aver condotto il suo compito con straordinaria umanità e professionalità mai giudizialmente contestata da alcuna paziente, già segretario dell'Ordine dei medici, mi ha sempre fatto sentire la sua vicinanza. A lui e a sua moglie Marialuisa, recentemente scomparsa, che avrebbe amato discutere ancora con me di alcuni aspetti di questo problema, va la mia gratitudine. A tutti quelli che mi hanno in modi diversi aiutata va la mia riconoscenza per aver contribuito a far procedere questa questione che non è ancora dibattuta con l'ampiezza dovuta e rischia per alcuni versi di aggravarsi.

Infatti, attraverso questi mesi, la mia "impressione" che le terapie sostitutive fossero divenute in alcune male prassi ragione in più per effettuare isterctomie e ovariectomie non giustificate, e per di più già dai 40 anni, trova riscontro nella formulazione molto discutibile di alcuni "moduli di consenso informato" sottoposti alle pazienti in determinati ospedali e di cui conservo copia. E trova riscontro anche in quei casi dove, come ho potuto constatare, ad una donna "vicina alla menopausa", con un fibroma di dimensioni contenute e senza alcun disturbo, si prescrive una terapia sostitutiva iniziando subito con un cerotto ad alto dosaggio di estrogeni e, alla prevedibile conseguenza dell'ingrossarsi del fibroma, si propone l'isterectomia con ovariectomia "così potrà continuare a portare i cerotti". È d'obbligo, in situazioni come queste, più che all'ignoranza, pensare ad eventuali sollecitazioni di case farmaceutiche. Hanno preso contatto con me la dottoressa Fiorella Gazzetta e il dottor Filippo Bianchetti, ambedue medici di famiglia di Varese, lieti che fosse stato sollevato il problema dell'abuso

dell'isterectomia e del rischio di eccessi e usi distorti delle terapie sostitutive. Erano temi su cui anch'essi nell'esercizio della loro professione erano da tempo impegnati. Il dottor Filippo Bianchetti, di fronte ad una situazione che definiva interrogativamente di "istero-annessiectomia epidemica?" decideva nell'agosto 1997 di esporre nella sala d'attesa del suo ambulatorio, consegnandone anche copia direttamente alle pazienti, una "lettera ad una climaterica" in cui tratteggiava la situazione tipo in cui una donna poteva trovarsi con buona probabilità vedendosi proporre, senza alternative, l'asportazione di utero e ovaie per le consuete patologie uterine. In tale lettera indicava una graduatoria di soluzioni possibili da anteporre a soluzioni più drastiche. Metteva così a conoscenza la paziente delle alternative invitandola a discutere il suo caso con lui in quanto medico di famiglia oltre che con il ginecologo in quanto specialista. Di questa lettera aperta ho apprezzato lo spirito di responsabilità nell'esercitare i compiti del medico di base come tutela complessiva della salute del cittadino senza demandare tutto agli specialisti e ponendosi il problema di una verifica del loro operato visto che la salute della paziente è prima di tutto nelle mani del medico di base. Mi è parso molto importante che si esplicitassero informazioni riguardo alla fisiologia del corpo che non tutte le donne hanno. Come ad esempio il fatto che mantenere le ovaie anche nel caso in cui fosse necessario togliere l'utero permette di mantenere la possibilità di una menopausa fisiologica. E ancora ho apprezzato il senso di responsabilità manifestato col dire a chiare lettere che quella dell'operazione è la scelta più pericolosa per i rischi dell'operazione e dell'anestesia, col dichiarare che non vi è alcuna evidenza che sia utile togliere ovaie sane e che quindi in tal caso lui come medico escluderebbe di toglierle. Ho deciso quindi di riportare integralmente nel testo questa "Lettera ad una climaterica" perché servirà come primo livello informativo a molte donne anche fuori di Varese e forse, come esempio di condotta impegnata e responsabile, anche ad altri medici di famiglia più frettolosi e disinteressati rispetto al benessere delle loro e dei loro pazienti.

La dottoressa Fiorella Gazzetta invece, venuta a conoscenza dell'esistenza di questo libro, ha inviato una lettera ad un giornale. Ma vi erano in questi mesi tante cose che occupavano tutta l'attenzione dei media, anzitutto la guerra nei Balcani, per cui non crede sia stata pubblicata. Quanto dice mi pare molto importante e apprezzo moltissimo, considerandolo anch'esso un grande esempio, che una donna medico di base abbia avuto la determinazione di denunciare pubblicamente una realtà così pesante per cercare di sottrarre le donne ad un infausto destino di gratuite mutilazioni. Per cui ho deciso di ospitare nel testo anche la sua lettera.

