

Problemi etici e legali in medicina riproduttiva

## Stereotipizzazione indebita della donna in medicina riproduttiva

REBECCA J. COOK<sup>1</sup>, SIMONE CUSACK<sup>2</sup>, BERNARD M. DICKENS<sup>2</sup>

*Ethical and legal issue in reproductive health*  
UNETHICAL FEMALE STEREOTYPING  
IN REPRODUCTIVE HEALTH

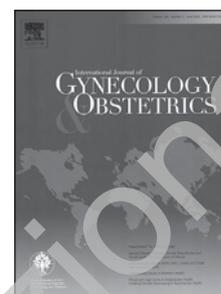
Rebecca J. Cook, Simone Cusack, Bernard M. Dickens

<sup>1</sup> Faculty of Law, Faculty and Medicine and Joint Centre for  
Bioethics, University of Toronto, Canada

<sup>2</sup> Public Interest Law Clearing House, Melbourne, Australia

*Int. J. of Gynecol. and Obstet.* 109: 255-258, 2010  
00020-7292/\$ - see front matter

©2010 International Federation of Gynaecology  
and Obstetrics



### Abstract

Gli stereotipi sono preconcetti generici che definiscono gli individui sulla base di categorie di gruppo nelle quali essi vengono inseriti. Le donne sono state stereotipate come casalinghe e madri, il che ha comportato l'effetto negativo di precludere loro altri ruoli e funzioni. La legislazione ed i costrutti giudiziari mostrano una storia, e spesso una pratica ancora in corso, in cui le donne sono state confinate a queste funzioni stereotipate. Nell'accesso all'assistenza medica per quanto riguarda la sfera sessuale e riproduttiva, ad esempio, le richieste delle donne sono state soggette a livello professionale all'approvazione dei loro mariti, padri o di altri soggetti di sesso maschile che svolgevano ruoli analoghi. La capacità delle donne di comportarsi da agenti morali responsabili viene negata dagli atteggiamenti stereotipati assunti da legislatori, giudici, guide di credi religiosi e professionisti dell'area sanitaria che considerano le donne incapaci di effettuare scelte morali responsabili. Questi atteggiamenti violano i requisiti etici per il trattamento del paziente con rispetto ed equanimità. Essi possono anche dare luogo a violazioni delle leggi sui diritti umani che proibiscono la discriminazione contro le donne.

### Stereotipi e stereotipizzazione

Uno stereotipo può essere definito come visione o preconcetto generalistici di attribuiti o caratteristiche possedute da membri di un gruppo particolare, come ad esempio le donne, oppure come ruoli che dovrebbero essere svolti da questi soggetti. A prescindere da personalità, capacità o qualità individuali, a coloro che vengono percepiti come membri di un gruppo vengono attribuite le caratteristiche tipiche di quel gruppo. Le donne vengono spesso svantaggiate e discriminate dall'applicazione, dal rinforzo e dalla perpetuazione di stereotipi riguardanti ciò che esse sono in grado di fare, ci si attende che facciano o sono costrette a fare. Gli stereotipi applicati alle donne potrebbero essere visti come specifici per il loro sesso o "genere", laddove "genere" e "sesso" vengono trattati come sinonimi.

La lingua inglese richiede comunque che le due accezioni rimangano separate, benché ciò non sia necessario in altre lingue. Ad esempio, le lingue romatiche come il francese, lo spagnolo e l'italiano introducono i nomi maschili singolari rispettivamente con "le", "el" ed "il", ed i nomi di genere femminile con il "la".

Il sesso è determinato a livello biologico, mentre il "genere" viene costruito a livello sociale o culturale, come accade con i nomi delle lingue romatiche. Nel contesto dell'assistenza sanitaria, ad esempio, sono state di solito fatte distinzioni fra "medici" e "medici don-

na”, e talvolta se ne fanno ancora fra “infermiere” ed “infermieri maschi” in quanto quella del medico era vista come una professione maschile, mentre quella infermieristica una funzione associata alle donne. Nelle società conservative in cui una preoccupazione per il sesso è vista negativamente, la parola “genere” potrebbe essere un modo delicato per riferirsi al sesso di una persona. Le due parole potrebbero di conseguenza essere confuse ed applicate in modo improprio, come negli interventi di “cambiamento di sesso”, che non applicano alcun cambiamento nella biologia del paziente, ma solo nella sua classificazione sessuale all’interno della società.

