

# Il corpo politico.

Autonomia corporea e menopausa  
tra potere, resistenza  
e cura collettiva



Foto: Lara Correia / Unsplash

Portiamo al centro chi è ai margini

**we**  
**World**  
Member of ChildFund Alliance

## INDICE

# Il corpo politico.

## Autonomia corporea e menopausa tra potere, resistenza e cura collettiva

### Scritto da

Martina Albini, Elena Rebecca Cerri

### Coordinamento WeWorld

Elena Rebecca Cerri (Research Specialist)

Ilaria Castelli (Junior Research Officer)

Greta Nicolini (Press & Media Relations, Communications Coordinator)

Ludovica Iaccino (Digital Content Coordinator)

Maria Marcellino (Press and Communication Officer)

Martina Albini (Research Centre Coordinator)

Tiziano Codazzi (Brand & Visual Communication Specialist)

### Impaginazione grafica di

Marco Binelli

La pubblicazione è disponibile e scaricabile dal sito di

[www.weworld.it/en/what-we-do/publications](http://www.weworld.it/en/what-we-do/publications)

### Creato da

WeWorld

[www.weworld.it](http://www.weworld.it)

### Sedi in Italia

Milano, via Serio 6

Bologna, via F. Baracca 3

*Distribuzione gratuita. I testi di questa pubblicazione possono essere riprodotti solo citando la fonte.*

*La pubblicazione è stata completata a maggio 2025.*

In collaborazione con



EXECUTIVE SUMMARY 2

GLOSSARIO 4

**Introduzione. Perché il corpo è politico 6**

**Capitolo 1. Autonomia corporea 10**

1.1. Sotto attacco: i diritti sessuali e riproduttivi 11

1.2. La maternità non è un destino: tra scelte, norme e medicalizzazione 20

1.3. La pressione estetica e il mito della bellezza 26

**Capitolo 2. Ageismo e menopausa 29**

2.1. Lo stigma dell'invecchiamento femminile 29

2.2. Il più grande tabù: ripensare la menopausa 32

**Capitolo 3. Conclusioni e raccomandazioni 41**

BIBLIOGRAFIA 47

## EXECUTIVE SUMMARY

Nel 2025 ricorre il trentesimo anniversario della storica Conferenza mondiale sulle donne di Pechino (1995), che ha sancito il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani fondamentali. Da allora, importanti dichiarazioni internazionali, come quelle di Nairobi (2019) e del Generation Equality Forum (2021), hanno confermato che **l'autonomia corporea, l'integrità fisica e l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva sono condizioni essenziali per l'autodeterminazione delle donne e per il raggiungimento della parità dei generi.**

Nonostante questi riconoscimenti, ancora oggi il corpo delle donne e di tutte le soggettività trans\*, non binarie e di genere non conforme, **continua a essere regolato e condizionato da norme sociali, culturali e istituzionali che ne limitano l'autonomia e il pieno riconoscimento.**

WeWorld è presente in 26 Paesi, compresa l'Italia, e lavora per promuovere i diritti sessuali e riproduttivi come parte integrante dei diritti umani. I nostri interventi abbracciano diversi ambiti: dalla salute materno-infantile alla prevenzione e al contrasto alla violenza basata sul genere, dalle mutilazioni genitali femminili ai matrimoni forzati. Nel 2024, abbiamo pubblicato *enCICLOpedia*, il primo studio sulla povertà mestruale in Italia, e lanciato il Manifesto #SeiPassiPer<sup>1</sup>, che propone soluzioni concrete per costruire un'agenda nazionale sulla giustizia mestruale.

**Con il rapporto *Il corpo politico. Autonomia corporea e menopausa tra potere, resistenza e cura collettiva, approfondiamo le connessioni tra diritti sessuali e riproduttivi, invecchiamento e menopausa, attraverso una prospettiva di genere.* Il rapporto analizza come la società abbia storicamente ridotto il ruolo delle donne alla funzione riproduttiva, e come l'ageismo influenzi la visibilità e il valore sociale delle donne anziane, in particolare quando non sono più considerate fertili.**

Il rapporto affronta anche le disuguaglianze strutturali e sociali che limitano l'accesso ai diritti sessuali e riproduttivi per molte donne e soggettività considerate non conformi, mettendo in luce le discriminazioni che queste persone subiscono, sia nella vita quotidiana che in ambito lavorativo. Attraverso dati inediti raccolti con Ipsos e testimonianze dirette, il documento vuole stimolare consapevolezza e promuovere un'azione collettiva che riconosca e valorizzi la diversità delle esperienze.

**Ribadire che "il personale è politico" e, quindi, che anche il corpo è politico significa affermare che la giustizia sessuale e riproduttiva non riguarda solo la sfera individuale, ma è una questione pubblica, di equità e diritti.** Un impegno necessario per costruire

politiche e pratiche capaci di rispondere realmente ai bisogni e ai diritti di tutte le soggettività.

### Il sondaggio di WeWorld e Ipsos

Per approfondire la percezione sociale dell'invecchiamento, dei diritti sessuali e riproduttivi e della menopausa in Italia, abbiamo realizzato un sondaggio di opinione in collaborazione con Ipsos. L'indagine è stata condotta a febbraio 2025 su un campione di 1.000 persone dai 18 anni in su, rappresentativo per età, genere (incluse persone che si identificano come non binarie o che hanno scelto di non dichiarare un genere, sebbene la loro numerosità, troppo limitata, non consenta un'analisi statistica dettagliata) e area geografica di residenza. Il sondaggio è suddiviso in tre aree tematiche, di cui presentiamo i risultati principali:

#### AUTONOMIA CORPOREA E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

- Il 55% del campione si dichiara favorevole al diritto all'aborto, con differenze significative in base all'area geografica (50% al Sud) e al titolo di studio (66% tra le persone laureate).
- Il 64% sostiene la gratuità dei metodi contraccettivi, ma solo il 41% delle persone in coppia dichiara di condividere equamente le spese per la contraccezione.
- Il 53% è favorevole al congelamento degli ovuli per motivi medici.
- L'84% delle donne afferma di avvertire pressioni sociali rispetto alle scelte legate alla maternità.
- Il 43% ritiene che una donna incinta dovrebbe lasciare il lavoro il prima possibile anche se in salute, mentre il 42% è convinto che il parto cesareo non consenta di vivere pienamente l'esperienza del parto.

#### AGEISMO (PREGIUDIZI SULL'INVECCHIAMENTO)

- Solo il 33% del campione considera l'invecchiamento una fase naturale della vita.
- Il 28% ammette di aver mentito almeno una volta sulla propria età.
- Il 51% ritiene che una donna anziana venga giudicata più severamente per l'abbigliamento rispetto a un uomo.
- Il 38% è convinto che l'età penalizzi maggiormente le donne rispetto agli uomini nel contesto lavorativo.

#### MENOPAUSA

- L'82% delle donne intervistate ha dichiarato di essere entrata in menopausa per cause naturali, con un'età media di 50 anni.
- I sintomi della perimenopausa più comunemente sperimentati includono vampate di calore (52%), sudorazioni notturne (37%) e aumento di peso (37%).
- Il 40% ha cercato attivamente informazioni sulla perimenopausa; la metà si è rivolta a un medico o medica specialista, ma il 38% ha riscontrato difficoltà nel ricevere un supporto medico adeguato.
- Quasi 1 donna su 5 (18%) spende oltre 50 euro all'anno per la gestione dei sintomi della perimenopausa.
- Il 56% del campione associa la menopausa a una maggiore irritabilità, emotività e sensibilità.
- 1 persona su 3 considera poco professionale parlare di menopausa sul luogo di lavoro; 1 uomo su 4 ritiene che le donne in menopausa non siano adatte a ricoprire ruoli di leadership.
- Il 21% delle donne in menopausa ha rinunciato ad attività sociali e il 10% ad attività lavorative a causa dei sintomi.
- In media, il campione ha riportato una perdita di 9 giorni di lavoro legata ai sintomi della perimenopausa.
- Il 26% delle donne in menopausa si è sentito in imbarazzo per i sintomi all'interno della propria famiglia, mentre il 21% ha provato lo stesso disagio nei rapporti con colleghi o clienti uomini.

## Raccomandazioni

**Il rapporto si conclude con una sezione di raccomandazioni per promuovere la giustizia sessuale e riproduttiva, il principio di autonomia corporea e la dignità di tutti i corpi nel nostro paese. Le raccomandazioni sono organizzate per aree tematiche – dall'accesso ai diritti sessuali e riproduttivi alla maternità, fino alla menopausa e all'ageismo – e indirizzate ai diversi attori coinvolti: istituzioni, aziende e società civile.**

Ogni proposta è accompagnata da indicazioni operative, ispirate da una visione femminista del cambiamento necessario: sistemico, collettivo e fondato sulla cura come responsabilità condivisa. Una cura che non è solo relazione o supporto, ma anche infrastruttura politica: riconoscere i bisogni, redistribuire il potere, ascoltare le soggettività nella loro complessità, e agire per eliminare le disuguaglianze. In un contesto in cui i diritti sessuali e riproduttivi sono ancora spesso negati o messi in discussione, costruire spazi di cura collettiva significa anche esercitare resistenza. Resistenza alla marginalizzazione, all'invisibilizzazione, alla violenza sistemica.

**Tradurre i principi della giustizia sessuale e riproduttiva in pratiche vive e inclusive significa anche questo: mettere al centro la cura collettiva come leva per un futuro più giusto, dove ogni corpo conta.**

<sup>1</sup> Il Manifesto è disponibile a questo link: [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/02/Manifesto-giustizia-mestruale\\_WeWorld-2.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/02/Manifesto-giustizia-mestruale_WeWorld-2.pdf)

## GLOSSARIO

**AGEISMO:** dall'inglese "ageism", indica la discriminazione basata sull'età. Può riguardare sia le persone giovani che quelle anziane, e si manifesta quando si presume che una persona sia meno capace, competente o meritevole di attenzione solo in base alla sua età. L'ageismo può limitare l'accesso a opportunità, servizi e diritti, contribuendo a rafforzare stereotipi e disuguaglianze.

**AGENCY (agentività):** è la capacità di prendere decisioni consapevoli sulla propria vita e di agire per realizzarle. Avere agency significa poter scegliere in base ai propri desideri e valori, e disporre delle condizioni materiali, culturali e sociali per mettere in pratica quelle scelte. Non riguarda solo la libertà individuale, ma anche l'effettiva possibilità di esercitarla, affrontando eventuali ostacoli.

**AUTONOMIA CORPOREA:** è il diritto di ogni persona di decidere liberamente sul proprio corpo, senza coercizioni o violenze. Si inserisce nel più ampio principio di autodeterminazione, che include la possibilità di scegliere per sé e per il proprio futuro, nel rispetto della propria dignità, salute e libertà.

**CONTRACCEZIONE:** insieme di metodi e strumenti per prevenire una gravidanza indesiderata. Alcuni metodi, come il preservativo, proteggono anche dalle infezioni sessualmente trasmissibili. I principali tipi di contraccezione includono: ormonale (pillola, cerotto, anello vaginale, impianto sottocutaneo); meccanica o di barriera (preservativi, diaframma, spirale IUD); definitiva (sterilizzazione femminile o vasectomia maschile); d'emergenza (pillola del giorno dopo, da assumere il prima possibile dopo un rapporto sessuale non protetto).

**CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI:** tecnica medica che permette di congelare ovociti o spermatozoi a temperature molto basse (generalmente -196 °C in azoto liquido), per conservarli nel tempo. Consente di preservare la fertilità e utilizzare i gameti in un momento successivo, ad esempio nei percorsi di fecondazione assistita.

**CURE AFFERMATIVE DI GENERE (gender-affirming care):** percorsi di salute fisica e mentale che rispettano e valorizzano l'identità di genere delle persone trans\*, non binarie e di genere non conforme. Possono includere, ma non si limitano a, terapie ormonali, interventi chirurgici, supporto psicologico, accesso a documenti identificativi coerenti con il genere vissuto e ambienti sanitari inclusivi. L'obiettivo è sostenere il benessere e l'autodeterminazione della persona, contrastando stigma, discriminazioni e barriere nell'accesso ai servizi. Rientrano pienamente nel diritto alla salute e all'autonomia corporea.

**DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI:** sono diritti umani fondamentali, strettamente legati all'autonomia corporea e ad altri diritti come quello alla salute, all'educazione, alla libertà di espressione e alla protezione dalla violenza. Includono, tra gli altri: il diritto di accedere a servizi di salute sessuale e riproduttiva; il diritto a ricevere informazioni corrette e complete su questi temi; la possibilità di scegliere se, quando e con chi avere relazioni sessuali o affettive; la libertà di decidere se, quando e quanti figli avere.

**FECONDAZIONE ETEROLOGA:** tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) che prevede l'utilizzo di gameti (ovociti o spermatozoi) provenienti da donatori esterni alla coppia. In Italia è legale dal 2014, ed è destinata a persone o coppie che non possono concepire con i propri gameti.

**GESTAZIONE PER ALTRI:** percorso attraverso cui una persona porta avanti una gravidanza per conto di altri, detti anche genitori intenzionali. Alla nascita, il neonato o la neonata viene affidato/a ai genitori che hanno voluto, pianificato e sostenuto il percorso di gestazione. Si tratta di una pratica dibattuta, regolamentata in modo diverso nei vari paesi, e non consentita in Italia.

**GIUSTIZIA SESSUALE E RIPRODUTTIVA:** un approccio ampio e intersezionale che va oltre l'accesso ai soli servizi sanitari, per includere l'insieme di diritti, libertà e condizioni che garantiscono a tutte le persone il pieno controllo sul proprio corpo, sulla propria sessualità e capacità riproduttiva. Significa, quindi, anche garantire il diritto alla salute, all'informazione, all'educazione, alla privacy e alla libertà da ogni forma di violenza, discriminazione e coercizione. È uno strumento fondamentale per la promozione dei diritti umani e della parità dei generi.