Durante l'anno trascorso dall'uscita di questo libro che testimoniava i lavori del primo convegno sull'argomento a Padova, sono state presentate, sul problema che esso sollevava, da parte del consigliere verde Michele Boato, un'interpellanza al Consiglio regionale del Veneto, visto che questa regione ha un'incidenza di isterectomie ancor maggiore della già elevatissima media nazionale, e, da parte del deputato Valpiana del gruppo misto alla Camera, un'interrogazione parlamentare. Si sono tenuti altri due convegni cui ha partecipato un pubblico variegato di donne, uomini in qualche modo toccati dal problema, esponenti molto qualificati ai vari livelli della Sanità, dei diritti umani, delle scienze sociali, dell'impegno e del volontariato nel territorio. Il primo convegno, "Isterectomia e diritto della donna all'integrità del proprio corpo" si è svolto a Venezia, Palazzo Labia, il 22 gennaio 1999[1]. Il secondo, "L'abuso

1. Organizzato dal Centro di studi e formazione sui diritti della persona e dei popoli, dalla Scuola di specializzazione in istituzioni e tecniche di tutela dei Diritti Umani (Sdu), dal Master europeo in diritti umani e democratizzazione (Medud), tutti della Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Padova, il convegno ha visto la presenza di figure autorevoli in campo medico, psicologico, epidemiologico, giuridico, dei diritti umani, dell'organizzazione nazionale della Sanità, dell'amministrazione regionale. Hanno portato il loro saluto Gilberto Muraro vicepresidente del Consiglio superiore della Sanità, Amalia Sartori presidente del Consiglio regionale del Veneto, Maria Trentin presidente della commissione regionale Pari Opportunità. Hanno relazionato: Antonio Papisca ordinario di Relazioni Internazionali all'Università di Padova e

dell'isterectomia: violenza alla donna e danno alla salute. Conoscere le alternative possibili e realtà diverse"[2] ha avuto luo-

Direttore della Scuola di specializzazione (Sdu) che ha analizzato le implicazioni dell'abuso dell'isterectomia in base alle carte internazionali dei diritti umani; Bruno Paccagnella ordinario fuori ruolo di Medicina di Comunità all'Università di Padova che ha comparato il fenomeno con fenomeni analoghi che hanno riguardato altri interventi chirurgici; Eleonora Capovilla, psicologa e psicoterapeuta presso la Divisione di Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Padova nonché coordinatrice regionale della Società italiana di psiconcologia, che ha analizzato le problematiche dell'isterectomia in un quadro di patologia oncologica; l'aspetto medico del problema, le sue ricadute e le alternative possibili sono state approfondite da Daria Minucci docente di Ginecologia oncologica e primario del Servizio autonomo di Oncologia ospedaliera dell'Università di Padova, da Riccardo Samaritani assistente di ginecologia all'Ospedale S. Carlo di Nancy a Roma, da Lucio Massacesi presidente dell'Associazione ginecologi ostetrici ospedalieri italiani, già membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia. La scrivente ha delineato il problema. La giornalista Milva Andriolli ha coordinato i lavori. Hanno dato il loro patrocinio la Regione Veneto, il Consiglio regionale del Veneto e il Comune di Venezia. Ha dato la sua adesione la Commissione regionale pari opportunità. Ha inviato un telegramma di sostegno all'iniziativa, dichiarandosi spiacente di non poter essere presente a causa di inderogabili impegni, il Ministro per la Solidarietà Sociale Livia Turco.

2. Il convegno è stato organizzato dalla Facoltà di Sociologia dell'Università di Roma. Ha portato i saluti da parte della Facoltà Enzo Campelli, ordinario di Metodologia delle scienze sociali commemorando Gianni Statera ordinario di Sociologia e preside della Facoltà improvvisamente scomparso che aveva prontamente colto l'importanza del problema e acconsentito a dare ospitalità al convegno che ne doveva dibattere. Ha introdotto e coordinato i lavori Gaetano Congi docente di Sociologia dello sviluppo presso la stessa Facoltà. Il problema medico e le alternative mediche e chirurgiche sono state illustrate dal dottor Riccardo Samaritani, assistente di ginecologia all'Ospedale S. Carlo di Nancy a Roma, mentre dalla dottoressa Dominique de Clery, ginecologa, endocrinologa, gerontologa, docente di endocrinologia all'Università di Paris VI è stato illustrato l'approccio più conservativo vigente in Francia. La dottoressa Giuliana Mareglia, psicologa presso il Consultorio familiare di Monterotondo, Roma, Usl Rmg, ha analizzato i possibili esiti dell'intervento di isterectomia sulla psiche della donna e della

go il 7 maggio dello stesso anno a Roma al Centro congressi della Facoltà di Sociologia. Proprio da questi convegni è emersa la possibilità di offrire alle donne una conoscenza dettagliata e ragionata di soluzioni diverse da quelle demolitorie per le varie patologie dell'apparato genitale femminile per cui ho ritenuto molto importante accostare a quelli già raccolti un altro saggio di carattere medico che illustrasse tali alternative. Credo dipenda soprattutto dalle donne cui per prime questo libro è dedicato attuare questo grande risveglio prendendo coscienza della vastità dell'abuso subito, non avendo alcuna indulgenza per subirlo ancora, reimpadronendosi di un sapere medico che, di fronte a proposte di mutilazioni non giustificabili, le metta in grado di riconoscerne l'infondatezza, di rifiutarle e di chiederne conto, magari riesumando, con giusto risentimento, la frase un po' fuori moda "Ma come si permette?".