La stereotipizzazione che svantaggia e costituisce una discriminazione nei confronti delle donne riguarda atteggiamenti sociali, preconcetti, leggi, politiche e pratiche che confinano le donne a ruoli di “genere femminile”, in particolare come madri e personale assistenziale, e le escludono da quelli di “genere maschile”, come quelli di personaggi, pensatori e leader politici, religiosi o di levatura simile. I preconcetti stereotipati di debolezza, servilità, incapacità di giungere ad una decisione o sostenerla a causa dell’emotività, vulnerabilità e dipendenza associati alle donne – il “sesso debole” – una volta precludevano loro l’educazione universitaria, la medicina, la giurisprudenza, la politica, le scienze e ad esempio i ministeri religiosi, cosa che ancora persiste in alcune dottrine religiose. Questi preconcetti potrebbero ancora influenzare le donne nella loro qualità di potenziali fruitrici di servizi sanitari relativi alla sfera sessuale e riproduttiva.

Alcune stereotipizzazioni potrebbero essere benignamente descrittive, consentendo un livello di comprensione superficiale. Le opinioni basate su stereotipi generalizzati sono convenienti, e spesso inevitabili in quanto, come il famoso opinionista Walter Lippman ha spiegato una volta:

*L'ambiente reale è nel complesso troppo grande, troppo complesso e troppo sfuggente per averne conoscenza diretta. Non abbiamo i mezzi per avere a che fare con una simile sottigliezza, con una simile varietà, con così tante permutazioni e combinazioni. E benché siamo costretti ad agire in questo ambiente, dobbiamo ricostruirlo in un modello più semplice prima di poterlo gestire.*

Gli stereotipi in qualità di modelli semplici (o semplicistici) di comprensione possono risultare oppressivi. Quando gli stereotipi sono prescrittivi, essi possono risultare eticamente ingiusti o illegali: ciò si riferisce alle occasioni in cui essi vengono applicati per prescrivere ciò che le singole persone devono fare, o ciò che non si deve loro permettere di fare. Ad esempio, leggi, politiche e pratiche che condizionano o confinano le donne a ruoli materni o domestici, o che impediscono alla donna l’applicazione della propria auto-

determinazione in campo riproduttivo, sono sfortunatamente persistite nell’assistenza sanitaria riproduttiva e sessuale.

## La stereotipizzazione nella medicina riproduttiva

Uno storico accumulo di leggi, politiche e pratiche rilevanti per i servizi sanitari relativi alla sfera sessuale e riproduttiva continuano ad inculcare stereotipi negativi sulle donne. Fra i problemi più comuni figurano prerequisiti che infantilizzano le donne richiedendo che le pratiche assistenziali vengano approvate dai loro padri, mariti o altri capifamiglia di sesso maschile. Le leggi di alcuni paesi, poste in essere come tali dalle legislature o interpretate dai giudici, esprimono o implicano concetti stereotipati sulle donne, come ad esempio enfatizzando il ruolo di supporto domestico che ci si attende che svolgano. Nella Repubblica d’Irlanda, ad esempio, la suprema legge in vigore, ossia la Costituzione del 1937, sancisce che “lo Stato riconosce che, tramite la sua vita all’interno della casa, la donna garantisce allo Stato stesso un supporto senza il quale il bene comune non può essere ottenuto” (Articolo 41.2.1). In cambio, “Lo Stato s’impegnerà per garantire che le madri non debbano essere costrette da necessità economiche ad espletare attività lavorative a scapito dei propri doveri in casa” (articolo 41.2.2). Di conseguenza, una donna che richieda una prescrizione contraccettiva onde perseguire la propria carriera verrebbe posta all’indice in quanto negherebbe il suo supporto allo Stato frustrando la ricerca del bene comune. Allo stesso modo, le madri di bambini piccoli che manifestino la stessa richiesta onde fare ritorno o accedere ad un impiego stipendiato, potrebbe dover affrontare accuse di negligenza nei confronti dei propri bambini.