**GRASSOFOBIA:** insieme di pregiudizi, discriminazioni e stereotipi rivolti a chi ha un corpo percepito come "grasso" o non conforme agli standard dominanti di magrezza e bellezza, in particolare nei contesti occidentali. La grassofobia può manifestarsi in molte sfere della vita quotidiana – dalla sanità al lavoro, dalle relazioni personali alla rappresentazione nei media – e contribuisce a generare esclusione, stigma e disuguaglianze.

**MEDICINA DI GENERE:** ambito della medicina che studia come le differenze legate al sesso (biologico) e al genere (sociale e culturale) influenzano la salute, la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'accesso alle cure. La medicina di genere promuove percorsi sanitari più personalizzati, equi e inclusivi, considerando l'intersezione tra fattori biologici e sociali nella presa in carico della persona.

**MENOPAUSA:** condizione fisiologica che segna la fine della fertilità e viene diagnosticata dopo 12 mesi consecutivi senza mestruazioni. Può avvenire in modo naturale, solitamente intorno ai 50 anni, oppure essere indotta da interventi chirurgici (come l'asportazione delle ovaie) o trattamenti medici (chemioterapia, radioterapia). Alcune persone possono smettere di avere le mestruazioni anche prima della menopausa, a causa di specifici farmaci, contraccettivi ormonali o procedure, come l'isterectomia.

**PATRIARCATO:** sistema sociale e culturale in cui il potere e l'autorità sono concentrati nelle mani degli uomini o associati al maschile. Il patriarcato influenza ancora oggi norme, ruoli e relazioni, producendo disuguaglianze nelle sfere familiare, lavorativa, politica e simbolica. Si traduce in una gerarchia di genere che limita le possibilità, il riconoscimento e i diritti di chi non si conforma ai modelli dominanti.

**PERIMENOPAUSA:** fase di transizione che precede la menopausa vera e propria. Generalmente si manifesta tra i 45 e i 55 anni, ma può iniziare prima o dopo, a seconda di fattori genetici, di salute e stile di vita. Può durare da 4 a 10 anni, talvolta anche fino a 15. In questo periodo, le fluttuazioni ormonali diventano più evidenti e possono causare sintomi fisici e psicologici, come vampate di calore, irregolarità del ciclo mestruale, irritabilità o insonnia. La perimenopausa non va confusa con la menopausa: rappresenta il percorso, spesso lungo, che porta alla cessazione definitiva del ciclo mestruale.

**POSTMENOPAUSA:** fase che segue la menopausa, ovvero dopo che sono trascorsi almeno 12 mesi consecutivi senza mestruazioni. I livelli ormonali tendono a stabilizzarsi e alcuni sintomi tipici della perimenopausa possono attenuarsi o scomparire. Tuttavia, aumenta il rischio di sviluppare alcune condizioni croniche come osteoporosi, malattie cardiovascolari e infezioni urinarie. È una fase della vita che richiede attenzione e cura, anche in termini di prevenzione e salute a lungo termine.

**PREMENOPAUSA:** periodo dell'età riproduttiva caratterizzato da cicli mestruali regolari e da una stabilità ormonale generale. In questa fase, non sono ancora presenti i sintomi tipici della transizione menopausale, anche se possono già manifestarsi lievi variazioni ormonali. La premenopausa rappresenta la fase che precede la perimenopausa, e durante la quale la fertilità è ancora presente.

**PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:** insieme di tecniche mediche utilizzate per supportare persone o coppie con difficoltà a concepire. Comprende la fecondazione omologa (con gameti della coppia) ed eterologa (con gameti da donatori esterni), la diagnosi genetica preimpianto (PGD) per l'identificazione di

eventuali malattie ereditarie, e – in alcuni paesi – la gestazione per altri (GPA). La PMA è un percorso complesso, che coinvolge aspetti medici, psicologici, etici e legali.

**VIOLENZA OSTETRICA:** qualsiasi forma di maltrattamento fisico, verbale, psicologico o procedurale all'interno dei servizi ostetrico-ginecologici, compresi gravidanza, parto e post-partum. Può includere interventi non necessari o eseguiti senza consenso informato, linguaggio denigratorio, negazione del dolore o mancanza di rispetto per la dignità e l'autonomia della persona. La violenza ostetrica è una violazione dei diritti umani, riconosciuta a livello internazionale, che colpisce in modo particolare le donne e le persone con capacità gestazionale.

## INTRODUZIONE.

# Perché il corpo è politico

Nel 2025 ricorrono i trent'anni dalla Conferenza mondiale sulle donne di Pechino (1995), che, per la prima volta, ha riconosciuto i diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani. Da allora, dichiarazioni come quella di Nairobi (2019) e il Generation Equality Forum (2021) hanno ribadito che l'autodeterminazione, l'integrità fisica e l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva sono condizioni imprescindibili per l'autodeterminazione femminile e la parità dei generi, in linea con l'Agenda 2030.

Eppure, oggi come ieri, il corpo delle donne resta un terreno di scontro. **La libertà di scelta e i diritti sessuali e riproduttivi continuano a essere oggetto di controllo sociale, culturale e istituzionale.** Il corpo femminile, storicamente ridotto a strumento di riproduzione e piacere altrui (Ghigi & Sassatelli, 2018), è stato regolato da norme patriarcali che ne hanno limitato l'autonomia. **Il potere di decidere su di sé — se e quando diventare madri, come vivere la propria sessualità — è ancora oggi profondamente politico, perché sfida un ordine che ha costruito la propria autorità proprio sul controllo del corpo femminile<sup>1</sup>** (Bordieu, 2014).

Questo controllo non è scomparso: le dinamiche patriarcali persistono, spesso in forme più sottili, radicate in abitudini, valori e stereotipi che continuano a modellare la società. Ne è prova il ripristino della *Global Gag Rule*<sup>2</sup> da parte del governo statunitense nel gennaio 2025, che limita gravemente l'accesso globale all'aborto sicuro e all'assistenza sanitaria riproduttiva. **In questo contesto, la giustizia sessuale e riproduttiva<sup>3</sup> si afferma come leva essenziale per la difesa dei diritti delle donne, opponendosi**

1 Allo stesso modo, il controllo sui corpi si è manifestato, con modalità e intensità diverse, nei confronti di persone queer, LGBTQIA+, razzializzate e con disabilità. Un esempio è rappresentato dalle pratiche repressive, la criminalizzazione e la stigmatizzazione delle persone omosessuali, che sono state storicamente trattate non come una delle tante espressioni dell'orientamento sessuale, ma come una condizione psicologica e medica, vista come una malattia mentale e un problema sociale (De Leo, 2023). Un altro esempio riguarda le pratiche di controllo della riproduzione delle donne razzializzate negli Stati Uniti, che includevano sterilizzazioni forzate. Tra il 1907 e il 1932, ventisei stati nordamericani avevano ratificato leggi che autorizzavano la sterilizzazione forzata, mentre nel 1939 venne istituito il "Negro Project", una strategia razzista di controllo della popolazione a opera della Birth Control Federation of America. Ancora negli anni Settanta, i casi di sterilizzazioni forzate venivano riportati nelle cronache. Tra questi, il caso di Nial Ruth Vox, una donna nera a cui venne minacciato il ritiro del sussidio familiare se non si fosse sottoposta alla sterilizzazione chirurgica (Vecchiato, 2020).

2 È una politica degli Stati Uniti che impedisce alle organizzazioni non governative estere che ricevono fondi statunitensi di fornire, menzionare o sostenere servizi legati all'aborto legale — anche se questi sono finanziati con risorse non USA e consentiti dalla legge locale. Se le ONG scelgono di continuare a offrire questi servizi, perdono tutti i finanziamenti statunitensi, anche per programmi vitali come contraccezione, salute materna e prevenzione di HIV/AIDS. Questo vincolo ha un impatto significativo sull'accesso alla salute riproduttiva, soprattutto nei contesti in cui queste organizzazioni rappresentano l'unica possibilità di cura, esponendo milioni di donne a gravidanze non sicure e complicazioni evitabili.

3 Il termine "giustizia sessuale e riproduttiva" affonda le sue radici nel 1994, quando un collettivo di 12 femministe nere negli Stati Uniti coniò l'espressione "giustizia riproduttiva" (Morison, 2021). L'obiettivo era spostare il dibattito, allora dominato dallo scontro tra "pro-life" e "pro-choice", verso una visione più ampia che tenesse conto delle dimensioni sociali, economiche e razziali della questione. Il collettivo denunciava come i movimenti per i diritti riproduttivi si concentrassero principalmente sulle esperienze di donne bianche, cisgender ed eterosessuali, escludendo quelle di donne nere e di altri gruppi marginalizzati. Nello stesso anno, la Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo (ICPD) riconobbe la salute sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, come condizione essenziale per l'empowerment femminile, la piena realizzazione dei diritti e l'uguaglianza di genere. Vent'anni dopo, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha rilanciato questi impegni, chiedendo ai paesi di affrontare disuguaglianze vecchie e nuove in materia di salute sessuale e riproduttiva. Adottare oggi un approccio basato sulla giustizia sessuale e riproduttiva significa riconoscere l'interconnessione tra diritti umani fondamentali — come il diritto alla salute, alla vita, alla privacy, all'informazione e alla libertà da violenza, discriminazione e trattamenti inumani — e il potere di ogni persona di fare scelte autonome sul proprio corpo e la propria vita.

### Le parole per capire



**AGEISMO:** dall'inglese *ageism*, indica la discriminazione basata sull'età. Può colpire sia le persone più giovani che quelle anziane, e si manifesta, ad esempio, quando si presume che una persona non sia capace, competente o degna di attenzione solo per via della sua età. È una forma di pregiudizio che può influenzare l'accesso a opportunità, servizi o diritti.

**AGENCY (agentività):** è la capacità di una persona di prendere decisioni consapevoli sulla propria vita e di agire per realizzarle. Avere *agency* significa poter scegliere secondo i propri desideri e valori, e avere anche i mezzi e le condizioni per mettere in pratica quelle scelte. Non riguarda solo la libertà personale, ma anche le opportunità concrete per esercitarla, affrontando eventuali ostacoli.

**PATRIARCATO:** è un sistema sociale in cui gli uomini, o ciò che è considerato "maschile", hanno storicamente avuto più potere e controllo rispetto alle donne e a ciò che è considerato "femminile". Questo squilibrio si riflette in molti ambiti della vita: famiglia, lavoro, politica, cultura. Il patriarcato ha influenzato le regole su chi può decidere, possedere, ereditare, parlare o comandare, creando disuguaglianze profonde tra i generi.

**a norme che riducono il loro ruolo alla sola funzione riproduttiva.** Significa garantire accesso a contraccezione, aborto sicuro, salute mestruale e cure adeguate, in un ambiente libero da pressioni e discriminazioni. Promuovere l'autonomia corporea vuol dire proteggere il diritto di ciascuna persona a fare scelte libere, rispettando i propri desideri e valori, senza subire violenze o imposizioni; un obiettivo cruciale per la parità dei generi e il pieno rispetto dei diritti umani.

## WeWorld per la giustizia sessuale e riproduttiva: da dove partiamo

WeWorld è attiva in 26 Paesi, compresa l'Italia, per promuovere i diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani fondamentali<sup>4</sup>, rafforzando l'autonomia delle donne e la parità dei generi. I nostri progetti affrontano questioni come la salute materno-infantile, la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, dei matrimoni forzati e delle mutilazioni genitali femminili.

Nel 2023 abbiamo pubblicato *WE CARE*, un atlante che propone la giustizia sessuale e riproduttiva come chiave per leggere le connessioni tra libertà individuali, equità e accesso ai diritti. In Italia, da oltre dieci anni lavoriamo con interventi sul territorio e campagne di advocacy, come il Programma Spazio Donna<sup>5</sup>, per sostenere l'autodeterminazione femminile anche sul piano della salute e dei diritti riproduttivi.



La giustizia mestruale è parte integrante di questo lavoro. Con la campagna #FermaLa-TamponTax abbiamo contribuito a ottenere una riduzione dell'IVA sui prodotti mestruali, poi parzialmente annullata nel 2024, spingendoci a rilanciare la mobilitazione. Operiamo anche a livello internazionale - in paesi come Kenya, Palestina e Mozambico - con programmi di educazione e gestione della salute mestruale (MHHM), affrontando i tabù e le disuguaglianze che colpiscono in particolare ragazze e giovani donne.



4 La promozione dei diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani fondamentali è uno degli obiettivi della strategia di WeWorld 2024-2030, per quanto concerne la dimensione Gender e Protection.

5 Per ulteriori informazioni, visitare: <https://www.weworld.it/cosa-facciamo/progetti-in-europa/spazio-donna>

Nel 2024 abbiamo pubblicato *enCICLOpedia*, il primo studio sulla povertà mestruale in Italia, e lanciato il Manifesto #SeiPassiPer, con proposte concrete per costruire un'agenda nazionale sulla giustizia mestruale<sup>6</sup>. Abbiamo inoltre ideato un diario mestruale<sup>7</sup> pensato per bambine e ragazze, per incoraggiarle a conoscere meglio il proprio corpo, monitorare il ciclo mestruale e vivere questa esperienza con maggiore consapevolezza, libere da stigma e tabù. Sempre nel 2024, insieme all'associazione Tocca a Noi<sup>8</sup>, abbiamo lanciato la campagna **"Giustizia mestruale in Comune"**, coinvolgendo istituzioni locali - Comuni, Municipi, Regioni - e realtà della società civile per portare il tema delle mestruazioni nel dibattito pubblico e promuovere politiche locali a favore dei diritti mestruali<sup>9</sup>.