Riferimenti bibliografici

Domenighetti G. *et al.* (1988), "Effect of Information campaign by the mass media on hysterectomy rates", in *The Lancet*, December 24/31.

Domenighetti G., Casabianca A. (1988), "Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives", in *The Lancet*, December 24/31.

Istar, rivista multidisciplinare sulla nascita, uscita dal 1988 al 1994, pubblicata a Padova dal Centro studi per una nascita naturale con sede a Mestre.

Bernard de Fréminville (1979), *La ragione del più forte*, Feltrinelli, Milano.

coppia. La scrivente ha tratteggiato alcune problematiche sul piano medico e giuridico. Hanno concesso il loro patrocinio il Ministero della Sanità, il Ministero delle Pari Opportunità e il Ministero per la Solidarietà Sociale. Ha dato la sua adesione e cooperato all'organizzazione l'Avo (Associazione volontari ospedalieri) di Roma. Dichiarandosi spiacente di non poter partecipare al dibattito per inderogabili impegni ha inviato un telegramma augurando pieno successo all'iniziativa il Ministro della Sanità Rosy Bindi.

Lettera aperta

Questa lettera è stata inviata ad un giornale dalla dottoressa Fiorella Gazzetta medico di famiglia di Varese, lieta che, con l'uscita di questo testo, il problema dell'abuso dell'isterectomia venisse sollevato.

"... Da tempo mi trovo impegnata a contrastare, contestare e ridimensionare l'Atteggiamento dominante di colleghi che alle mie assistite propongono isterectomie e annessiectomie (con tanto 'di modulo istruttivo di consenso informato' illustrante i benefici dell'annessiectomia in vista di un successivo trattamento con terapia estrogenica sostitutiva!). Sono medico di famiglia, lavoro come medico di Medicina generale e mi occupo di 'ginecologia di base', così la chiamo io. Ho lavorato come interna in Ginecologia gratuitamente per anni fino a quando ho deciso che non mi interessava, anzi mi spaventava, lasciarmi integrare e omologare dall'ambiente ospedaliero, e che avrei potuto dare il meglio (si fa per dire) di me lavorando sul territorio, a contatto diretto con i problemi 'di base', con la prevenzione e, soprattutto, con i problemi quotidiani, l'educazione e l'informazione sanitaria delle persone.

Ho visto troppe volte donne che ora hanno 50-60 anni e sono senza utero da 15-20 anni, spesso anche senza ovaie, vedo troppo spesso indicazioni chirurgiche all'annessiectomia per donne dai 40 ai 50 anni, senza che vi sia una reale necessità di ricorrere a un intervento così radicale.

Le motivazioni all'intervento chirurgico sono così impersonali, 'maschili' e 'poco salutari' da scandalizzarmi ogni volta (anche se ormai non ci si scandalizza più per nulla) e mi ritrovo a vivere come un abuso su me stessa l'abuso che si vuole compiere su donne condannate a trattamenti d'amputazione, fisica e psicologica. Sì, perché ogni volta che prospettiamo ad una donna l'eventualità di toglierle l'utero non le proponiamo solo di asportare un organo, ma un vissuto, un simbolo del suo essere donna. Dimenticare questo o far finta di nulla è un delitto ed è eticamente deprecabile e scorretto.

Troppe donne vivono ancora come un destino quello che diventano (e come sono) dopo tale intervento; troppe donne hanno vissuto con depressione e angoscia il 'dopo', quel dopo che le fa improvvisamente diventare 'autunnali', secondo quella deprecabile moda attuale di dipingere la menopausa, per giustificare la pressione dei 'mass media', delle case farmaceutiche e di molti ambienti scientifici perché si usino gli estrogeni in menopausa. Vecchia, grigia, depressa, sterile, asessuata, disturbata, questa è la donna in menopausa che non assume ormoni, con la spada di Damocle sulla testa del rischio di infarto, di ictus, dell'Alzheimer, dell'osteoporosi.

Vedo tante belle donne sessantenni ed ottantenni integre, contente, soddisfatte del loro essere donne anche senza aver preso ormoni.

Dobbiamo difendere il nostro diritto alla femminilità, resistere al senso di colpa 'per non aver fatto il possibile' per prevenire gli accidenti infausti della menopausa. Dobbiamo pretendere che ci venga spiegata la nostra personale situazione in modo chiaro e completo, per poter decidere come comportarci di fronte alla proposta di trattamenti poco naturali e spesso non necessari o rimandabili e, se necessari, partecipando attivamente alla terapia consapevoli di ciò che ci accade e di ciò che verrà dopo. La vera democrazia dovrebbe essere quella che rispetta la libertà di scelta della persona consapevolmente informata sulla necessità di un trattamento sul suo corpo, degli effetti collaterali, delle conseguenze, delle eventuali alternative terapeutiche. La persona soggiogata, intimidita, resa sottomes-

sa dallo spauracchio della malattia e dal possibile ricatto familiare o sociale per rischi, tutti ancora da provare, conseguenti ad una scelta discordante da quella proposta, non è certo messa in grado di scegliere liberamente. Dimenticare questo o far finta di nulla è un delitto ed è eticamente deprecabile e scorretto. Come donna mi ribello a questi abusi, come medico me ne vergogno".