Vi sono esempi sia storici che recenti di giudici che hanno applicato stereotipi negativi o proibitivi per le donne. Nel 1872, il giudice Bradley della Corte Suprema degli USA ha avallato l’esclusione di una donna dall’ordine professionale degli avvocati sulla base del fatto che “la costituzione dell’organizzazione familiare, fondata da ordinamento divino, indica la sfera domestica come appartenente in modo appropriato alle competenze ed alle funzioni del genere femminile”, e che “il destino e la missione supremi di una donna consistono nell’ottemperare ai nobili e benigni doveri di moglie e madre”.

Questo restrittivo stereotipo della donna confinata in modo appropriato alla generazione di figli ed alle funzioni domestiche è stato ripreso nel 2007 nel caso *Gonzales vs Carhart*. In questo caso, la maggioranza della Corte Suprema USA ha stereotipato le donne co-

me vulnerabili, ed in quanto tali necessitanti della protezione dei legislatori (prevalentemente maschi) ed incapaci di prendere decisioni responsabili nell'ambito della sfera riproduttiva nei propri progetti di vita. La maggioranza ha approvato una legislazione che proibisce l'accesso da parte della donna ad una particolare procedura abortiva che il medico potrebbe considerare, nel proprio giudizio clinico, nel migliore interesse ai fini della salute della paziente.

La legislazione che proibisce la scelta di servizi per l'aborto da parte di una donna, invariabilmente promanata da legislature dirette da uomini, e spesso con il supporto di gerarchie religiose che includono poche donne o non ne includono affatto, riflette stereotipi ostili alle rivendicazioni sanitarie delle donne ed alle capacità di scelta morale delle donne stesse. Le nazioni stanno comunque liberalizzando progressivamente le leggi sull'aborto, accettando l'esistenza di circostanze nelle quali gli interessi relativi alla salute della donna dovrebbero sopravanzare quelli dello Stato nella prosecuzione delle gravidanze. Dato che le argomentazioni a favore degli interessi del feto si stanno dimostrando sempre più persuasive, gli oppositori dell'aborto ne stanno sollevando di nuove, basate su prese di posizione secondo le quali le donne verrebbero meglio protette dai "danni" dell'aborto negando loro l'accesso a questa procedura, ma non possono riconoscere questi "danni" da sole.

L'assurto stereotipato secondo cui legislatori e giudici possono proteggere meglio gli interessi della donna di quanto possano fare le donne stesse, ha trovato appoggio nel caso *Gonzales vs Carhart* con una maggioranza di cinque persone della Corte Suprema USA. Essa ha sostenuto la proibizione della procedura abortiva in questione, e l'incriminazione dei medici che la disattendono allo scopo di seguire gli interessi relativi alla salute della paziente. Il giudice Kennedy ha osservato in nome della maggioranza che:

*La decisione di abortire o meno richiede una scelta morale difficile e dolorosa. Benché non siano stati raccolti dati affidabili per valutare il fenomeno, appare ineccepibile concludere che alcune donne giungano a rimpiangere la loro scelta di abortire la vita del neonato che una volta hanno creato e sostenuto. Possono conseguirne grave depressione e perdita dell'autostima.*

Questa osservazione si fonda nello stereotipo secondo il quale le donne sono irrazionali ed incompetenti nel prendere le decisioni, incapaci come sono di effettuare scelte morali difficili e dolorose di cui potrebbero pentirsi. Il rischio di pentimento è comunque implicito nell'effettuazione di molte scelte morali nella vita dell'individuo, ma ciò non giustifica l'affidare queste scelte a legislazioni o tribunali. La decisione di proseguire o meno una gravidanza, ad esempio, come nel caso di un feto gravemente anomalo, può essere pa-

rimenti difficile, dolorosa ed oggetto di pentimento, ma generalmente non viene considerato giustificato allontanare questa decisione dalla donna gravida.

La volontà della maggioranza della Corte Suprema di giungere alla conclusione che, dato che la donna potrebbe pentirsi delle proprie scelte, è giustificato l'intervento del legislatore finalizzato alla sua protezione, è stata condannata dal giudice Ginsburg, la sola donna facente allora parte della Corte. Il giudice Ginsburg aveva accettato che il giudizio clinico del medico potrebbe favorire il metodo abortivo che la legislazione in questione aveva proibito, ma ha concluso che:

*La (maggioranza della) Corte priva le donne del diritto ad effettuare una scelta autonoma, anche a prezzo della propria sicurezza. Questo modo di pensare riflette antiche nozioni sul posto della donna nella famiglia e secondo la Costituzione – riflette idee da lungo tempo abbandonate.*