### L'impegno continua

Questa pubblicazione si inserisce in un lungo percorso di ricerca e azioni concrete sulla salute sessuale e riproduttiva e la parità dei generi, sia in Italia che nel mondo. Il nostro obiettivo è esplorare come i diritti sessuali e riproduttivi, l'invecchiamento e la menopausa siano interconnessi, adottando una prospettiva di genere. Vogliamo mettere in luce come la società tenda a ridurre le donne a una sola funzione - quella riproduttiva - e le marginalizza quando non possono più assolverla e, al contempo, come tenda a invisibilizzare i corpi di tutte le soggettività ritenute non conformi.

6 Per ulteriori informazioni, consultare: <https://www.weworld.it/news-e-storie/news/giustizia-mestruale-il-nostro-manifesto-per-combattere-tabu-e-prejudizi-sul-ciclo>

7 Il diario, inizialmente prodotto in Italia, è stato successivamente tradotto in inglese, swahili e arabo, e adattato ai diversi contesti culturali.

8 Per conoscere l'associazione, consultare: <https://toccaanoi.eu/>

9 Per maggiori informazioni, visitare <https://www.weworld.it/news-e-storie/news/giustizia-mestruale-in-comune-portiamo-i-diritti-mestruali-in-tutta-italia-insieme-a-tocca-a-noi>

L'ageismo<sup>10</sup> è un elemento chiave in questo processo: quando le donne invecchiano e perdono la capacità riproduttiva, vengono spesso invisibilizzate e private di valore e riconoscimento (Sontag, 2023). La menopausa, invece di essere vista come una fase naturale della vita, è frequentemente trattata come una "fine" da nascondere o una malattia da curare, piuttosto che come una parte fisiologica ricca di potenzialità (Dillaway, 2020). Questo fa parte di un quadro più ampio di disuguaglianze sociali e barriere strutturali che impediscono alle donne di esercitare pienamente i loro diritti sessuali e riproduttivi.

Inoltre, va sottolineato che l'esperienza delle donne riguardo invecchiamento, menopausa e diritti sessuali non è unica, ma varia a seconda della cultura, della biografia personale e del contesto sociale. Allo stesso modo, le esperienze delle persone LGBTQIA+ sono diverse e devono essere rispettate e riconosciute. Per questo motivo, è fondamentale superare ogni visione univoca e vittimizzante di tutte le identità marginalizzate. **Questa pubblicazione vuole sottolineare come, nonostante le discriminazioni e gli stereotipi, le donne e le persone LGBTQIA+ siano in prima linea nella rivendicazione dei propri diritti. La loro agency, cioè la capacità di autodeterminarsi, deve essere riconosciuta come un atto di resistenza e cambiamento.**

**Il cambiamento culturale, tuttavia, non riguarda solo queste soggettività, ma deve coinvolgere anche gli uomini.** Le dinamiche di potere e controllo sociale li riguardano, anche se in modi diversi. Solo lavorando insieme, in modo collettivo, possiamo costruire una società più giusta e libera. Questo significa anche mettere in discussione e ripensare i modelli maschili e le aspettative sociali, in modo che anche gli uomini possano vivere la propria sessualità e desiderio senza dover aderire a schemi rigidi e predefiniti. La vera rivoluzione culturale che auspichiamo è quella di un mondo dove ogni persona, indipendentemente dal genere, abbia pari opportunità e libertà.

## Il sondaggio di WeWorld e Ipsos



Per approfondire l'immagine sociale dell'invecchiamento, i diritti sessuali e riproduttivi e la menopausa in Italia, abbiamo realizzato un sondaggio con Ipsos a febbraio 2025, coinvolgendo 1.000 persone rappresentative per età, genere<sup>11</sup> e area geografica. I dati sono arricchiti dalle testimonianze di persone intervistate e partecipanti a focus group.

I risultati offrono uno spunto importante per capire come le persone percepiscano temi cruciali come l'invecchiamento, l'autonomia corporea e la menopausa. Le informazioni emerse evidenziano le disuguaglianze di genere e le barriere sociali, ma anche le opportunità per promuovere una maggiore consapevolezza e difesa dei diritti. Questo ci guida verso una giustizia sessuale e riproduttiva che permetta a ciascuna persona di vivere con dignità, libertà e senza discriminazioni, aprendo la strada a un cambiamento positivo nella società.

### HIGHLIGHTS

#### AUTONOMIA CORPOREA E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

- > **DIRITTO ALL'ABORTO:** Solo il 55% del campione è sempre favorevole al diritto all'aborto, con forti differenze per area geografica (al Sud il dato scende al 50%) e titolo di studio (sale al 66% tra le persone laureate). Le donne sono più favorevoli degli uomini (59% contro 51%) a considerare l'aborto un diritto inalienabile, ma anche tra loro il 41% o ne accetta restrizioni o non lo riconosce come diritto o non ha un'opinione in merito.
- > **CONTRACCEZIONE:** Il 64% del campione è favorevole alla contraccezione gratuita, ma il supporto è molto più alto tra le donne (72%) rispetto agli uomini (55%); sorprendentemente, scende al 54% tra i e le giovani tra 18-30 anni. Solo il 41% delle persone in coppia condivide equamente le spese contraccettive, mentre quasi la metà del campione (49%) se ne fa carico in modo prevalente o totale, con gli uomini leggermente più coinvolti delle donne. 1 persona su 5 tra 18-30 anni dichiara di non utilizzare contraccettivi e quasi 1 su 2 (46%) tra i 31-50 anni.
- > **PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:** Il congelamento degli ovuli divide l'opinione pubblica, ma raccoglie il 53% di consensi quando è motivato da ragioni mediche, con maggiore approvazione tra donne, persone giovani, e laureate.
- > **MATERNITÀ E GRAVIDANZA:** Quasi 9 donne su 10 (84%) sentono il peso dello sguardo sociale sulle scelte di maternità: avere o meno figli e figlie, quanti averne, quando averli. Per oltre la metà di loro (51%), questa pressione è schiacciante. Il 62% del campione crede che le donne incinte debbano seguire rigidamente le raccomandazioni mediche, alimentando una cultura del controllo e del giudizio

<sup>11</sup> All'interno del campione selezionato sono incluse anche persone che non si identificano né come donne, né come uomini, ma in altre identità di genere. Nella presentazione dei dati ci riferiremo principalmente al campione come "donne" o "campione femminile", poiché la percentuale di persone che si identificano con altre identità di genere è troppo bassa per avere rilevanza statistica. Tuttavia, riteniamo importante evidenziare questi casi da una prospettiva qualitativa, includendo nelle analisi anche le loro soggettività ed esperienze.

sul corpo femminile durante la gravidanza. Il 66% delle persone giovani (18-30 anni) pensa che le donne abbiano poca voce nelle decisioni sul parto. Il 41% del campione ritiene che, durante il parto, l'attenzione del personale sanitario sia più concentrata sulla salute del neonato o della neonata che su quella della donna, una percezione più diffusa tra le donne (50%) che tra gli uomini (42%). Il 43% delle persone (e il 51% degli uomini) pensa che una donna incinta, anche se in salute, dovrebbe lasciare il lavoro appena possibile. Il 42% è d'accordo con l'idea che il parto cesareo non permetta di vivere pienamente il momento del parto, rafforzando la narrazione idealizzata del parto naturale e rischiando di colpevolizzare chi sceglie - o deve affrontare - un cesareo.

- > **PRESSIONE ESTETICA:** Il 59% del campione ritiene che le donne subiscano più pressioni degli uomini per mantenere un certo aspetto fisico, percentuale che sale al 69% tra le persone laureate. Solo il 4% pensa che siano gli uomini a subirne di più. La pressione estetica colpisce entrambi i generi, ma ha un impatto più profondo e sistemico sulla vita delle donne.
- > **ASPETTATIVE SOCIALI:** Le donne percepiscono più pressioni sociali rispetto agli uomini, in particolare su maternità (27% contro 17%) e matrimonio (23% contro 15%). Circa 1 donna su 4 ha subito pressioni sociali a sposarsi o diventare madre.

#### AGEISMO (PREGIUDIZI SULL'INVECCHIAMENTO)

- > **IMMAGINE SOCIALE DELL'INVECCHIAMENTO:** Solo 1 persona su 3 (33%) considera l'invecchiamento una fase naturale della vita, mentre per il resto prevale una visione legata al declino e alla perdita di indipendenza, soprattutto tra le donne (24%). Il 28% del campione ha mentito almeno una volta sulla propria età in contesti sociali, con una maggiore tendenza tra gli uomini (31%) rispetto alle donne (26%). Mentire sull'età, soprattutto per sembrare più giovani, rivela quanto il giudizio sociale sull'invecchiamento sia ancora forte. Il 51% delle persone pensa che una donna anziana sia più criticata di un uomo per il suo abbigliamento, una percezione che aumenta tra le persone giovani (61%) e laureate (64%). Tra le donne, più della metà (57%) lo conferma.
- > **AGEISMO SUL LAVORO:** Quasi 4 persone su 10 (38%) pensano che l'età penalizzi più le donne che gli uomini nel lavoro, una percezione più marcata tra le donne (45%) che tra gli uomini (30%), segno di una discriminazione vissuta in prima persona. Il 71% ritiene che una donna anziana rischi di essere esclusa dai ruoli sociali e professionali a causa dell'età, contro il 51% che pensa lo stesso per gli uomini.

#### MENOPAUSA

- > **CONOSCENZA E PERCEZIONE DELLA MENOPAUSA:** Anche se il termine "menopausa" è abbastanza conosciuto - lo riconosce correttamente il 60% delle persone, con una differenza tra uomini (55%) e donne (65%) - il resto del vocabolario legato a questa fase di vita (premenopausa, perimenopausa, postmenopausa) rimane ancora poco familiare. Il 39% del campione considera la menopausa un argomento ancora tabù.

- > **STEREOTIPI E PREGIUDIZI SULLA MENOPAUSA:** Il 56% del campione pensa che la menopausa renda le persone più arrabbiate, sensibili ed emotive. 1 persona su 3 pensa che parlare di menopausa al lavoro sia poco professionale. 1 uomo su 4 pensa che le donne in menopausa dovrebbero evitare di assumere ruoli di leadership perché è difficile che possano mantenere il controllo durante i cambiamenti ormonali. Più di 1 persona giovane su 3 pensa che una donna in menopausa non dovrebbe prendere farmaci per il benessere sessuale, come lubrificanti o estrogeni, perché è naturale che l'interesse sessuale diminuisca in questa fase di vita. Più di 1 persona su 4 (26%) crede che chi è in menopausa non dovrebbe parlare troppo dei sintomi come le vampate, considerandoli un tema "privato".
- > **L'ESPERIENZA DELLA MENOPAUSA:** L'82% del nostro campione rappresentativo è entrato in menopausa per cause naturali (fine naturale del ciclo mestruale). L'8% ha avuto una menopausa chirurgica (rimozione di utero o ovaie) mentre il 5% oncologica (dopo chemioterapia o radioterapia). L'età media in cui sono comparsi i primi sintomi della perimenopausa è 50 anni. Durante la perimenopausa, i sintomi più comuni includono vampate di calore, segnalate dal 52% del campione, seguite da sudorazioni notturne e aumento di peso, entrambi riscontrati dal 37%. I disturbi del sonno, come difficoltà ad addormentarsi, sono riportati dal 36% delle donne, mentre il 31% ha notato variazioni mestruali e sbalzi d'umore, con ansia e irritabilità. La secchezza vaginale è presente nel 30% dei casi, mentre i cambiamenti emotivi, come depressione e ansia, riguardano il 20%. Disturbi urinari e mal di testa sono riportati rispettivamente dal 18% e 17%, mentre il 16% ha sperimentato difficoltà di memoria, conosciute come "nebbia cerebrale". La perdita di massa muscolare interessa il 13% delle donne, mentre solo il 10% non ha riscontrato alcun sintomo.
- > **SUPPORTO RICEVUTO E RAPPORTO CON IL PERSONALE SANITARIO:** Quasi 7 donne su 10 (69%) vorrebbero ricevere più informazioni sulla menopausa. Solo poco più di 1 su 3 (35%) è sicura del fatto che il personale sanitario sa riconoscere in maniera accurata i sintomi della perimenopausa. Il 40% del campione ha cercato informazioni o supporto sui sintomi della perimenopausa, e di queste 1 su 2 si è rivolta come fonte primaria di informazioni a personale medico specializzato. Il 44% ha cercato invece informazioni su Internet. Il 38% ha riscontrato difficoltà nel reperire informazioni o supporto medico sulla perimenopausa. Quasi 1 donna su 5 (18%) spende più di 50 euro all'anno per gestire i sintomi della perimenopausa.
- > **IMPATTO DELLA PERIMENOPAUSA SULLE RELAZIONI E LA VITA SOCIALE:** Più di 1 donna su 5 (21%) ha dovuto rinunciare ad attività sociali (uscite con cerchia di amicizie, sport, altre attività fuori casa) a causa dei sintomi della perimenopausa almeno una volta e 1 su 10 ha dovuto rinunciare ad attività lavorative. In media, il campione intervistato ha perso 9 giorni di lavoro a causa dei sintomi della perimenopausa. Più di 1 donna su 4 (26%) si è sentita imbarazzata dai sintomi della perimenopausa in famiglia, più di 1 su 5 (21%) con colleghi o clienti uomini, 1 su 5 con colleghe o clienti donne.

<sup>10</sup> Per una definizione di "ageismo", vedere lo specchietto "Le parole per capire", a pagina 6. L'argomento verrà approfondito nel Capitolo 2.

## CAPITOLO 1.

# Autonomia corporea

” L'autonomia corporea è il diritto di ogni persona di decidere liberamente sul proprio corpo, senza subire violenze o coercizioni.

Questo principio, che ha radici profonde nelle lotte per la libertà e i diritti umani, ha acquisito un ruolo centrale con i movimenti femministi e per i diritti civili nel XX secolo<sup>12</sup>. Si inserisce nel più ampio concetto di autodeterminazione, ovvero la libertà di scegliere per sé e per il proprio futuro<sup>13</sup>. Per le donne e le altre soggettività, come le persone LGBTQIA+, l'autonomia corporea è essenziale per riconoscere la loro libertà.