"Lettera a una climaterica"

Queste note sono state stilate dal dottor Filippo Bianchetti, medico di famiglia di Varese, ed affisse nel suo ambulatorio in considerazione dell'andamento piuttosto sostenuto degli interventi di isterectomia in questa città.

Istero-annessiectomia epidemica?

Negli ultimi mesi ho assistito ad una serie di proposte di istero-annessiectomia bilaterale, per sanguinamenti da utero fibromatoso, da parte di vari ginecologi della mia città. I ginecologi non hanno mai proposto alternative, o addirittura si sono innervositi se rimandavo le pazienti per chiarimenti. Proprio tale suscettibilità mi ha insospettito, facendomi ricordare di aver letto di grandi differenze fra nazioni riguardo ai tassi di isterectomie.

Che mi trovi di fronte a una moda?

Ho pensato di scrivere la seguente "Lettera a una climaterica" (Don Milani perdonami) da esporre in sala d'attesa o da consegnare alle interessate quando fosse opportuno. Il "caso" è un mixing di 5/6 casi reali, e la signora in indirizzo è naturalmente un'astrazione:

Cara signora Sanguinetti,

vorrei fare il punto della situazione, per poi esporle ciò che penso del suo caso, nella speranza che ciò possa esserle utile per decidere cosa fare: togliere l'utero o cercare di salvarlo?

La situazione:
da molti mesi lei ha flussi abbondanti, irregolari e ravvicinati, per cui si è leggermente anemizzata (tre mesi fa l'emoglobina era 11; il valore minimo è 12). A 48 anni, in epoca di irregolarità ormonali pre-menopausali, e con un utero ingrossato (anche se non così tanto: cm 10×6×7) perché diffusamente fibromatoso, questo quadro è molto comune.

Le ovaie, all'ecografia transvaginale recente appaiono sane, e non c'è prolasso né disturbo alla minzione.

Lei in generale è sana e non ha particolari fattori di rischio per la salute, anche se ultimamente è molto stanca e un po' depressa per i motivi che sappiamo. È chiaro che, continuando questi flussi esagerati, si anemizzerà sempre più, indebolendosi ancora. La cura quindi deve essere volta a compensare le perdite di sangue, insistendo *continuativamente* con la assunzione di ferro per bocca che già le consigliai, ma soprattutto ad impedire sanguinamenti eccessivi.

A tal fine il ginecologo le ha subito consigliato di asportare chirurgicamente, tramite un'operazione per via addominale, sia l'utero che le ovaie (come lei mi riferisce, anche le ovaie pur se sane: "già che ci siamo tanto non servono più, e poi così evitiamo futuri tumori").

Il mio punto di vista:
oltre a continuare comunque la cura con ferro, ed a controllare l'esame del sangue (emocromo) ogni tre mesi circa, penso che sarebbe bene seguire una strategia di cura graduale, dalle terapie più semplici a quelle più decise (ed anche più rischiose, ma solo se sarà il caso).

Infatti la menopausa potrebbe essere vicina, e con essa il problema scomparirebbe per quiete ormonale e riduzione spontanea della fibromatosi.

Per questo può aver senso temporeggiare.

Ecco un'ipotetica graduatoria di cure, che si potrebbe discutere mano a mano:

1) cura con soli ormoni progestinici: una compressa da prendere per soli 10 giorni al mese, dal 16° al 25° giorno del ciclo; non dà particolari disturbi, e può regolare i flussi;

2) cura con ormoni estrogeni e progestinici: una vera e propria "pillola", a bassissimo dosaggio di estrogeni, da prendere per 21 giorni su 28. Può essere anche più efficace del solo progestinico, ed ha effetto contraccettivo;
3) cura con inibitori delle "gonadotropine": una iniezione al mese per tre mesi. Manda temporaneamente in menopausa, e fa rimpicciolire l'utero; può dare disturbi climaterici, ed è costosa;
4) "ablazione" dell'endometrio: con una sonda a microonde introdotta nell'utero si distrugge stabilmente la mucosa che lo riveste, bloccando i sanguinamenti;
5) asportazione dell'utero: tramite un intervento tipo cesareo, ma anche per via vaginale se l'utero si sarà rimpicciolito con altre cure. È l'unica scelta veramente definitiva, ma ovviamente anche la più pericolosa, per i rischi dell'operazione e dell'anestesia. Togliendo solo l'utero le ovaie continuano a funzionare e la menopausa poi arriva – silenziosa – nello stesso momento in cui sarebbe comunque giunta. Togliendo invece anche le ovaie, si è subito in menopausa; per di più non vi sono prove che l'asportazione "precauzionale" di organi sani sia utile, anzi (escluderei quindi questa ipotesi).