Le decisioni dei giudici di sostenere l'accesso della donna ai servizi sanitari relativi alla sfera riproduttiva non hanno necessariamente un maggior rispetto dell'autonomia della donna, ma potrebbero riflettere allo stesso modo gli stereotipi delle donne che richiedono il giudizio protettivo di altri, come legislatori, medici e giudici. Ad esempio, nel caso *Axon* dell'Alta Corte britannica del 2006, il giudice ha riconosciuto la capacità di adolescenti intellettualmente mature di prendere decisioni riguardanti la sfera sanitaria riproduttiva, aborto compreso, senza il consenso dei propri genitori, ed anche il loro diritto a godere della stessa discrezione accordata agli adulti. Ciò nonostante il giudice si è sentito costretto ad applicare lo stereotipo legiferato delle donne incapaci di esercitare da sole un giudizio socialmente accettabile riguardo l'aborto, ma a cui si richiede di corrispondere ai requisiti sanitari e sociali per la procedura prestabiliti dal medico. Le scelte delle giovani donne con capacità decisionali adulte, pertanto, sono ancora soggette agli stereotipi restrittivi sulle donne applicati da legislatori, medici e giudici.

Contrariamente a ciò, i giudici della Corte Costituzionale della Colombia hanno liberalizzato la proibitiva legge nazionale sull'aborto, respingendo espressamente lo stereotipo secondo cui il solo ruolo naturale e destino della donna sia la maternità, sul quale la legge in questione era stata fondata. I giudici Araujo Renteria e Vargas Hernandez, scrivendo a nome della maggioranza, hanno spiegato che:

*Quando la legislatura emana leggi penali, essa non può ignorare il fatto che la donna sia un essere umano dotato di dignità e che ella debba essere trattata come tale, e non come uno strumento riproduttivo per la razza umana. La legislatura non deve imporre ad una donna il ruolo di procreatrice contro la sua volontà.*

I giudici pertanto hanno posto le fondamenta per smantellare lo stereotipo secondo cui la donna debba

essere vista soltanto come uno strumento riproduttivo, ed hanno affermato il diritto delle donne ad una dignità pari a quella degli uomini nelle proprie scelte relative alla sfera riproduttiva.

La stereotipizzazione restrittiva o svilente nella legislazione e nelle sentenze dei giudici può essere ritrovata anche negli stereotipi applicati da medici, personale infermieristico e membri dello staff di strutture sanitarie correlate. Verbari ed atteggiamenti simili a quelli dei giudici, applicati ad esempio per le donne non sposate che fanno richiesta della prescrizione di contraccettivi, test di gravidanza o aborto, o per le pazienti che ricercano il trattamento di infezioni a trasmissione sessuale, riflettono idee stereotipate che ignorano le particolari circostanze in cui la paziente può essersi venuta a trovare, come la vittimizzazione da parte di predatori sessuali nel proprio ambiente, nelle scuole o nelle case. Esistono vergognosi precedenti di medici, personale infermieristico o altri operatori sanitari che hanno applicato approcci punitivi alle donne che ricercavano procedure abortive, appellandosi a valori religiosi o morali nei quali avrebbero trovato carenti le loro pazienti. Una condotta simile è poco professionale o etica, e nella sua natura discriminatoria potrebbe essere considerata illegale.

## La stereotipizzazione illecita

Molte leggi nazionali e molti trattati internazionali sui diritti umani che i vari paesi sono chiamati ad applicare nelle proprie leggi domestiche proibiscono la discriminazione in campo di sesso o "genere". Lo svantaggio che i singoli soffrono a causa di un trattamento diverso da quello accordato ad altri che non sono materialmente diversi, costituisce una discriminazione. Le donne sono materialmente diverse dagli uomini a causa di caratteristiche fisiche e funzionalità riproduttiva, ma non nella loro capacità di riflessione morale o comprensione di informazioni, o per esempio nel loro diritto all'autodeterminazione. Di conseguenza, nel momento in cui gli uomini possono ricevere servizi sanitari senza alcun intervento da parte dello Stato o del governo, ma le donne devono soddisfare criteri stereotipati legislativi, peculiari o di altro tipo ma inapplicabili agli uomini, allora le donne vanno incontro ad una discriminazione, e questo potrebbe essere considerato illegale.