Significa poter decidere, senza costrizioni, riguardo alla sessualità, alla maternità, alla genitorialità e all'accesso a servizi sanitari, come contraccezione, aborto sicuro e cure per la salute sessuale e riproduttiva. In questo senso, **l'autonomia corporea non è solo una scelta personale, ma un diritto che implica l'accesso equo a cure sanitarie di qualità, senza subire discriminazioni o barriere burocratiche.**

12 Uno degli slogan più noti per rivendicare l'autonomia corporea è "My Body, My Choice", un potente simbolo che afferma che nessuno, né lo Stato né la società, dovrebbe decidere per una persona riguardo al proprio corpo. Tuttavia, con la vittoria di Donald Trump alle elezioni americane del 2024, questo concetto è stato distorto da una crescente rete ideologica: la manosfera. La manosfera è una rete di account sui social media, forum e siti web che diffondono opinioni antifemministe, misogine e ultraconservatrici. Sebbene il termine esista da oltre 15 anni, negli ultimi anni ha acquisito una visibilità crescente, attirando molta attenzione. Al centro di questa rete c'è la convinzione che gli uomini siano le vere vittime di una società troppo favorevole alle donne, alimentata da un femminismo che considerano eccessivo (Stefanello, 2025). Un esempio di questa distorsione è il ribaltamento dello slogan in "Your Body, My Choice", che capovolge il messaggio originale di autodeterminazione, suggerendo che il corpo delle donne debba essere controllato da forze esterne, in particolare maschili. Questo approccio distorce il concetto di autonomia corporea, riflettendo il desiderio di un ritorno al controllo patriarcale che limita la libertà e l'autodeterminazione delle donne (Duffy, 2024).

13 Il concetto di autodeterminazione è nato principalmente in ambito politico e nazionale, come il diritto dei popoli di scegliere liberamente il proprio sistema di governo (autodeterminazione interna) e di essere liberi da dominazioni esterne, in particolare dal colonialismo (autodeterminazione esterna). Originato durante la Rivoluzione francese e sostenuto da figure come Lenin e Wilson, è stato riconosciuto in documenti fondamentali come la Carta Atlantica (1941) e la Carta delle Nazioni Unite (1945, art. 1, par. 2 e 55). Il principio è stato ribadito in vari strumenti internazionali, tra cui la Dichiarazione dell'Assemblea Generale sull'indipendenza dei popoli coloniali (1960) e i Patti sui diritti civili e politici e sui diritti economici, sociali e culturali (1966). Nel tempo, il concetto si è esteso al piano individuale, riconoscendo il diritto di ogni persona, e in particolare delle donne, di prendere decisioni autonome riguardo alla propria vita e al proprio corpo.

### Le parole per capire

**GRASSOFOBIA:** è un insieme di pregiudizi e stereotipi che porta a discriminazioni contro le persone con corpi che non rispondono agli standard socialmente definiti di bellezza e salute, spesso legati all'ideale di magrezza dominante<sup>14</sup>, soprattutto nei contesti occidentali. Questi pregiudizi si manifestano in vari aspetti della vita quotidiana, come l'accesso al lavoro, ai servizi sanitari, alle opportunità professionali e nelle relazioni personali, creando ostacoli e disuguaglianze per chi non corrisponde a tali modelli.



14 Gli ideali corporei cambiano nel tempo: se nei primi anni 2000 era celebrata una magrezza estrema, quasi emaciata, oggi l'ideale predominante è quello di un corpo magro ma tonico, scolpito, "in forma"—sempre però all'interno di una cornice che esclude i corpi grassi. Questi ultimi sono diventati bersaglio di stigmatizzazione e sistematicamente esclusi dalla rappresentazione del "bello", del "desiderabile" e, negli ultimi decenni, persino del "sano". Questa esclusione viene spesso giustificata con la preoccupazione per la salute, ma in molti casi si tratta di una retorica che maschera il giudizio morale verso certi corpi.

### Cosa prevede la legge italiana?

In Italia, il concetto di integrità fisica è centrale, riconoscendo il diritto di ogni persona a non subire danni al proprio corpo e a disporne liberamente. Il Codice penale punisce severamente chi viola l'integrità fisica di un'altra persona, mentre il Codice civile tutela l'autonomia corporea, consentendo risarcimenti in caso di lesioni. Un altro aspetto chiave è il diritto di acconsentire o rifiutare trattamenti medici, regolato dalla legge 219 del 2017, che stabilisce il consenso informato come elemento fondamentale nella relazione medico-paziente, assicurando che ogni persona possa prendere decisioni libere e consapevoli sulla propria salute. Infine, l'articolo 32 della Costituzione stabilisce che **"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"**, implicando anche il diritto di decidere autonomamente riguardo al proprio corpo e ai trattamenti medici.



Nonostante i diritti di autonomia corporea siano riconosciuti da molte legislazioni internazionali e nazionali, per molte persone, in particolare donne e ragazze, il pieno esercizio di questi rimane ancora difficile da raggiungere<sup>15</sup>. Le barriere culturali, sociali e le discriminazioni limitano la loro libertà di scelta, con impatti negativi su salute e benessere. In un contesto patriarcale, il controllo sulle scelte sessuali e riproduttive diventa uno strumento di dominio che permea molte altre aree della vita delle donne. L'accesso limitato alla contraccezione e all'aborto sicuro può portare a gravidanze non pianificate, con conseguenze gravi per la salute e la partecipazione attiva nella vita sociale ed economica. La mancanza di controllo sul proprio corpo e la difficoltà nel prendere decisioni autonome in ambito sessuale e riproduttivo impediscono alle donne di conquistare l'autonomia anche in altri ambiti, come nel lavoro o nella partecipazione sociale e politica.

” **L'autonomia corporea, però, non riguarda solo la sfera sessuale e riproduttiva, ma include anche il diritto a sviluppare un'immagine corporea positiva o neutrale<sup>16</sup>, libera dagli ideali di bellezza imposti dalla società.**

Le forti pressioni sociali, come la grassofobia e la discriminazione contro chi non rientra in standard estetici convenzionali, limitano questa libertà. **Gli ideali di bellezza irrealistici alimentano una cultura di autocontrollo e sorveglianza che mette le donne e altre soggettività in una continua condizione di inadeguatezza, ostacolando ulteriormente la loro capacità di autodeterminarsi. Così, il controllo sui corpi non è solo una questione di leggi, ma una cultura radicata che limita la libertà delle donne e delle soggettività più marginalizzate in molti aspetti della loro vita.**

15 Il potere decisionale delle donne in materia di salute sessuale e riproduttiva è ancora molto limitato, ostacolando i progressi in tutte le aree del Programma di Azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo (ICPD). Ogni giorno, circa 331.000 gravidanze - pari alla metà di tutte le gravidanze - sono ancora non pianificate, a causa di lacune nei servizi, della mancanza di opzioni contraccettive accessibili per le donne, e della protezione insufficiente del loro diritto all'autonomia corporea. I dati più recenti sugli SDG provenienti da 68 paesi indicano che il 44% delle donne con un partner non ha la possibilità di prendere decisioni autonome riguardo alla propria salute, alla contraccezione o al sesso. Il 24% non può rifiutarsi di avere rapporti sessuali, il 25% non ha il controllo sulle proprie scelte sanitarie e l'11% non può decidere riguardo alla contraccezione. Le norme sociali e di genere discriminatorie limitano il potere decisionale e l'autonomia corporea delle donne, così come le barriere strutturali che impediscono l'accesso a educazione, lavoro e partecipazione politica (UNFPA, 2025).

16 La body positivity è un movimento che nasce alla fine degli anni Sessanta, nel contesto delle lotte femministe, con l'obiettivo di cambiare radicalmente la percezione dei corpi che non rispondono agli ideali di bellezza tradizionali. Il movimento si è diffuso maggiormente tra il 2010 e il 2011, anche grazie ai social media, con l'hashtag #bodypositivity che ha diffuso l'idea che ogni corpo, a prescindere da dimensioni, forma, colore o imperfezioni, meriti amore e rispetto. Il messaggio principale è che ogni corpo sia bello così com'è, e ogni persona abbia il diritto di sentirsi a proprio agio nella propria pelle, senza doversi adattare agli standard estetici imposti dalla società. Tuttavia, non tutte le persone riescono a connettersi positivamente con il proprio corpo, nonostante l'aumento della visibilità di modelli alternativi. È qui che entra in gioco la body neutrality, un concetto che invita a ridurre l'importanza dell'aspetto fisico nella propria vita. Questo approccio promuove l'idea che il benessere e l'autostima non dipendano esclusivamente dall'aspetto esteriore, ma da una combinazione di fattori interni ed esterni. L'obiettivo è sviluppare un senso di appagamento che non si concentri solo sull'immagine fisica, ma anche su altre qualità che ci definiscono e ci rendono degni di apprezzamento (Scaglioni, 2022).

### 1.1. Sotto attacco: i diritti sessuali e riproduttivi

” **I diritti sessuali e riproduttivi sono diritti umani fondamentali che permettono a ogni persona di prendere decisioni libere e consapevoli riguardo alla propria sessualità e salute riproduttiva, senza subire discriminazioni o violenze.**

Per garantire questi diritti, è essenziale avere accesso a informazioni accurate e a strutture sanitarie adeguate, rimuovendo barriere economiche, culturali e sociali, e assicurando la disponibilità di servizi come l'aborto sicuro, la contraccezione e la riproduzione medicalmente assistita.

In Italia, il riconoscimento legale di questi diritti è il frutto di lunghe battaglie sociali, femministe e per i diritti umani. **Un momento cruciale fu il 10 marzo 1971, quando la Corte costituzionale abrogò l'articolo 553 del Codice penale, che proibiva la diffusione dei contraccettivi, aprendo la strada alla Legge 405 del 1975, che regolamentò i contraccettivi e garantì l'accesso alla pianificazione familiare. La Legge 194 del 1978 depenalizzò l'aborto entro i primi 90 giorni, riducendo i rischi legati agli aborti clandestini. La Legge 164 del 1982 ha rappresentato il primo riconoscimento legale della possibilità di rettificare l'attribuzione di sesso nei registri anagrafici<sup>17</sup>. Un ulteriore passo fu la Legge 40 del 2004, che regolamentò l'accesso alla riproduzione assistita, aiutando chi affrontava problemi di fertilità.**

Tuttavia, nonostante i progressi normativi, i diritti sessuali e riproduttivi non sono sempre garantiti nella pratica. Le barriere culturali, economiche e strutturali, come la carenza di servizi, la diffusione dell'obiezione di coscienza tra il personale sanitario e le difficoltà economiche, ne ostacolano l'effettivo esercizio.

Nel contesto internazionale, il 2023 ha visto un aumento delle difficoltà legate all'accesso a questi diritti, come riportato dalla Commissione di monitoraggio degli obiettivi di Nairobi<sup>18</sup>.

17 Inizialmente, questa legge prevedeva un procedimento bifasico: prima l'autorizzazione all'intervento chirurgico da parte del tribunale, e successivamente, dopo l'operazione, la richiesta di rettifica del sesso e del nome anagrafico. Questo approccio rifletteva una visione medicalizzata della transizione di genere, subordinando il riconoscimento legale a modifiche fisiche del corpo. Con l'articolo 31 del Decreto Legislativo 1 settembre 2011, n. 150, è stato eliminato l'obbligo dell'intervento chirurgico per ottenere la rettifica anagrafica. Il decreto stabilisce che l'intervento può essere effettuato "quando risulta necessario", riconoscendo che l'adeguamento dei caratteri sessuali non è sempre indispensabile per il riconoscimento legale del genere. Un ulteriore passo avanti è stato compiuto con la sentenza n. 143 del 2024 della Corte Costituzionale, che ha dichiarato l'illegittimità dell'obbligo di autorizzazione giudiziaria per l'intervento chirurgico di adeguamento dei caratteri sessuali, qualora la transizione sia già compiuta. La Corte ha sottolineato l'importanza del diritto all'identità di genere e ha affermato che l'intervento chirurgico non può essere imposto come condizione per il riconoscimento legale del genere.

18 Nel 2019, in occasione del 25° anniversario della storica conferenza del Cairo, il Summit di Nairobi ha rafforzato gli impegni per l'implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi attraverso

**Le disuguaglianze sociali ed economiche, insieme al declino delle democrazie e all'ascesa di movimenti autoritari, minacciano i diritti delle donne e delle persone in condizioni di marginalizzazione, compromettendo i progressi verso la parità dei generi e la giustizia sociale.**

### IL DIRITTO ALL'ABORTO

**L'aborto è un intervento sanitario sicuro che può essere eseguito tramite farmaci o procedure chirurgiche, e, nel caso dell'aborto farmacologico<sup>19</sup>, può essere autogestito dalla persona gravida, a casa, se supportato da informazioni corrette e farmaci di qualità.** Questo tipo di assistenza richiede l'accesso a informazioni precise e il supporto di professionisti sanitari, se desiderato.

**” Nel 2020, l'OMS ha riconosciuto l'assistenza completa all'aborto come un servizio sanitario essenziale, comprendente informazioni, gestione dell'intervento e assistenza post-aborto.**

**L'accesso all'aborto sicuro e legale è una questione di diritti umani fondamentali<sup>20</sup>, come sottolineato dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e vari trattati internazionali, tra cui il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR), il Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici (ICCPR), la Convenzione contro la Tortura (CAT), la Convenzione sull'Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione contro le Donne (CEDAW) e la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia (CRC), nonché in trattati regionali in Africa, nelle Americhe e in Europa. Nel 2024 è stata approvata una risoluzione che chiede di includere nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea il diritto a un aborto sicuro, legale e universale, esortando gli Stati membri a depenalizzarlo e a rimuovere ostacoli legali<sup>21</sup>.**

la Dichiarazione di Nairobi, che ha delineato 12 obiettivi specifici, tra cui l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, anche in contesti umanitari, il contrasto alla violenza di genere e alle pratiche dannose, e la promozione della parità di genere. A vigilare sull'implementazione degli obiettivi di Nairobi è stata istituita una Commissione di alto livello, che annualmente produce un rapporto di valutazione sull'andamento dei Paesi nel garantire i diritti sessuali e riproduttivi. L'ultimo rapporto è disponibile qui: [https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/HLC%20Report%202023\\_Report\\_28%20Sept.pdf](https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/HLC%20Report%202023_Report_28%20Sept.pdf)

<sup>19</sup> In molti paesi questa possibilità è prevista per legge. In Francia, ad esempio, è possibile ricorrere all'aborto farmacologico nelle prime 7 settimane, in Italia e in Spagna entro la 9, nei paesi degli Stati Uniti in cui è legale, entro le 10 settimane.