Conoscendo queste informazioni, ancora piuttosto generiche, ora credo possa valutare meglio che strada scegliere, discutendo ancora *il suo caso* con me, suo medico curante, e col ginecologo che ha il delicato compito di seguirla sul piano specialistico.

Il suo medico di famiglia

Notizie sugli autori

Mariarosa Dalla Costa è docente di Sociologia Politica alla Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Padova e di Storia della promozione della condizione della donna presso la Scuola di Specializzazione in istituzioni e tecniche di tutela dei diritti umani e presso l'European Master's Degree in Human Rights and Democratization della stessa Università. Nota esponente del movimento femminista a livello internazionale, dagli inizi degli anni Settanta ha dedicato il suo impegno teorico e pratico ai problemi concernenti la condizione della donna all'interno di una lettura sempre aggiornata dello sviluppo capitalistico. Negli anni più recenti ha enucleato alcune problematiche riguardo alla riproduzione umana nell'intreccio delle politiche che investono la terra e il corpo fisico e sociale. In tale prospettiva ha sollevato e qui discusso la questione dell'isterectomia. Tra le sue opere più note *Famiglia welfare e Stato tra Progressismo e New Deal* (FrancoAngeli, Milano, 1983, 3a ed. 1997). Una raccolta di suoi scritti è stata pubblicata in giapponese col titolo *Kajirodo ni Chingin-o Feminizumu no Aratana Tenbo* (Impact Shuppankai, Tokyo, 1986, 2a ed. 1990). Ha curato con Giovanna F. Dalla Costa *Donne e politiche del debito. Condizione e lavoro femminile nella crisi del debito internazionale* (FrancoAngeli, Milano, 1993, 2a ed. 1995) (trad. inglese *Paying the Price*, Zed Books, London, 1995) (trad. giapponese *Yakusokusareta hatten?*, Impact Shuppankai, Tokyo, 1995) e ancora ha curato con la stessa autrice *Donne, sviluppo e lavoro di riproduzione. Questioni delle lotte e dei movimenti* (FrancoAngeli, Milano, 1996) (trad. inglese *Women Development and Labor of Reproduction. Struggles and Movements*, Africa World Press, Lawrenceville, N.J., Usa, 1999).

Giuseppe Perillo, magistrato, svolge attualmente le funzioni di Consigliere presso la Corte d'Appello di Venezia. Nel corso della carriera ha trattato, fra l'altro, in modo specifico le controversie relative alla responsabilità civile derivante dall'esercizio delle professioni intellettuali, ivi incluse quelle sanitarie. Ha approfondito lo studio di vari temi, confluito, in particolare, nelle seguenti pubblicazioni: "La centralità delle norme", in *Si, Rivista di studi sociali del Veneto*, Anno 4°, n. 14, 1992; "Aspetti applicativi delle norme introdotte dalla L. 26.6.1990, n. 162 sulle tossicodipendenze. Alcuni punti essenziali" in *Si, Rivista di studi sociali del Veneto*, Anno 3°, n. 11, 1991; "La responsabilità dei dirigenti degli Enti locali" in *Ente locale e società*, 1988; "Le linee generali del sistema sanzionatorio penale ed urbanistico-edilizio, contenute nella L. 28.2.1985, n. 87" *in Ente locale e società*, 1986; "Considerazioni generali sul ruolo della logica nel diritto" in *Verifiche*, 1983; *La decisione secondo equità* in *Scritti in memoria di Patrizia de' Mozzi*, ed. Cleup, 2 voll., 1993, 1995.

Daria Minucci è docente di Ginecologia oncologica e Primario del Servizio autonomo di Oncologia ginecologica e Citodiagnostica dell'Università di Padova. Presso la stessa Università: ha organizzato nel 1973 la prima Scuola speciale per Tecnici di Colpocitologia dedicata alla preparazione dei citotecnici per lo screening del carcinoma del collo dell'utero, Scuola che poi ha diretto, e che è confluita nel 1995 nel Diploma universitario per Tecnico di laboratorio biomedico, dove è attualmente docente; nel 1987 ha proposto l'attivazione del primo Corso di Perfezionamento in Colposcopia e Patologia cervico-vaginale e vulvare per laureati in Medicina e Chirurgia che viene svolto annualmente e di cui ha la direzione. Ha partecipato come relatore a numerosi congressi nazionali ed internazionali ed è autore di circa 180 pubblicazioni che trattano prevalentemente temi di fisiopatologia della riproduzione e di oncologia ginecologica soprattutto preventiva. È membro della Società italiana di ginecologia e ostetricia, della Società europea di oncologia ginecologica e della Società italiana di colposcopia e patologia cervicale e vulvare.