Le costituzioni di molte nazioni, che esprimono i principi fondamentali che ispirano, guidano e giustificano l'esercizio del potere dello Stato, professano l'eliminazione della discriminazione sul piano, fra gli altri, del sesso o "genere". Alcune leggi nazionali e subnazionali includono atti normativi sui diritti umani che condannano legalmente la discriminazione, sia prove-

niente da autorità pubbliche che da soggetti privati. Tali provvedimenti si adattano al quadro più ampio dei trattati internazionali sui diritti umani, il più rilevante dei quali ai fini della salute riproduttiva della donna è la *UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*.

L'articolo 5(a) del CEDAW richiede che gli Stati prendano misure appropriate al fine di:

*...modificare le tenute di condotta sociale e culturale di uomini e donne, avente finalità di ottenere l'eliminazione dei pregiudizi e di tutte le pratiche abituali o di altro tipo basate sull'idea dell'inferiorità o superiorità di uno qualsiasi dei due sessi o su ruoli stereotipati per uomini e donne.*

Questo articolo si adatta al contesto dell'articolo 2(f), in base al quale le parti contraenti si impegnano a "prendere ogni misura adeguata, comprese quelle di ordine legislativo, ai fini di modificare o abolire leggi, regole, abitudini e pratiche che costituiscano discriminazione nei confronti delle donne".

Le questioni relative all'area sanitaria vengono discusse nell'articolo 12(1), che sancisce che le parti contraenti la convenzione:

*...prendano ogni misura adeguata al fine dell'eliminazione della discriminazione contro le donne nel campo dell'assistenza sanitaria onde assicurare, sulla base dell'eguaglianza fra uomini e donne, l'accesso ai servizi sanitari, compresi quelli relativi alla pianificazione familiare.*

Questo provvedimento porta all'articolo 16, riguardante il matrimonio e le relazioni familiari, nella sottosezione 1(e) in cui si richiede che vengano prese misure adeguate a garantire uguaglianza ad uomini e donne ed assicurare:

*...gli stessi diritti di decidere liberamente e responsabilmente riguardo il numero dei propri figli e gli intervalli intercorrenti fra due gravidanze successive, nonché la possibilità di avere accesso all'informazione, all'istruzione ed ai mezzi in grado di consentire loro di esercitare questi diritti.*

Benché si trovi nel contesto di provvedimenti riguardanti il matrimonio e le relazioni familiari, questa sottosezione giustifica la pianificazione familiare e l'educazione alla salute sessuale per i soggetti non sposati, fra cui gli adolescenti. Naturalmente, l'articolo 10(h) sulla pari educazione fra uomini e donne richiede che gli Stati intraprendano ogni azione necessaria onde ottenere l'eguaglianza "nell'accesso ad informazioni educative specifiche onde aiutare a garantire la salute ed il benessere delle famiglie, il che include informazioni e consulenze sulla pianificazione familiare.". L'accesso ai servizi sanitari relativi all'area sessuale e riproduttiva ricade sotto l'articolo 12(1), sopra citato, che richiede che le donne, senza alcuna discriminazione sulla base di età e stato civile, possano avere lo stesso accesso degli uomini, ad esempio, ai profilattici.

L'articolo 16(1)(e) sulla scelta del numero dei figli e degli intervalli di tempo fra una nascita e l'altra garantisce alle donne di fertilità normale il diritto di controllare la propria riproduzione. In ogni caso, le donne la cui riproduzione richiede assistenza medica potrebbero essere soggette a legislazione. Nella pratica della fecondazione in vitro, ad esempio, i diritti dei contribuenti maschili potrebbero comprendere poteri esecutivi di veto, ad esempio per l'uso di sperma ed embrioni congelati dopo il termine della relazione causato da divorzio o separazione. Queste leggi potrebbero essere contrastate sul piano dei diritti umani, ma il diritto degli ex mariti di proibire alle ex mogli l'uso di embrioni congelati ai quali esse avevano contribuito è stato confermato da diversi tribunali internazionali, nonché dalla *European Court of Human Rights*. Non è chiaro il fatto che i tribunali stessi avrebbero dimostrato una maggiore simpatia nei confronti di donne che avessero potuto dimostrare di essere state svantaggiate da un processo di stereotipizzazione negativa derivante dagli uomini o di tipo istituzionale. In ogni caso in Francia nel 1984, quando il *Centre d'Etude et de Conservation du Sperme Humain (CECOS)* ha rifiutato di rilasciare sperma congelato alla vedova del donatore, Corinne Papalaix, per via della propria politica dichiarata secondo cui non veniva consentita l'inseminazione post-mortem, un tribunale di Parigi ordinò che lo sperma le venisse consegnato. La politica del CECOS non era stata formulata fino al periodo successivo alla morte del donatore, e potrebbe essere stata un riflesso stereotipatamente ostile verso le donne single che partoriscono bambini.