<sup>20</sup> L'accesso a un aborto sicuro ha anche significative ricadute sociali, influenzando l'educazione delle donne, la loro partecipazione al mercato del lavoro e contribuendo positivamente alla crescita del PIL. In virtù del legame tra i diritti delle donne, di bambini e bambine, la legalizzazione dell'aborto può anche migliorare i risultati scolastici di figli e figlie e le loro opportunità di guadagno nel futuro. Evidenze empiriche, infatti, suggeriscono che la legalizzazione dell'aborto, riducendo il numero di gravidanze indesiderate, può aumentare gli investimenti dei genitori nei figli e nelle figlie, compresa la scolarizzazione delle ragazze (Van der Meulen Rodgers et al., 2021).

<sup>21</sup> La proposta del Parlamento europeo suggerisce una modifica dell'articolo 3 della Carta per affermare che ogni individuo ha il diritto di prendere decisioni autonome sul proprio corpo, di accedere in modo libero, informato, completo e universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi servizi sanitari, senza discriminazioni, incluso l'accesso all'aborto sicuro e legale. Inoltre, il testo esorta i Paesi dell'UE a depenalizzare completamente l'aborto, in conformità con le linee guida dell'OMS del 2022, e a rimuovere gli ostacoli legali e pratici all'accesso all'aborto. I deputati e le deputate del Parlamento hanno anche condannato il fatto che in alcuni Stati membri l'aborto venga negato dai medici, e talvolta da intere strutture sanitarie, invocando la clausola di "obiezione di coscienza", anche quando un ritardo potrebbe mettere in pericolo la vita o la salute del paziente. Inoltre, il Parlamento sostiene che l'insegnamento dei metodi e delle procedure di aborto dovrebbe essere obbligatorio nei corsi di formazione per medici e studenti di medicina. Infine, la Commissione europea è invitata a garantire che le organizzazioni che si oppongono alla parità di genere e ai diritti delle donne, inclusi i diritti riproduttivi, non ricevano finanziamenti dall'UE. Gli Stati membri e i governi locali sono anche sollecitati ad aumentare i fondi destinati a programmi e sussidi per i servizi sanitari e la pianificazione familiare.

Numerosi studi scientifici<sup>22</sup> hanno dimostrato che un aborto sicuro non è legato a effetti negativi sulla salute mentale. Al contrario, le restrizioni e il divieto di accesso all'aborto possono avere effetti psicologici dannosi, soprattutto a causa dello stigma e della pressione sociale. **L'inaccessibilità o il diniego dell'aborto sicuro rappresentano una violazione dei diritti umani, tra cui il diritto alla vita, alla salute fisica e mentale, e alla libertà di decidere sulla propria genitorialità.** L'aborto non sicuro è anche una delle principali cause prevenibili di morte materna, con gravi conseguenze fisiche, psicologiche, sociali ed economiche per le persone coinvolte, le comunità e i sistemi sanitari (Abrams, 2022).



### IL DIRITTO ALL'ABORTO IN ITALIA

**In Italia, l'accesso all'aborto volontario è regolato dalla legge 194/1978, che riconosce il diritto alla vita dell'embrione e del feto, ma tutela anche la salute fisica e psicologica della donna se questa è a rischio a causa della gravidanza, del parto o della maternità** (Associazione Luca Coscioni, 2022). Prima dell'introduzione di questa legge, la contraccezione era vietata e l'aborto era considerato un crimine. **Secondo il codice Rocco, veniva punito come "delitto contro l'integrità della stirpe"** (Quaglia, 2022).

Oggi, però, l'implementazione della legge non è priva di criticità.

**” La legge 194, sebbene esista formalmente, si scontra con una realtà che spesso limita le libertà e i diritti delle persone che vorrebbero abortire. Il diritto all'aborto è ostacolato concretamente, erodendo progressivamente altri diritti umani fondamentali.**

**I contenuti della legge 194 sono, infatti, frutto di un compromesso tra posizioni diverse, come dimostra l'inserimento dell'articolo 9, che permette al personale sanitario di rifiutarsi di praticare l'aborto per motivi di obiezione di coscienza.** Secondo l'ultima relazione del Ministero della Salute (2024), nel 2022 sono stati registrati 65.661 aborti, un aumento del 3,2% rispetto ai 63.653 del 2021.

<sup>22</sup> Si vedano, ad esempio: American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion (2008), Report of the Task Force on Mental Health and Abortion, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>; ANSIRH (2020), *The mental health impact of receiving vs. being denied a wanted abortion*, [https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental\\_health\\_issue\\_brief\\_7-24-2018.pdf](https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/mental_health_issue_brief_7-24-2018.pdf); Rocca, C. et al. (2019), *Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306999?via=ihub>

Le criticità della legge e nella possibilità di esercitare un aborto sicuro sono diverse:

> **OBIEZIONE DI COSCIENZA:** La legge consente al personale sanitario di rifiutarsi di praticare l'aborto per motivi di obiezione di coscienza (articolo 9). Sebbene questo sia un diritto riconosciuto, il fenomeno è diventato un ostacolo significativo all'accesso all'aborto sicuro. Secondo l'ultima relazione del Ministero della Salute (2024), il 60,5% del personale ginecologico ha presentato obiezione di coscienza. In alcune regioni, come il Molise (90,6% di obiettori), la situazione è particolarmente critica, con strutture in cui tutto il personale si appella all'obiezione di coscienza, portando avanti la cosiddetta "obiezione di struttura", contravvenendo così alla stessa Legge 194 (Lalli & Montegiove, 2022).

> **I SETTE GIORNI DI RIFLESSIONE:** L'articolo 5 della Legge 194 impone un "periodo di riflessione" obbligatorio di sette giorni tra la richiesta e l'intervento di interruzione della gravidanza, salvo situazioni di urgenza. Questo periodo, che non ha basi scientifiche, riflette piuttosto un compromesso politico e culturale, trattando l'aborto come un'esperienza necessariamente dolorosa che deve essere evitata. La pausa forzata aumenta il disagio psicologico della persona e, in alcuni casi, può anche comportare rischi fisici (Associazione Luca Coscioni, 2022).

> **ASSOCIAZIONI PRO-VITA NEI CONSULTORI:** Nel 2024, il governo italiano ha approvato un emendamento che consente alle Regioni di coinvolgere nel sistema sanitario pubblico associazioni pro-vita<sup>23</sup>, tra cui gruppi antiabortisti come "Pro Vita e Famiglia" e il "Movimento per la Vita". Questo favorisce la diffusione di visioni contrarie all'aborto, influenzando negativamente l'ambiente sanitario e la consulenza offerta alle persone che desiderano interrompere la gravidanza (Amabile, 2024).

> **OBBLIGO DI ASCOLTARE IL BATTITO CARDIACO DEL FETO:** Nel 2024 è stata presentata una proposta di legge che prevede che le donne siano obbligate ad ascoltare il battito cardiaco del feto prima di procedere con l'aborto<sup>24</sup>. Questa pratica, che alcune strutture già applicano, è invasiva e manipolativa. Si tratta di un atto di coercizione emotiva che mina l'autonomia delle donne, costringendole a confrontarsi con un aspetto della gravidanza che potrebbero non voler affrontare in quel momento. L'obiettivo sembra essere quello di indurre

<sup>23</sup> Il movimento pro-life, noto anche come *antiaborto* o *antiscelta*, è costituito da organizzazioni e movimenti di natura sociale, politica e culturale che, a livello nazionale e internazionale, si oppongono all'aborto, contrastando le legislazioni che ne permettono la pratica legale, e sostenendo diverse forme di restrizione all'interruzione volontaria di gravidanza.

<sup>24</sup> L'iniziativa, promossa da "Associazione Ora et Labora in Difesa della Vita, da "Pro Vita & Famiglia" e da altre cinquantine di associazioni, ha raccolto 106mila firme. La questione del battito fetale è diventata un tema centrale nella legislazione sull'aborto a livello globale. Nel 2023, l'Ungheria ha approvato una legge che obbliga le donne ad ascoltare il battito fetale prima di procedere con l'aborto. Dopo la revoca della sentenza Roe v. Wade negli Stati Uniti, diversi stati hanno introdotto le cosiddette "heartbeat bills", che vietano l'aborto non appena il battito è percepibile, generalmente entro alle sei settimane di gravidanza. Tuttavia, a questa età gestazionale, il suono percepito è solo l'attività elettrica di un gruppo di cellule, e non il battito di un cuore sviluppato. La comunità scientifica, infatti, sconsiglia di interpretare questo suono come segno di vita. Nonostante ciò, il successo delle "heartbeat bills" ha creato un precedente per l'eliminazione delle protezioni legali sull'aborto (Guerra, 2023).

sensi di colpa e mettere in discussione il diritto delle donne a decidere liberamente sulla propria salute e sul proprio corpo (Guerra, 2023).

> **I CIMITERI DEI FETI:** La gestione dei "prodotti abortivi" è un altro punto critico. Quando l'aborto avviene dopo la 28esima settimana di gravidanza, il feto viene trattato come un nato morto (*stillbirth*) e sepolto come tale. Quando l'aborto avviene tra la 20esima e la 28esima settimana, la sepoltura è obbligatoria, ma la donna ha 24 ore per decidere come procedere. **Se l'aborto avviene prima della 20esima settimana, la sepoltura non è obbligatoria, ma la donna ha comunque la possibilità di scegliere. Tuttavia, alcune strutture ospedaliere, in collaborazione con associazioni religiose pro-life, gestiscono cimiteri dei feti dove avviene la sepoltura senza il consenso<sup>25</sup> informato della donna.** Questi cimiteri, spesso nascosti in aree non visibili dei cimiteri tradizionali, continuano a essere un modo per stigmatizzare le donne che scelgono di esercitare il proprio diritto all'aborto, alimentando il senso di colpa e ostacolando ulteriormente il diritto all'interruzione volontaria di gravidanza<sup>26</sup> (Ferri, 2023).

**” La sensazione è che, se si rimane incinta in Italia, non ci sono altre possibilità, perché l'aborto non è accessibile. E se lo è, lo è con un peso sociale devastante. Non la vivi serenamente, anche se per me è una cosa molto serena. Cioè, per me sarebbe "Mi capita, fine". Personalmente, e anche a livello di famiglia, non la vivrei in modo pesante, cioè la mia famiglia mi supporterebbe al 100%. Però, la società, dall'altra parte, è molto giudicante. E questo si vede benissimo, perché non è una cosa che prendi e fai. Poi, c'è tanto questa idea del "Hai abortito, ma perché l'hai fatto?". Come se avessi sbagliato, come se fosse una cosa che avresti potuto benissimo evitare. Qualcosa di cui vergognarsi anche.” - donna, 24 anni**

<sup>25</sup> Nel 2020, è stata Marta Loi che denunciare per prima la presenza di questi cimiteri. Recandosi al cimitero Flaminio di Roma, ha scoperto una croce con il proprio nome e la data della sua interruzione volontaria di gravidanza. Sotto quella croce, sepolto in pochi centimetri di terra, ciò che restava del prodotto abortivo. Una sepoltura avvenuta senza il suo consenso, che la donna ha vissuto come una violenza, aggravata dal fatto che non si trattava di un caso isolato: intorno a quella croce ce n'erano centinaia di altre, appartenenti a donne che, come lei, non erano state informate né avevano autorizzato la sepoltura.

<sup>26</sup> A fronte di questo quadro, diverse realtà, tra cui l'Associazione Luca Coscioni, continuano a denunciare le falle del sistema attuale, ma anche a ribadire le inadeguatezze presenti nel testo stesso della legge. In particolare, l'Associazione richiede la modifica delle parti della legge che hanno dimostrato le maggiori criticità, tra cui è incluso l'articolo 9 sull'obiezione di coscienza. Gli altri articoli considerati più critici sono: articolo 4, che stabilisce il limite di 90 giorni per l'aborto su richiesta, basato sull'autonoma valutazione della donna; articolo 5, che stabilisce l'obbligatorietà del documento o del certificato rilasciato dal medico, e che prevede un periodo di "riflessione" di 7 giorni; articoli 6 e 7, che regolano l'aborto volontario cosiddetto terapeutico.

## La parola ai dati



Secondo il sondaggio WeWorld-Ipsos, il 55% del campione sostiene il diritto all'aborto<sup>27</sup>, ma ci sono differenze geografiche, di background educativo e generazionali. Al Sud, il sostegno scende al 50%, mentre tra le persone laureate e quelle giovani (18-30 anni) supera la media, raggiungendo il 58%. Tuttavia, il 45% del campione non considera l'aborto un diritto da garantire sempre, a causa di influenze culturali, religiose e politiche.

Esiste anche un divario di opinione tra i generi: il 59% delle donne è favorevole all'aborto senza restrizioni, mentre solo il 51% degli uomini condivide questa opinione. Inoltre, gli uomini (32%) sono più propensi delle donne (27%) a pensare che l'aborto debba essere limitato a determinate circostanze. Nonostante ciò, tra le donne, complessivamente il 41% non riconosce questo diritto come sempre garantito: in particolare, il 34% ritiene che l'aborto debba essere soggetto a restrizioni, il 3% non lo riconosce come diritto e il 4% non si esprime sull'argomento.