Paolo Benciolini è professore ordinario di Medicina legale presso l'Università degli studi di Padova e docente di Bioetica alla Scuola di Specializzazione in Istituzioni e tecniche di tutela dei diritti umani e presso l'European Master's Degree in Human Rights and Democratization della stessa Università. È membro del Comitato Na-

zionale per la Bioetica. Tra le sue pubblicazioni: *L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità*, (in coll. con A. Aprile), (Liviana ed., Padova, 1990); *Deontologia ed obiezione di coscienza* in *Bioetica in medicina*, a cura di A. Bompiani, (C.i.c., Roma, 1995); *Riflessioni deontologiche. Il nuovo codice di deontologia medica. I rapporti con il paziente: l'informazione*, in "Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri", Padova, vol. 38, n. 2-3, 1996; *Riflessioni deontologiche. Il nuovo codice di deontologia medica. I rapporti con il paziente: il consenso*, in "Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri", Padova, vol. 38, n. 5, 1996; *Quale verità al paziente, ovvero il consenso informato del paziente* in "Impegno ospedaliero", vol. 17, 1996; *I nuovi "problemi" nell'ospedale generale: il pensiero medico-legale* in *La psichiatria di consultazione nei trapianti d'organo e nell'Aids*, a cura di G. Rupolo, numero monografico di "Psichiatria generale, età evolutiva", vol. 34, 1997; *La medicina si interroga di fronte alla bioetica* in S. Fagiuoli (a cura di) *La questione dei trapianti tra etica, diritto, economia*, (ed. Giuffrè, Milano, 1997).

Riccardo Samaritani, medico, specialista in Ostetricia e Ginecologia, svolge la sua attività presso il Reparto di Ginecologia dell'Ospedale S. Carlo di Nancy di Roma.

Nel 1989 il suo interesse per i problemi sociosanitari nei paesi in via di sviluppo lo ha portato a trascorrere un periodo della sua vita lavorando nel reparto di ginecologia e ostetricia dell'Hopital S. Jean de Dieu di Thies in Senegal. La sua formazione ha, da sempre, indirizzato le sue scelte nell'ambito delle terapie conservative. Attualmente dedica il suo impegno alla terapia medica dei tumori ginecologici occupandosi, in particolare, di terapie palliative al fine di preservare la qualità di vita delle pazienti oncologiche croniche in evoluzione di malattia. Ha conseguito una formazione triennale presso il Centro di Psicosintesi di Roma dove, oggi, svolge attività di collaborazione. La prassi psicologica ivi acquisita, che intende l'uomo come unità bio-psico-spirituale, ha contribuito a sviluppare in lui un atteggiamento empatico rendendolo più sensibile verso le problematiche esistenziali e i coinvolgimenti psicologici causati dalla malattia oncologica. È coautore di pubblicazioni che trattano temi di chirurgia laparoscopica e di oncologia. È membro della Società italiana di ginecologia e ostetricia, della Società europea di oncologia ginecologica e della Società italiana di cure palliative.

1420. *La società,* collana diretta da Domenico De Masi

37. Corrado Barberis, *La società italiana. Classi e caste nello sviluppo economico*
58. Domenico Corradini, *Transiti. Scritti di ideologia, mitologia e politica*
59. Gavino Musio, *Antropologia e mondo moderno. Analisi del rapporto interumano e razionalizzazione dell'esperienza nelle situazioni problematiche delle culture industriali*
61. Domenico De Masi, *Dentro l'università*
70. Antonio Carbonaro, *Povertà e classi sociali*
73. Luigi M. Solivetti, *Perché la droga*
74. Ralf Dahrendorf, *La rivoluzione scientifica tecnologica*
75. Attilio Belli, *Potere e territorio nel Mezzogiorno d'Italia durante la Ricostruzione. 1943-1950*
80. Zsuzsa Hegedus, *Riforma economica e conflitto sociale. Il caso ungherese*
81. Bruno Dallago, *Passato e futuro del modello economico sovietico*
82. T. Asad, J.-L. Amselle, M. Augé, G.R. Cardona, J. Copans, F. Curti, U. Fabietti, E. Le Bris, C. Meillassoux, F. Papi, F. Picon, M. Prandi, F. Remotti, M. Vegetti, *Antropologia, filosofia, ideologia*
83. Pietro Basso, *Disoccupati e Stato. Il movimento dei disoccupati organizzati di Napoli (1975-1981)*
87. Filippo Barbano (a cura di), *Nuove tecnologie: sociologia e informazione quotidiana. Scritti di F. Barbano, G. Barbiellini Amidei, P. Coscia, C. Marletti*
88. L. Altieri, P. Faccioli, G. Gozzi, R. Grandi, U. Morelli, F. Moroni, G. Pellicciari, A. Tarozzi, *Nuove forme del potere. Stato, scienza, soggetti sociali*
92. Antonio Carbonaro, *Prospettive sociologiche nella crisi della società italiana*
93. Emilio Sarzi Amadè, *L'Indocina rimeditata*
94. L. Altieri, C. Caselli, P. Faccioli, A. Tarozzi, *Tempo di vivere. Nuove identità e paradigma giovanile dopo il 1977*
97. Gabriele Calvi, Giorgio Marbach, *Giovani laureati e qualità del lavoro. Ricerche sugli atteggiamenti nei confronti dell'occupazione e del tempo libero*
98. Silvia Federici, Leopoldina Fortunati, *Il Grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale*
99. Ada Becchi Collidà, *Napoli «miliardaria». Economia e lavoro dopo il terremoto*
100. Vincenzo Masini, *Sociologia di Sagunto*
101. Carlo Bondi, *Vita da rock. Viaggio tra i gruppi musicali giovanili di Bologna,* Ricerca promossa dal Progetto giovani del Comune di Bologna
102. Grazia Colombo, Franca Pizzini, Anita Regalia, *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*
104. Charlotte Gower Chapman, *Milocca. Un villaggio siciliano.* Edizione italiana a cura di Vito Messana
105. Lello Mazzacane, *Strutture di festa. Forme, struttura e modello delle feste religiose meridionali*
106. Maria Merelli, *Protagoniste di se stesse. Un'indagine tra le donne di Fiorano Modenese*
107. Gian Paolo Prandstraller, *La professione militare in Italia*
108. Ada Becchi Collidà (a cura di), *Passano gli anni e il nuovo non viene. Mezzogiorno, terremoto, industrializzazione*
109. Echange et Projets, *La rivoluzione del tempo scelto.* A cura di P. Vaselli
111. Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale, *La società italiana in trasformazione al traguardo del duemila*
112. Giovanni Gasparini, *Il tempo e il lavoro*
113. Ijola Maria Hornziel, *La condizione degli immigrati stranieri in Italia*
114. Carla Ravaioli, *Tempo da vendere. Tempo da usare.*
115. Antimo Farro, *Conflitti sociali e città. Napoli 1970-1980*
116. Antonio Carbonaro (a cura di), *La legittimazione del potere. Problematica del rapporto tra stato, istituzioni e società*
117. Franco Martinelli, *Roma nuova: borgate spontanee e insediamenti pubblici. Dalla marginalità alla domanda dei servizi*