## **Capacità etica e morale**

Il rifiuto su basi etiche della stereotipizzazione negativa della donna come agente decisionale irrazionale ed incompetente si fonda sul fatto che essa nega la capacità morale della donna. Ciò significa che lo stereotipo tratta le donne come incapaci di riflessioni profonde su questioni significative, ma considera queste riflessioni, il processo decisionale ed il sostenere la responsabilità delle sue conseguenze un esclusivo appannaggio maschile. La donna viene vista in funzione di una sua presunta necessità di protezione dalla propria stessa propensione a decisioni sbagliate o controverse. La maggioranza della Corte Suprema degli USA, ad esempio, ha approvato i legislatori che hanno screditato le donne come agenti decisionali sulla terminazione delle proprie gravidanze in quanto "la scelta di abortire richiede una decisione morale dolorosa e difficile... ed alcune donne giungono a pentirsi della propria scelta". Gli uomini, in qualità di legislatori, giudici e guide di credi religiosi, ricevono rispetto in queste

questioni, mentre le donne vengono infantilizzate in funzione della propria presunta necessità di protezione nei confronti del peso e della responsabilità sociale di essere agenti morali.

Uno dei principi fondamentali della bioetica moderna viene espresso come "rispetto per le persone", che consente agli individui intellettualmente capaci di prendere decisioni riguardo il proprio corpo e le proprie vite, e di proteggere gli interessi di coloro che sono intellettualmente incapaci. Lo stereotipo negativo presuppone in modo eticamente inaccettabile che tutte le donne siano intellettualmente incapaci.

Un ulteriore principio etico, verso il quale la legge è orientata in prima istanza, è la giustizia. Ciò richiede che i casi materialmente simili vengano trattati in modo simile, e che i casi materialmente diversi vengano trattati in funzione delle loro differenze. Uomini e donne sono sessualmente diversi, ma ciò non si riflette in modo materiale nella loro capacità umana di fungere da agenti morali, e di essere conseguentemente responsabili degli effetti delle loro decisioni. Uomini e donne sono simili nelle proprie capacità di essere agenti coscienti e riflessivi all'interno delle proprie famiglie e società, ad esempio nel distinguere le scelte riproduttive e le pratiche assistenziali mediche funzionali ai propri legittimi scopi da quelle che sono contrarie ai propri interessi.

È di importanza critica che i medici non approccino le proprie pazienti tramite stereotipi. Come spiegato da Walter Lippmann, vengono comprensibilmente applicate generalizzazioni iniziali per gestire un ambiente complesso che è "troppo sfuggente per una conoscenza diretta", i medici che trattano singole pazienti, comunque, necessitano di una conoscenza diretta. Essi devono sapere abbastanza sulla personalità delle proprie pazienti e su ciò che loro accade per soddisfare i requisiti etici e legali della determinazione del trattamento da essi proposto. Se al medico mancano conoscenze adeguate, egli dovrebbe effettuare indagini rilevanti, che spesso vengono condotte nel modo più appropriato ponendo le proprie domande alle pazienti stesse ed assicurandosi di comprendere correttamente le loro risposte. Ciò raggiunge lo scopo etico di mostrare rispetto alle proprie pazienti.