Questi dati riflettono un cambiamento nel dibattito pubblico sulla salute sessuale e riproduttiva, con significativi arretramenti, anche in Paesi tradizionalmente progressisti. Nel 2022, la storica sentenza "Roe v. Wade" è stata ribaltata dalla Corte Suprema degli Stati Uniti, con nove stati che hanno vietato l'aborto<sup>28</sup> (Il Post, 2025). Inoltre, nel 2025, con l'amministrazione Trump, sono state rafforzate misure restrittive come l'emendamento Hyde<sup>29</sup> e il ripristino della *Global Gag Rule*, riducendo l'accesso all'aborto sicuro e alla contraccezione. Contemporaneamente, i movimenti antiabortisti (*anti-choice o pro-life*), spesso reazionari e antifemministi, hanno guadagnato terreno, contribuendo alla normalizzazione dei discorsi contro i diritti sessuali e riproduttivi anche in Europa. Nel disaccordo sull'aborto, le differenze tra i generi si stanno riducendo, con una presenza, seppur minoritaria, di donne che vi si oppongono completamente.

Queste tendenze sono confermate anche dai dati raccolti. Sebbene gli uomini siano leggermente più inclini delle donne a negare totalmente il diritto all'aborto (4% contro 3%), la presenza di una quota di donne che respinge completamente questo diritto dimostra come il dibattito sull'aborto non sia solo una questione di genere, ma anche il risultato di influenze culturali, ideologiche e politiche che attraversano tutta la società.

27 È importante precisare che questa indagine non si proponeva di verificare quanto il campione conosca o condivida le disposizioni della legge 194/1978. Sebbene la legge riconosca il diritto all'aborto, questa è il risultato di un compromesso politico e presenta varie difficoltà nella sua applicazione. Nonostante sulla carta garantisca l'accesso all'aborto, nella realtà la sua attuazione è ostacolata dall'alto numero di medici e personale sanitario che esercitano l'obiezione di coscienza. In alcuni casi, si è verificata anche l'obiezione di struttura, una pratica che la legge dovrebbe vietare, ma che in alcune aree impedisce alle persone di esercitare il loro diritto. L'obiettivo di questa indagine è stato capire come gli italiani e le italiane percepiscono il diritto all'aborto, senza entrare nel merito della normativa attuale. L'opzione "L'interruzione di gravidanza dovrebbe essere un diritto della donna in qualsiasi circostanza" potrebbe aver spinto alcune persone a riflettere su situazioni non previste dalla legge, come l'accesso all'aborto senza limiti temporali rigidi. Il dibattito su questo tema è ancora aperto e rilevante, sia sul piano legale che etico e sociale. Garantire un accesso equo e concreto ai servizi per l'aborto si scontra ancora oggi con ostacoli pratici e ideologici che impediscono a molte donne di esercitare pienamente il loro diritto di scelta.

28 Tuttavia, nel 2024, sette stati (Arizona, Colorado, Maryland, Missouri, Montana, Nevada e New York) si dieci hanno votato per inserire il diritto all'aborto nelle loro Costituzioni statali, al fine di garantire l'accesso legale e sicuro all'aborto contro future legislazioni restrittive.

29 L'emendamento Hyde è un atto legislativo degli Stati Uniti che vieta i finanziamenti pubblici per gli aborti, salvo casi di incesto, stupro e pericolo per la salute della donna.

## LA CONTRACCEZIONE

In Italia, la legalizzazione della contraccezione ha segnato un punto di svolta fondamentale per l'autonomia corporea delle donne e delle persone con utero. I contraccettivi ormonali<sup>30</sup>, in particolare, sono stati visti come una grande conquista per superare i tabù sessuali che dominavano la società del Novecento. Prima di questa rivoluzione, il Codice Rocco, in vigore fin dagli anni Trenta, vietava severamente la "propaganda dei mezzi atti a impedire la procreazione", sostenendo una politica fascista che esaltava la natalità come forza per lo Stato<sup>31</sup> (Guerra, 2018). Questo divieto fu abrogato solo nel 1971, quando la Corte costituzionale dichiarò incostituzionale l'articolo 553 del Codice Rocco<sup>32</sup>, aprendo la strada all'accesso ai contraccettivi.

## Le parole per capire



**CONTRACCEZIONE:** l'insieme di metodi per evitare gravidanze indesiderate e, in alcuni casi, proteggere dalle malattie sessualmente trasmissibili. Esistono diversi tipi di contraccezione e ogni metodo agisce in modo diverso, permettendo a chi lo utilizza di scegliere la soluzione più adatta alle proprie esigenze:

- > **Ormonale:** impedisce l'ovulazione, modifica il muco cervicale e il rivestimento dell'utero. Tra i metodi più comuni ci sono la pillola, il cerotto e l'anello vaginale.
- > **Meccanica:** crea una barriera fisica per bloccare gli spermatozoi, come il preservativo (maschile e femminile), il diaframma e la spirale intrauterina (IUD).
- > **Permanente:** include la sterilizzazione per le donne (chiusura delle tube di Falloppio) e la vasectomia per gli uomini (taglio dei dotti deferenti).
- > **D'emergenza:** la "pillola del giorno dopo", che deve essere assunta il prima possibile dopo un rapporto non protetto. È più efficace se assunta entro 72 ore, ma può funzionare fino a 5 giorni. In Italia, è disponibile senza prescrizione per le persone maggiorenti.

30 La storia della pillola ormonale è segnata da violenze e violazioni dei diritti e dell'autonomia corporea delle persone. Durante il principale studio clinico condotto a Porto Rico, che portò alla sua approvazione, alle partecipanti non fu detto che stavano prendendo parte a un esperimento e che il farmaco non era ancora stato approvato. Inoltre, non vennero informate dei gravi effetti collaterali della pillola, che all'epoca erano molto più intensi a causa dell'alto dosaggio. In aggiunta, alcune delle figure chiave nella creazione della pillola, come Margaret Sanger, erano aderenti al movimento eugenetico. Sanger sosteneva che i contraccettivi dovessero essere usati per limitare la nascita di individui considerati "inadatti", giustificando la prevenzione della riproduzione di persone mentalmente e fisicamente fragili come un modo per migliorare la qualità della popolazione e promuovere il progresso umano (Tripaldi, 2023).

31 Allo stesso tempo, la Chiesa cattolica condannava fortemente ogni tipo di controllo delle nascite, in quanto ritenuto incompatibile con l'ideale di famiglia naturale, il cui scopo principale era la procreazione. In questo contesto, la sessualità veniva vista come strettamente legata alla riproduzione, e ogni separazione tra i due aspetti era considerata moralmente inaccettabile (Dhont, 2010).

32 Tuttavia, la contraccezione non faceva ancora parte della vita quotidiana della popolazione. Il divieto di vendita dei contraccettivi in farmacia, derivante da normative del 1927 (Regolamento per la registrazione dei farmaci), impediva la registrazione di dispositivi medico-chirurgici con finalità anticoncezionali. Di conseguenza, i contraccettivi venivano commercializzati sotto false indicazioni: la pillola veniva presentata come un regolatore del ciclo mestruale, mentre gli spermicidi venivano etichettati come antisettici per l'igiene intima femminile.

Nel 1975, i consultori familiari pubblici furono istituiti per fornire supporto in tema di salute sessuale e riproduttiva, offrendo consulenze gratuite sulla contraccezione, la maternità e la genitorialità<sup>33</sup>. Questi servizi sono inclusi nell'ambito della Legge 194 del 1978, che stabilisce l'accesso gratuito anche per minori e persone senza cittadinanza italiana, garantendo così diritti cruciali alla salute sessuale e riproduttiva<sup>34</sup> (Ministero della Salute, 2024).

**Tuttavia, questi diritti non sono mai definitivi e vengono spesso messi in discussione. In Italia, i costi elevati dei contraccettivi ormonali<sup>35</sup> e la scarsa informazione sull'educazione sessuale e riproduttiva, che non trova spazio nelle scuole<sup>36</sup>, sono ostacoli persistenti.** L'Italia, infatti, è rimasta tra gli ultimi paesi in Europa a non fornire corsi di educazione affettiva e sessuale standardizzati nelle scuole di ogni ordine e grado.

**Storicamente, la responsabilità della contraccezione è stata quasi esclusivamente femminile. Il corpo delle donne è stato considerato l'unico "spazio" per la pianificazione familiare, mentre gli uomini sono stati esonerati da questa responsabilità.** Dei venti contraccettivi approvati dalla FDA, solo due sono destinati agli uomini: il preservativo e la vasectomia<sup>37</sup> (Guerra, 2018).

33 All'epoca, la distribuzione di opuscoli informativi e l'organizzazione di conferenze sulla pianificazione familiare erano considerati reati, in violazione dell'articolo 553. Questo comportava il rischio di interventi della polizia e di denunce, con le attività spesso interrotte. Tuttavia, associazioni come l'AIED (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica) adottarono una strategia di disobbedienza civile: tra i protagonisti e le protagoniste ci furono Adele Faccio del CISA, Emma Bonino, Gianfranco Spadaccia, Marco Pannella, Loris Fortuna e molte altre figure di intellettuali, che contribuirono a fare della salute sessuale e riproduttiva un diritto.

34 Il testo stabilisce che la somministrazione dei mezzi necessari per una procreazione responsabile, su prescrizione medica nelle strutture sanitarie e nei consultori, è consentita anche ai minori. Tuttavia, manca una specificità riguardante la fascia d'età, che spesso viene ricercata in altre normative. Ad esempio, molti ritengono che il limite minimo per la liceità della prescrizione sia fissato a 13 anni, desumendolo dall'articolo 5 della legge 66/1996, "Norme contro la violenza sessuale", che stabilisce che non è punibile il minore che compie atti sessuali con un altro minore di almeno 13 anni, purché la differenza di età tra i due non superi i tre anni. Questa disposizione è stata interpretata in molti contesti giuridici come un "limite" che, anche in ambito sanitario e contraccettivo, viene utilizzato per stabilire quando un minore può avere accesso a determinati servizi senza il consenso esplicito dei genitori. Quindi, alcuni ritengono che il limite di età per la prescrizione di contraccettivi ai minorenni dovrebbe essere 13 anni, in linea con la definizione legale della capacità di acconsentire ad attività sessuali.

35 In Italia, la contraccezione dovrebbe essere gratuita secondo le leggi sui consultori familiari del 1975 e sull'interruzione volontaria della gravidanza del 1978. Tuttavia, a livello nazionale, la questione non è mai stata affrontata in modo definitivo e la responsabilità è stata delegata alle Regioni, spesso anche alle singole Asl o all'iniziativa dei consultori e degli ospedali. Pertanto, l'accesso gratuito agli anticoncezionali nelle strutture pubbliche dipende dalla disponibilità e dall'impegno di chi lavora nel settore, o dalla lungimiranza delle amministrazioni locali. Nel contesto attuale, una confezione di preservativi può arrivare a costare fino a 15 euro, la pillola anticoncezionale fino a 20, mentre il diaframma, che ha un prezzo di circa 40 euro, è ormai difficile da reperire, e altrettanto complicato è trovare professionisti in grado di spiegare il suo corretto inserimento e utilizzo. Nel settore privato, il costo di una spirale può arrivare anche a 400 euro; sebbene esistano alcune strutture che offrono il servizio gratuitamente, la maggior parte dei consultori non fornisce questa assistenza. Nel marzo del 2023, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) aveva approvato la rimborsabilità totale della contraccezione orale per tutte le donne, senza limitazioni di età e su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, successivamente, il consiglio di amministrazione dell'AIFA ha deciso di bloccare questa decisione, giustificando la scelta con la mancanza di elementi sufficienti per una deliberazione finale. Attualmente, solo sei Regioni italiane adottano una politica favorevole alla contraccezione gratuita nei consultori, nelle farmacie e/o per alcune categorie specifiche: Emilia-Romagna, Puglia, Piemonte, Toscana, Lazio e Lombardia. A queste si aggiunge la provincia autonoma di Trento, che offre la gratuità dei contraccettivi.

36 Nel "Contraception Atlas 2019", che analizza l'accesso alla contraccezione in 45 paesi dell'Europa geografica, l'Italia si colloca al 26° posto con un tasso di utilizzo del 58%, un valore che la pone lontana da nazioni come Gran Bretagna, Francia e Spagna, avvicinandola invece a paesi come Turchia e Ucraina. Secondo l'ultima analisi ISTAT "La salute riproduttiva della donna", pubblicata nel 2017, circa il 62% della popolazione tra i 18 e i 54 anni (di cui il 57% donne e il 66% uomini) utilizza metodi per pianificare o evitare una gravidanza, con il preservativo e la pillola come i metodi più utilizzati. Tuttavia, si osserva che, nonostante un maggiore ricorso ai metodi di contraccezione moderni (soprattutto pillola e preservativo), in Italia non si può ancora parlare di una "rivoluzione contraccettiva", intesa come una transizione verso una diffusione capillare di metodi moderni ed efficaci. Infatti, subito dopo il preservativo e la pillola, il coito interrotto risulta essere il metodo più comune per evitare una gravidanza, con un uso del 20%, a causa, in particolare, dell'alto costo dei contraccettivi e della loro difficile reperibilità (Aidos, 2020).

37 Solo di recente la ricerca medica ha avviato nuovi progetti per lo sviluppo di una pillola anticoncezionale maschile, in risposta alla crescente domanda di una condivisione più equilibrata delle responsabilità e di una più ampia gamma di contraccettivi maschili. A inizio marzo 2025, la Univer-

Questo squilibrio ha avuto conseguenze economiche e sociali, con le donne che continuano a sostenere gran parte dei costi legati alla contraccezione e alla salute riproduttiva.