118. Eva Alterman Blay, *Immigrazione europea e borghi operai a San Paolo.* Edizione italiana a cura di Franco Martinelli
119. Gian Paolo Prandstraller, *Forze sociali emergenti: quali, perché*
120. Giorgio Gasparotti, *Liberarsi col lavoro. Liberarsi dal lavoro*
121. Gian Paolo Pradstraller, *Le nuove professioni nel terziario. Ricerca sul professionalismo degli anni '80*
122. Marina Nuciari (a cura di), *Efficienza e forze armate. La ricerca sociologica sull'istituzione militare*
123. Giovanni Gasparini, *Tempo, cultura, società*
124. Antonio Farro, *La lente verde. Cultura, politica e azione collettiva ambientaliste*
125. Antonio Ghirelli, *Moro tra Nenni e Craxi. Cronaca di un dialogo tra il 1959 e il 1978*
126. Giovanna Scarpitti, Delia Zingarelli (a cura di), *Il telelavoro: teorie e applicazioni. La destrutturazione del tempo e dello spazio nel lavoro postindustriale*
127. Gian Paolo Prandstraller (a cura di), *Le libere professioni e la pubblicità*
128. Gian Paolo Prandstraller (a cura di), *Amministrare la cosa pubblica. Come assicurare efficacia e competenza: le proposte dei professionisti*
129. Graziella Mazzoli, Giovanni Boccia Artieri, *L'ambigua frontiera del virtuale. Uomini e tecnologie a confronto*
130. Giovanni Gasparini, *La dimensione sociale del tempo*
131. Gian Paolo Prandstraller, *L'universo e noi. Cosmologia ed esistenza alla fine del XX secolo*
132. Laura Bovone (a cura di), *Creare comunicazione. I nuovi intermediari di cultura a Milano*
133. Cinzia Rossi, Outplacement. *Perdita del lavoro e riorientamento della carriera*
134. Ulderico Bernardi, *La Babele possibile. Per costruire insieme una società multietnica*
135. Nicola Pasini (a cura di), *Etica e pubblica amministrazione: analisi critica di alcune esperienze straniere*
136. Ulderico Bernardi, *Del viaggiare. Turismi, culture, cucine, musei* open air
137. Chiara Giaccardi, Anna Monzato, Giorgio Simonelli, *Il paese catodico. Televisione e identità nazionale in Gran Bretagna, Italia e Svizzera Italiana*
138. Antimo Farro, *I movimenti sociali. Diversità, azione collettiva e globalizzazione della società*
139. Chiara Giaccardi, Anna Manzato, Giorgio Simonelli, *Il paese catodico. Televisione e identità nazionale in Gran Bretagna, Italia e Svizzera Italiana*
140. Pietro Basso, *Tempi moderni, orari antichi. l'orario di lavoro a fine secolo*
141. Pier Luigi Amietta, Silvia Magnani, *Dal gesto al pensiero. Il linguaggio del corpo alle frontiere della mente* (con un saggio di *Silvio Ceccato*)
142. Massimo Bonanni (a cura di), *L'ordine inutile? Gli ordini professionali in Italia*
143. Nicola Pasini (a cura di), *Le carte dei servizi. Per migliorare la qualità dei servizi pubblici*
144. Stefania Operto (a cura di), *Votare in città. Riflessioni sulle elezioni amministrative in Italia*