Nella prescrizione di farmaci, ad esempio, i medici devono determinare l'idoneità e forse anche i livelli di dosaggio del farmaco prescelto facendo riferimento a criteri di biodisponibilità, considerando gli effetti del farmaco in questione in relazione all'influenza che su di esso hanno età, dimensioni, distribuzione del grasso corporeo, ormoni e reazioni chimiche dell'organismo. Ciò non può essere ottenuto tramite uno stereotipo impersonale delle caratteristiche che un singolo paziente dovrebbe possedere solo sulla base dell'appartenenza ad una data categoria di pazienti. Allo stesso

modo, nel prendere in considerazione le opzioni terapeutiche, i medici dovrebbero essere a conoscenza di elementi circostanziali, scopi e priorità del paziente. La Corte Suprema del Canada ha giudicato un divieto dell'aborto presente nel codice penale come una violazione dei diritti umani alla sicurezza personale per le donne in quanto questa norma negava alla donna la possibilità di sottoporsi alla procedura "a meno che non corrispondesse a determinati criteri non correlati alle proprie priorità ed aspirazioni". Le priorità ed aspirazioni di un paziente sono specifiche per ciascun singolo paziente, e non possono essere incapsulate da uno stereotipo impersonale che caratterizzi il tipo di persona che gli altri pensano il paziente sia.

## Eliminazione degli stereotipi

Lo scopo dell'identificazione degli stereotipi consiste nel loro smantellamento e nella loro eliminazione. Alcuni stereotipi scompaiono nel tempo in quanto le loro incongruenze ed equivocità di base divengono visibili su vasta scala. Uno degli stereotipi della servitù sessuale femminile consisteva nel fatto che, una volta acconsentito al matrimonio, la donna accettasse di essere sessualmente disponibile per il proprio marito in qualunque momento egli volesse, anche con la forza, benché alcuni sistemi legali siano stati più lenti di altri nel riconoscere e condannare la violenza sessuale fra coniugi. Un altro stereotipo in alcune aree e culture consiste nell'aspettativa della castità della donna, soprattutto delle adolescenti non sposate. Ciò è scomparso ad esempio negli USA, dove la stima della prevalenza delle infezioni a trasmissione sessuale fra le adolescenti varia dal 14% ad un'età di 14-15 anni al 34% all'età di 18-19 anni. È molto probabile che le ragazze della seconda fascia d'età non siano sposate, dato che l'età all'atto del primo matrimonio negli USA è in aumento.

La storia dimostra, comunque, che alcuni stereotipi sono particolarmente tenaci, e sopravvivono all'ampia dimostrazione della loro inaccuratezza, o della loro irrilevanza di fronte a circostanze o culture particolari. Ad esempio, lo stereotipo secondo cui le donne giovani o adolescenti rappresentino l'onore della propria famiglia ha determinato la loro vittimizzazione nei cosiddetti "delitti d'onore" dietro sospetto di comportamenti sessuali impropri, anche in paesi in cui questi stereotipi non sono mai esistiti oppure sono stati dimenticati da lungo tempo.

La responsabilità etica di associazioni mediche, strutture sanitarie e singoli operatori sanitari consiste nella consapevolezza degli stereotipi dannosi e discriminatori, soprattutto riguardanti le donne, sotto i quali loro stessi ed altri operatori nel campo della pratica

di servizi relativi all'assistenza nella sfera sessuale hanno operato e continuano ad operare, e nello sfidare questi stereotipi, ad esempio facendo riferimento alle proprie esperienze delle realtà in cui la paziente vive. Gli stereotipi si indeboliscono tramite l'esposizione di una persona ad una serie di circostanze nelle quali essi si dimostrano falsi. Essi possono comunque essere perpetuati allorché coloro che si trovano in posizione di pubblica autorità, sia essa politica, giudiziaria o religiosa, siano motivati da convinzioni inculcate o da interessi personali nel precludere alle donne un'autorità simile o competitiva, o siano lontani dalle realtà delle vite sessuali e riproduttive delle donne, come nel caso dei capoufficio anziani non avvezzi a trattare le donne su una base equalitaria.

La sfida nell'ambito dell'assistenza sanitaria in campo sessuale e riproduttivo consiste nel riconoscere che i diritti umani della paziente al rispetto, alla dignità ed all'autodeterminazione impongano doveri professionali agli operatori sanitari. L'assunto iniziale, o stereotipo neutrale, dovrebbe consistere nel fatto che le donne sono agenti decisionali competenti per quanto riguarda il proprio corpo e la propria vita, e siano in grado di accettare la responsabilità morale delle proprie scelte adeguatamente informate. Le loro scelte non dovrebbero essere state ratificate dagli uomini, come ad esempio dai mariti o dai padri, o rivelate ad altri senza la previa approvazione della paziente stessa.