*"Non assumo la pillola nonostante tutti i ginecologi abbiano provato a prescrivermela. È una mia fissazione mentale, so che non è una cosa corretta, ma ho paura e non voglio forzarmi in quello. Quindi io uso metodi più naturali diciamo, anche se probabilmente meno sicuri. Però, tutte le persone che conosco assumono la pillola. Sulla spesa, dipende, molti miei amici fanno a metà, un mese prende uno, un mese prende l'altro. Però, tutta la responsabilità e gli effetti collaterali sono sulle donne."* - donna, 26 anni

*"Io ho preso la pillola per tre anni della mia vita. Rispetto al comprarla, essendo sotto ricetta, devi andare tu. A livello di sostegno economico, c'è stata una condivisione, ma sempre sotto richiesta da parte mia. Non è che l'altro ti chiede "Ma posso aiutarti?" No, sei tu che dici "Senti, costa 20 euro al mese, puoi contribuire?". Adesso, invece, uso i preservativi e su questa cosa, la divisione dei costi dipende. Per me è una cosa talmente naturale che prendi e fai, si compra. Non ci ho mai pensato molto, anche se effettivamente costa. Però, la pillola è considerata molto più responsabilità della donna. Il preservativo mi sembra, anche vedendo i miei amici, che, invece, sia più gestito dagli uomini."* - donna, 24 anni

sity of Minnesota College of Pharmacy, in collaborazione con la Columbia University di New York e l'azienda YourChoice Therapeutics, ha annunciato i risultati di un importante studio che potrebbe gettare le basi per la prima pillola anticoncezionale maschile. La pillola in questione, chiamata YCT-529, è un contraccettivo orale che non contiene ormoni nella sua formulazione e agisce impedendo la produzione di spermatozoi. Dopo essere stata testata con successo su topi e primati non umani, i risultati di queste prime fasi sperimentali hanno confermato che YCT-529 è idonea per gli studi clinici sull'uomo. Di conseguenza, la sperimentazione è proseguita con uno studio clinico di fase 1, che è stato completato con esito positivo nel 2024. Attualmente, è in corso un secondo studio clinico per verificarne ulteriormente la sicurezza e l'efficacia. Se confermate, questa innovazione potrebbe segnare un passo importante verso una parità maggiore nella gestione della contraccezione, favorendo anche un coinvolgimento più attivo degli uomini nel prendersi responsabilità riguardo alla salute riproduttiva maschile e femminile (González, 2023).

## La parola ai dati

Il sondaggio WeWorld-Ipsos mostra che la “rivoluzione della contraccezione” non si è ancora compiuta in Italia. Il 57% delle persone intervistate dichiara di non usare alcun metodo contraccettivo: una percentuale più alta tra le donne (58%) rispetto agli uomini (55%). Nella fascia 31-50 anni quasi 1 persona su 2 (46%) non usa contraccettivi, mentre tra i e le giovani di 18-30 anni la percentuale scende a 1 su 5 (20%). Le ragioni possono essere molteplici: assenza di vita sessuale attiva, uso di metodi naturali o permanenti, oppure ostacoli economici o culturali. **Proprio i costi, però, potrebbero rappresentare una delle barriere principali.** Il 64% del campione ritiene, infatti, che la contraccezione dovrebbe essere accessibile gratuitamente. Ma il dato cambia significativamente in base al genere, all'età e al titolo di studio:



**Tabella 1**  
Chi sostiene la gratuità per tutte le persone

Totale	Donne	Uomini	18-30 anni	Persone laureate
64%	72%	55%	54%	69%

Una parte del campione (21%) è favorevole a una gratuità limitata a categorie specifiche (giovani, studenti, reddito basso), mentre solo il 7% è contrario a ogni forma di gratuità (9% degli uomini, 4% delle donne). L'8% non esprime un'opinione a riguardo.



Il **57%** delle persone intervistate dichiara di **non usare alcun metodo contraccettivo.**

La disparità di genere emerge anche qui: le donne sono più favorevoli alla gratuità universale, probabile segno di un coinvolgimento diretto e spesso solitario nella gestione della contraccezione. Tuttavia, questo coinvolgimento viene in parte ridimensionato da una risposta apparentemente paritaria: quando si chiede chi dovrebbe sostenere le spese all'interno di una coppia eterosessuale, il 78% risponde “entrambi in egual misura”.

Ma, se guardiamo alla pratica concreta, le cose cambiano. **Solo il 41% afferma che le spese sono effettivamente condivise all'interno della coppia.** Il 49% se ne fa carico in autonomia, completamente o in gran parte (31% totalmente, 18% principalmente). È un dato che contrasta con la percezione di equità: nella realtà, l'onere economico spesso non è condiviso.

Quanto alle spese effettive, tra chi le sostiene, la fascia più comune è tra 10 e 20 euro al mese (16%), seguita da chi spende meno di

**Tabella 2**  
Chi dovrebbe pagare la contraccezione

	Totale	Donne	Uomini
Entrambi in egual misura	78%	79%	78%
Soprattutto la donna	8%	9%	6%
Soprattutto l'uomo	8%	6%	9%
Non so	6%	6%	7%

10 euro (9%). L'8% spende tra 20 e 50 euro, e solo il 2% supera i 50 euro. Anche in questo caso, dunque, non ci sono grandi differenze tra uomini e donne, a conferma di una distribuzione più bilanciata, almeno dal punto di vista economico, all'interno delle coppie.

**Tabella 3**  
Spesa mensile per la contraccezione

	Totale	Uomini	Donne
Più di 50 euro	2%	2%	1%
Tra 20 e 50 euro	8%	8%	8%
Tra 10 e 20 euro	16%	16%	17%
Meno di 10 euro	9%	11%	7%
Non uso contraccettivi	57%	55%	58%
Preferisco non rispondere	8%	8%	9%

Questi risultati, oltre a mostrare come la responsabilità della contraccezione stia lentamente evolvendo verso una gestione più equa, potrebbero suggerire anche un bias legato alla desiderabilità sociale, con una tendenza a spostare la responsabilità verso il proprio genere, forse per aderire a un ideale di parità dei generi<sup>38</sup>. Un altro aspetto da considerare è il tipo di contraccettivo utilizzato. Il fatto che oggi in Italia il metodo più usato sia il preservativo maschile (secondo i dati Istat 2017, scelto dal 39,1% delle donne sessualmente attive) può spiegare in parte la percezione di una spesa condivisa: trattandosi di un metodo che si applica al partner maschile, si presume un contributo economico più bilanciato, che vede maggiormente coinvolti nella spesa anche gli uomini.

<sup>38</sup> Il bias di desiderabilità sociale si verifica quando le persone rispondono a domande in modo da apparire più accettabili o conformi alle aspettative sociali, piuttosto che esprimere sinceramente le proprie opinioni o comportamenti. In altre parole, le risposte sono influenzate dal desiderio di essere giudicati positivamente, e non necessariamente riflettono ciò che le persone pensano o fanno veramente.

## LA RIPRODUZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) comprendono una serie di pratiche mediche che aiutano chi ha difficoltà a concepire e a realizzare il proprio desiderio di genitorialità. Si va dalla fecondazione omologa (con ovuli e spermatozoi della coppia), alla fecondazione eterologa (con gameti da donatori esterni), fino alla gestazione per altri (GPA) e alla diagnosi genetica preimpianto (PGD), che consente di individuare eventuali patologie genetiche prima dell'impianto dell'embrione. Queste tecniche rispondono a esigenze reali, spesso invisibilizzate, legate alla fertilità, ma anche all'inclusività: donne single, coppie dello stesso sesso, persone trans\* o chi affronta problematiche legate all'apparato riproduttivo trova in questi strumenti un percorso verso la genitorialità. La svolta storica arriva nel 1978, con la nascita di Louise Brown, la prima bambina concepita in vitro<sup>39</sup>, che ha inaugurato una nuova era della medicina sessuale e riproduttiva. **Da allora, la PMA si è diffusa nel mondo, ma le sue possibilità restano fortemente condizionate dalle leggi dei singoli Paesi, spesso influenzate da visioni etiche, religiose e culturali diverse** (Lombardi & De Zordo, 2021).

### Cosa prevede la legge?

In Italia, la riproduzione medicalmente assistita è regolata dalla Legge 40 del 2004, intitolata *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*<sup>40</sup>. Questa legge stabilisce quali tecniche si possono utilizzare, chi può accedervi e quali sono i passaggi necessari per iniziare e portare avanti un percorso di PMA. **Fin dalla sua approvazione, la legge è stata considerata da molte persone e associazioni molto rigida, se non addirittura ideologica, ed è stata infatti oggetto di diverse critiche e interventi della Corte costituzionale.** Uno dei principali problemi riguarda l'accesso: secondo la Legge 40, possono accedere alla riproduzione assistita solo le coppie eterosessuali, sposate o conviventi. **Questo esclude automaticamente le coppie omosessuali e le persone single, lasciandole fuori da un diritto che dovrebbe essere legato al desiderio di genitorialità, non alla forma della relazione.** Questa scelta riflette un modello ben preciso: quello della famiglia tradizionale, eterosessuale, monogamica e legata biologicamente a figli e figlie. Proprio per questo, nel 2004 erano vietate sia la fecondazione eterologa (cioè con ovuli o spermatozoi da donatori esterni alla coppia) sia la gestazione per altri (GPA), come previsto dagli articoli 4 e 6 della legge (Ferrero & Pulice, 2021). Nel tempo, però, questi divieti sono stati messi in discussione e in parte modificati.



<sup>39</sup> La fecondazione in vitro (FIV) è una tecnica di procreazione medicalmente assistita in cui la fecondazione tra ovocita e spermatozoo avviene in laboratorio, al di fuori del corpo umano. Il processo comprende la stimolazione ovarica per produrre più ovociti, il loro prelievo dalle ovaie, la raccolta e preparazione dello sperma, la fecondazione in ambiente controllato, la coltura degli embrioni (ovvero il loro mantenimento e sviluppo in terreni nutritivi speciali, a temperatura e condizioni ambientali controllate) per alcuni giorni e infine il trasferimento di uno o più embrioni nell'utero della donna. Questa tecnica viene utilizzata per superare diverse cause di infertilità, come problemi alle tube di Falloppio, endometriosi, bassa qualità o quantità dello sperma, o infertilità di origine non identificata.

<sup>40</sup> La Legge 19 febbraio 2004, n°40, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*, è disponibile presso: <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/040401.htm>

## LE TECNICHE DI PMA

**LA FECONDAZIONE ETEROLOGA:** La fecondazione eterologa, che prevede l'uso di gameti da donatori esterni alla coppia, è stata legalizzata in Italia nel 2014, dopo che la Corte costituzionale<sup>41</sup> ha dichiarato che il divieto introdotto dalla Legge 40 violava il diritto di autodeterminazione delle persone, sancito dalla Costituzione. La Corte ha anche evidenziato le disuguaglianze create da tale divieto, che penalizzava le coppie con problemi di fertilità gravi e creava un divario tra chi poteva permettersi di andare all'estero per accedere a questa tecnica e chi no. Da quel momento, la fecondazione eterologa è diventata accessibile anche in Italia<sup>42</sup>.

**LA GESTAZIONE PER ALTRI (GPA):** Nel 2024, in Italia è stata approvata una proposta di legge che rende la gestazione per altri GPA un “reato universale”<sup>43</sup>. Ciò significa che, anche se la pratica avviene all'estero, le cittadine e i cittadini italiani che ricorrono alla GPA possono essere perseguiti dalla giustizia italiana. La GPA può essere commerciale, quando la donna riceve un compenso, o altruistica, quando viene rimborsata solo per le spese sostenute. Sebbene sia più comune tra coppie eterosessuali, anche coppie omosessuali, in particolare maschili, ricorrono a questa tecnica. A livello globale, la GPA è legale in vari paesi, ma le leggi differiscono notevolmente. In Europa, la Convenzione di Oviedo<sup>44</sup> vieta la GPA a scopo di lucro, consentendola solo in forma gratuita<sup>45</sup>. Molte organizzazioni, come Amnesty International (2024), hanno sollevato preoccupazioni riguardo alla legge italiana e, pur riconoscendo la complessità etica della questione<sup>46</sup>, hanno definito la sua qualificazione come “reato universale” eccessiva. I reati uni-

<sup>41</sup> Con la sentenza n°162 del 2014, consultabile alla pagina: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2014&numero=162>.

<sup>42</sup> Nonostante la rimozione del divieto, la fecondazione eterologa è stata per anni poco accessibile. Innanzitutto, questa tecnica non era inclusa nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), cioè nelle prestazioni coperte dal Servizio Sanitario Nazionale, con un ticket, nelle strutture pubbliche, che si aggirava intorno ai 1.500 euro. Solamente nel 2025, la fecondazione omologa e quella eterologa sono entrate ufficialmente nei LEA, con un ticket che varia tra i 100 e i 300 euro, a seconda del trattamento richiesto. Tuttavia, con la mancanza di strutture sufficienti per garantire alle coppie un accesso tempestivo ai servizi, e la distribuzione disomogenea dei centri su tutto il territorio, con notevoli differenze regionali, la discriminazione nell'accesso ai trattamenti persiste. A ciò si aggiunge la mancanza di adeguata informazione riguardo alle possibilità offerte dalla fecondazione assistita e le tecniche disponibili, tra cui la donazione di gameti, creando un vuoto informativo che ostacola ulteriormente l'accesso informato a questi trattamenti.

<sup>43</sup> Per maggiori informazioni, si veda:

<https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/57364.pdf>

<sup>44</sup> Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, consultabile alla seguente pagina: <https://rm.coe.int/168007d003>

<sup>45</sup> Ad esempio, nel Regno Unito, la gestazione per altri è consentita per coppie e single residenti, in forma gratuita, con solo un rimborso per le spese sostenute dalla gestante. Una simile regolamentazione si applica anche in Repubblica Ceca, Paesi Bassi, Ungheria, Belgio e Danimarca. In Portogallo, la GPA è legale, ma solo come ultima risorsa, e può essere praticata esclusivamente in caso di gravi problemi di salute della madre. In Grecia, invece, la GPA gratuita e solidale è stata legalizzata nel 2002 e prevede una procedura attraverso cui coppie e donne single, sia residenti che non, possono richiedere l'autorizzazione a un giudice. Se soddisfano i requisiti stabiliti, ottengono il permesso di diventare i genitori legali del bambino già a partire dal concepimento.