1420.1. Saggi

1. Vincenzo Tagliasco, Enrico Pedemonte, *Vantaggi dello sboom demografico. Lavoro, welfare, rendite*
2. Marino Livolsi, Ugo Volli (a cura di), *Il televoto. La campagna elettorale in televisione*
3. Mario Lodi, Alberto Pellai, Vera Slepoj, *Cara TV con te non ci sto più*
4. Monica Amari, *I Musei delle aziende. La cultura della tecnica tra arte e storia*
5. Mauro Magatti (a cura di), *Per la società civile. La centralità del principio sociale nelle società avanzate*
6. Giovanna Franco-Repellini, *Una casa non è una tazza. Riflessioni sullo stile e sul gusto nel quotidiano*
7. Nino Damascelli, *Le rivoluzioni della comunicazione. Tecnologie di comunicazione e strutture sociali*
8. Roberto Seghetti, *La bussola dell'informazione*
9. Girolamo Lo Verso (a cura di), *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*
10. Nadio Delai, *La società dell'inquietudine. Come diventare adulti in un paese che cambia*

11. Mariarosa Dalla Costa (a cura di), *Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne*
12. Massimo della Campa, Giorgio Galli, *La massoneria italiana. Grande Oriente: più luce. Due opinioni a confronto*
13. Adolfo Francia, Alfredo Verde, Jutta Birkhoff (a cura di), Raccontare delitti. Il ruolo della narrativa nella formazione del pensiero criminologico
14. Alfredo Macchi, *I Tg del futuro. L'informazione televisiva nell'era digitale*
15. Andrea Semprini (a cura di), *Il senso delle cose. I significati sociali e culturali degli oggetti quotidiani*
16. Serena Dinelli, *La macchina degli affetti. Cosa ci accade guardando la Tv? Dalla televisione ad altre tecnologie dell'emozione*
17. Pierenrico Andreoni, *Libertà di andare. Antropologia dell'automobilista*

ISTERECTOMIA

L'isterectomia, cioè l'asportazione chirurgica dell'utero (spesso coniugata all'asportazione delle ovaie), non costituisce intervento di poco conto e da considerarsi quasi scontato nel "percorso-vita" di una donna. Anzi è un intervento demolitorio di notevole impatto fisico e psichico sul corpo e sulla persona. Come tale andrebbe proposto con molta cautela, solo nei casi in cui la patologia sia tale da non permettere alternative meno invasive e meno demolitorie. In questo secolo vi è stata invece in vari paesi dell'occidente avanzato un'esplosione di isterectomie che non può trovare spiegazione in una corrispondente esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla. Gli Stati Uniti sono il paese leader nella tendenza ad effettuare tale operazione poiché qui l'aspettativa di subirla riguarda una donna su tre entro i 60 anni, il 40 per cento delle donne entro i 64 anni, con notevoli differenze tra regioni, tra razze e tra strati sociali imputate dagli avvocati delle pazienti a diversi training dei medici, all'interesse professionale e al profitto economico. In Italia dal '94 al '97 le isterectomie sono passate da 38.000 a 68.000 l'anno causando l'aspettativa di subire tale operazione per una donna su cinque, in alcune regioni una su quattro.

I temi delle conseguenze negative dell'isterectomia a livello fisico e psichico, delle alternative possibili, dei vizi nel rapporto medico-paziente sono qui affrontati unendo le voci di studiose e studiosi, medici, magistrati, donne pazienti e donne operatrici della sanità. Anzitutto per denunciare l'abuso che spesso avviene di questa operazione e invitare le donne a non accettarne passivamente la proposta, ma a sottoporla a verifica parlando con altri medici e possibilmente con ginecologhe, di regola meno propense a interventi demolitori. Oltre ad esplicitare i risvolti penalistici che si danno nel caso di isterectomie non giustificabili in base alla patologia, si è voluto in primo luogo sollecitare le donne a recuperare quel sapere medico e ginecologico di base che permetta loro di vagliare le stesse proposte della medicina.

Mariarosa Dalla Costa, docente di Sociologia politica all'Università di Padova, è figura storica del femminismo internazionale. Ha aperto agli inizi degli anni Settanta il dibattito sul lavoro domestico e sulla donna come riproduttrice della forza-lavoro. Ha condotto la sua attività teorica e pratica in Europa, America e Africa. Le sue opere sono state tradotte in sei lingue tra cui il giapponese. In Giappone, ove ha anche incontrato le vittime di Hiroshima, è stata recentemente invitata per un ciclo di conferenze sui temi della donna e dell'ecologia. In questo testo solleva la questione dell'isterectomia all'interno del discorso che sta conducendo sul rispetto dei poteri riproduttivi del corpo e della Terra.

ISBN 88-464-1086-6

9 788846 410863