Le eventuali prove della mancanza di comprensione o dell'immaturità della paziente dovrebbero essere esaminate con attenzione. Ad esempio, le adolescenti troppo giovani per alcune cose, come il matrimonio senza il consenso dei genitori, potrebbero invece avere l'autorità intellettuale, legale e morale per scegliere le pratiche assistenziali di cui hanno bisogno o che accetteranno, il che riflette la loro capacità in evoluzione di scelta responsabile ed i valori a cui esse aderiscono. Alcuni tribunali, ad esempio, consentono da lungo tempo alle ragazze nei primi anni dell'adolescenza che appartengono ai Testimoni di Geova di rifiutare le trasfusioni o i prodotti ematici prescritti dal medico. Inoltre, le adolescenti che vengono trovate incapaci di tale autodeterminazione potrebbero comunque ricevere la garanzia sulla confidenzialità riguardo i trattamenti da esse richiesti.

Il trattamento delle pazienti è particolarmente difficile quando esse prendono decisioni che il medico responsabile per la loro assistenza considera sviate, dannose per la loro salute o dannose per altri, come le loro famiglie o la comunità. Il diritto a scelte sbagliate potrebbe non attrarre una solida difesa, ma è pertinente al diritto all'autodeterminazione. Gli operatori incapaci di persuadere la paziente dell'erroneità della propria decisione potrebbero in ultima analisi ritirarsi dal rapporto professionale, nelle modalità etiche e legali

necessarie, tenendo particolare conto delle norme etico-legali contro l'abbandono.

Come dovere professionale, gli operatori sanitari dovrebbero svolgere un ruolo attivo nell'eliminazione di stereotipi negativi, dannosi o discriminatori, in quanto tali stereotipi sono negativi per la salute e l'assistenza sanitaria. Il *World Health Organization* ricono-

sce il fatto che la "salute" sia uno stato di "benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattie o infermità". Non si può dire che le pazienti i cui medici trascurano la loro individualità, ma le trattano con stereotipi impersonali, svilenti e semplicistici abbiano ricevuto un contributo al proprio benessere mentale o sociale, o di conseguenza alla propria salute.

## Bibliografia

1. Cook RJ, Cusack S. Gender stereotyping: transnational legal perspectives. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2010.
2. Lippmann W. Public Opinion. New York: Macmillan; 1922, reprint 1957.
3. Bradwell v. Illinois, 83 United States Reporter 130, at 137-8.
4. Gonzales v. Carhart, 550 United States Reporter 124.
5. Boland R, Katzive L., Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plann Perspect* 2008;34(3):110-20.
6. Siegel RB. The right's reasons: constitutional conflict and the spread of woman-protective anti-abortion arguments. *Duke Law J* 2008;57:1641-92.
7. R on the Application of Axon v. Secretary of State for Health, [2006] England and Wales High Court 37 (Administrative Court); Case No CO-5307-2004.
8. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynecol Obstet* 2007;98(2):182-7.
9. Erdman JN. Moral authority in English and American law. In: Williams S, editor. *Constituting equality: gender equality in comparative constitutional rights*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009, p. 107-32.
10. C-355/2006: Excerpts of the Constitutional Court's ruling that liberalized abortion in Colombia (2006). Available at: [http://www.womenslinkworldwide.org/pdf\\_pubs/pub\\_c3552006.pdf](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/pub_c3552006.pdf). Accessed October 27, 2009.
11. Cusack S, Cook RJ. Stereotyping women in the health sector: lessons from CEDAW. *J Civ Rights Soc Justice* (in press).
12. Dickens BM. Legal developments in assisted reproduction. *Int J Gynecol Obstet* 2008;101(2):211-5.
13. Evans v. United Kingdom, 2007 European Court of Human Rights Reports 264.
14. Dionne EJ. Widow wins Paris case for husband's sperm. *New York Times* August 2, 1984. <http://www.nytimes.com/1984/08/02/us/widow-wins-paris-case-for-husband-s-sperm.html>.
15. R v. Morgentaler (1988), 44 Dominion Law Reports (4th) 385.
16. Cook RJ, Dickens BM. Dilemmas in intimate partner violence. *Int J Gynecol Obstet* 2009;106(1):72-5.
17. Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics* 2009;124(6):1505-12.
18. Dickens BM, Cook RJ. Adolescents and consent to treatment. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89(2):179-84.
19. World Health Organization. Preamble to the Constitution, para 1.