<sup>46</sup> Anche all'interno del femminismo emergono visioni differenti riguardo alla GPA. Da un lato, c'è chi la sostiene nella versione altruistica, a patto che le gestanti possano essere supportate adeguatamente, ricevendo informazioni, cure, rispetto e il giusto riconoscimento. Dall'altro, esistono posizioni critiche, soprattutto della sua versione commerciale, che interpretano questa pratica come una manifestazione di un patriarcato neoliberista e neocoloniale, fondata sul profitto e lo sfruttamento, in cui il valore viene estratto dai corpi e dalle pratiche riproduttive. Queste posizioni evidenziano le disuguaglianze di potere che si instaurano tra le gestanti e i genitori intenzionali, con una disparità che spesso vede le donne coinvolte nella gestazione provenire da contesti di povertà, razzializzate e residenti in paesi a basso reddito, mentre i genitori intenzionali sono generalmente donne o uomini bianchi, di classe medio-alta. Esistono, tuttavia, anche posizioni intermedie, che riconoscono la complessità di questa pratica e la necessità di affrontare le problematiche etiche, sociali e giuridiche che essa solleva. Il dibattito si estende anche alla questione legislativa: alcune ritengono che proibire completamente la GPA, senza alcuna possibilità di regolamentazione, non risolve il problema, anzi. Questa continuerà ad avvenire, ma sarà semplicemente sommersa, con il rischio di alimentare pratiche non sicure e dannose. A fronte di questa visione, si sottolinea l'importanza di una legislazione che possa regolamentare la pratica in modo responsabile, evitando divieti ideologici che rischiano di non affrontare le reali problematiche legate alla GPA (O'Reilly, 2024).

versali sono crimini di estrema gravità, come genocidio e tortura. In pratica, questa legge potrebbe discriminare ulteriormente le coppie omogenitoriali e complicare la registrazione delle bambine e dei bambini nati all'estero. Inoltre, la legge potrebbe limitare l'autodeterminazione delle donne. Pur apparendo come una protezione contro la commercializzazione del corpo femminile, in realtà finisce per restringere la libertà di scelta, rafforzando l'idea tradizionale che la gravidanza sia naturale per la donna e imprescindibile per essere madre. **La GPA mette in discussione questa visione, mostrando che la gravidanza non corrisponde necessariamente alla maternità.** Alcune donne, infatti, potrebbero separare questi due processi, vivendo la gravidanza senza diventare madri. Invece di riconoscere questa libertà, la legge limita le scelte delle donne, forzando decisioni sul proprio corpo (Murgia, 2024). Di conseguenza, la pratica continuerà a svolgersi nel sommerso, aumentando i rischi per le donne e potenziandone lo sfruttamento (O'Reilly, 2024).

**LA CONSERVAZIONE DEI GAMETI:** Nel 2024, il Ministero della Salute ha aggiornato le linee guida per la riproduzione medicalmente assistita<sup>47</sup>, aprendo nuove possibilità per le coppie che hanno utilizzato la crioconservazione dei gameti o del tessuto gonadico. Tra queste tecniche, il social freezing, che consente alle donne di congelare i propri ovociti senza motivazioni mediche<sup>48</sup>, è ormai ufficialmente diffuso dal 2015. Questa pratica dà la possibilità di posticipare la maternità<sup>49</sup> per ragioni personali<sup>50</sup> o legate al contesto sociale ed economico, come la carriera, le disponibilità finanziarie e di servizi di supporto, o l'assenza di un partner stabile. Tuttavia, **la crioconservazione rimane un'opportunità riservata a poche persone.** Il costo<sup>51</sup> di questa pratica, che supera i 4.000 euro per il congelamento iniziale degli ovociti e può arrivare a cifre annuali di 250-500 euro per la conservazione, limita l'accesso a chi ha una maggiore disponibilità economica. Le strutture pubbliche, pur avendo costi più bassi, spesso presentano lunghe attese. Questo scenario sottolinea un paradosso: se, da un lato, il social freezing sembra una soluzione per chi vuole posticipare la

47 Consultabili alla seguente pagina: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/05/09/24A02320/SG>

48 Quando si parla di crioconservazione di gameti, l'attenzione si concentra principalmente sugli ovociti invece che sugli spermatozoi. Questo accade principalmente per due ragioni: da un lato, la riserva ovarica è limitata e diminuisce nel tempo, mentre quella di sperma rimane più stabile e, in teoria, potenzialmente disponibile per un periodo più lungo. Dall'altro lato, c'è un forte focus sul corpo femminile quando si tratta di riproduzione, che spesso prevale anche quando la causa dell'infertilità è maschile. Infatti, anche nei trattamenti di PMA, l'intervento e la maggior parte delle tecniche riguardano il corpo femminile. Questo orientamento riflette una visione storica della riproduzione, che tende a enfatizzare il corpo femminile e le sue funzioni biologiche. Inoltre, va notato che la ricerca sull'infertilità maschile è meno approfondita e meno visibile rispetto a quella sull'infertilità femminile, con meno studi disponibili e una minore consapevolezza su come trattarla efficacemente. Questo crea un ulteriore squilibrio nell'approccio alla riproduzione assistita, dove le problematiche legate al corpo maschile sembrano essere meno centrali nel dibattito e nelle tecniche disponibili (Thompson, 2015).

49 Durante il processo, gli ovociti vengono prelevati mediante stimolazione ovarica e successivamente conservati a temperature molto basse, in azoto liquido, all'interno di biobanche, per mantenerli inalterati nel tempo, anche per anni o decenni.

50 L'età più indicata per la crioconservazione degli ovociti è entro i 35 anni, mentre l'accesso alla PMA è regolato su base regionale, con notevoli differenze rispetto all'età massima consentita. Ad esempio, in Umbria il limite massimo è fissato a 42 anni, mentre in Veneto arriva a 50 anni. La fertilità femminile, che dipende dalla qualità degli ovociti, raggiunge il suo massimo tra i 20 e i 30 anni, per poi declinare rapidamente dopo i 32 anni e in modo ancora più marcato dopo i 37, arrivando a essere quasi nulla negli anni che precedono la menopausa. Inoltre, l'età avanzata aumenta il rischio di anomalie genetiche e di complicazioni durante la gravidanza e il parto. Va sottolineato che la crioconservazione degli ovociti non garantisce la certezza di riuscire a concepire e procreare, ma offre solo una ragionevole probabilità di successo.

51 Questo procedimento avviene in anestesia totale e con stimolazione ovarica (a carico della paziente).

maternità, dall'altro rimane una pratica elitaria, che non tutte le donne e persone con utero possono permettersi. Inoltre, nonostante sia una pratica ormai consolidata, c'è ancora scarsa informazione e un dibattito acceso sulla autodeterminazione femminile, con il rischio che le donne si trovino al centro di un sistema che non sempre rispetta le loro scelte consapevoli. Questo aggiornamento delle linee guida, pur rappresentando un passo in avanti, solleva dunque interrogativi importanti su come si distribuiscano le opportunità legate alla fertilità e su come la società continui a regolare i corpi delle donne, non sempre in modo equo e rispettoso delle loro decisioni.

## La parola ai dati

Secondo i dati di WeWorld-Ipsos, **il congelamento degli ovuli è un tema che divide l'opinione pubblica.** La metà del campione (51%) è favorevole alla pratica, indipendentemente dalle motivazioni. Tuttavia, il supporto cresce quando le ragioni sono di natura medica, con il 53% che si dichiara favorevole in questi casi. Questo indica che, ancora oggi, molte persone pensano che le donne si realizzino principalmente attraverso la maternità, e che scelte diverse, se non giustificate da motivazioni mediche, non siano viste come legittime. Solo il 40% del campione, infatti, ritiene che una donna debba poter congelare i propri ovuli se sussistono motivazioni sociali e/o personali. **In altre parole, le ragioni imposte dall'esterno, come quelle mediche, vengono riconosciute come più valide, limitando l'autonomia delle persone nelle scelte legate alla fertilità e al corpo. Il supporto per il congelamento degli ovuli è diffuso tra uomini e donne, ma le donne tendono a essere più favorevoli rispetto agli uomini (55% contro 45%).** Questo potrebbe suggerire che le donne sono più consapevoli delle sfide legate alla fertilità e alla pianificazione familiare, soprattutto in un contesto socioeconomico complesso<sup>52</sup>.

52 Le persone più giovani e laureate tendono a sostenere maggiormente questa pratica (62% e 60% di favore). Questo potrebbe indicare che i giovani vedono il congelamento come una risorsa utile per pianificare la vita familiare e professionale a lungo termine. Le persone laureate, invece, avendo probabilmente intrapreso studi più lunghi e iniziato a lavorare più tardi, potrebbero considerarlo un'opportunità per pianificare con maggiore flessibilità il futuro.



## Il diritto alla PMA per le persone trans\* e altre soggettività

Le persone trans\*, non binarie, di genere non conforme o appartenenti alla più ampia comunità LGBTQIA+ affrontano difficoltà specifiche legate sia alla fertilità che a barriere sociali, legali e culturali che complicano la possibilità di diventare genitori. La terapia ormonale, sia femminilizzante che mascolinizzante, può influire sulla fertilità, ma gli effetti variano a seconda di fattori genetici, della fertilità preesistente e del momento in cui viene intrapreso il trattamento. Le principali società mediche globali<sup>53</sup> sono concordi nel suggerire che le persone trans\* e non binarie ricevano consulenza sulla conservazione della fertilità prima di iniziare trattamenti ormonali o interventi chirurgici che potrebbero compromettere la capacità riproduttiva<sup>54</sup>. Tra le opzioni c'è il congelamento dei gameti, che consente a uomini trans\* e altre persone trans-mascoline, ad esempio, di preservare la possibilità di una gravidanza biologica futura, come nel caso dei "Seahorse Dad"<sup>55</sup> (Pellegrini De Luca, 2021).

Tuttavia, molte persone trans\*, queer o non binarie si trovano in un contesto in cui le informazioni sulla conservazione della fertilità sono scarse o non personalizzate. La discriminazione e la stigmatizzazione possono limitare l'accesso a trattamenti sanitari adeguati e a consulenze di qualità, creando un ambiente che ostacola ulteriormente la possibilità di realizzare i propri desideri riproduttivi.



53 Come l'American Society for Reproductive Medicine, l'European Society of Human Reproduction and Embryology, la World Professional Association for Transgender Health e la Endocrine Society.

54 In passato, le persone trans\* in molti paesi erano obbligate a dover scegliere tra il percorso di affermazione di genere e la possibilità di diventare genitori biologici, poiché la sterilizzazione era spesso una condizione obbligatoria per ottenere la modifica legale del genere sui documenti. Tuttavia, dal 2014, molti paesi, tra cui l'Italia (2015), la Svezia, la Germania e il Belgio, hanno rimosso questo requisito discriminatorio, consentendo alle persone trans\* e perseguire la genitorialità biologica. Nonostante ciò, in alcuni paesi come il Giappone e in alcune giurisdizioni degli Stati Uniti, la sterilizzazione continua a essere un requisito obbligatorio per il cambiamento legale del genere.

55 Il termine *Seahorse dad* significa "papà cavalluccio marino", ed è utilizzato per descrivere gli uomini trans\* (*female to male*), che scelgono di intraprendere una gravidanza. Nel caso dei cavallucci marini, infatti, è il maschio a portare le uova nella propria tasca incubatrice fino alla nascita. In questo senso, i *seahorse dads* evidenziano una grave mancanza di informazioni mediche sulla loro possibilità di procreare, poiché molti professionisti non considerano l'idea che un uomo trans\* possa decidere di concepire un figlio o una figlia. Molti di loro scoprono questa possibilità quasi per caso, e spesso i medici che seguono il percorso di transizione danno per scontato che un uomo trans\* non desideri procreare, suggerendo spesso interventi come l'isterectomia (rimozione dell'utero). Queste reazioni riguardano l'immaginario e la cultura binaria con cui la società concepisce la maternità, legandola non solo al corpo femminile, ma al genere donna come elemento costitutivo. Questa visione limita la comprensione e il riconoscimento delle esperienze di gravidanza che non si allineano con questo modello. Di conseguenza, le informazioni sulla gestazione, le strutture sanitarie e i professionisti del settore difficilmente prendono in considerazione le specifiche esigenze delle persone trans\* e la possibilità che gli uomini trans\* possano vivere una gravidanza. Tale mancanza crea barriere significative, sia a livello pratico che emotivo, per coloro che si trovano a navigare in un sistema che non riconosce la loro esperienza (Pellegrini De Luca, 2021).

*“Il problema è che lo stigma sociale e sistemico verso le persone trans\* non è stato del tutto superato. Di conseguenza, l'accesso alle cure è ostacolato da processi burocratici che incidono gravemente sulla salute mentale e fisica delle persone. L'esperienza di cura, in Italia, è estremamente complessa. Affidarsi al sistema sanitario nazionale è, in un certo senso, un privilegio rispetto a ciò che accade in altri paesi. Ma significa anche affrontare tempi di attesa lunghissimi, che spesso demotivano e scoraggiano. Inoltre, accedere a cure e supporto medico - che si tratti della fase preliminare per l'inizio della terapia ormonale, del trattamento ormonale stesso o di eventuali interventi chirurgici di affermazione di genere - significa anche scontrarsi con lo stigma sociale e istituzionale. Anche nelle strutture che dovrebbero garantire l'accesso a questi percorsi esiste una narrativa discriminatoria e violenta. Spesso manca una reale sensibilità da parte del personale sanitario. Il percorso è sempre caratterizzato da estrema gioia e, allo stesso tempo, da dolore. È un continuo dover giustificare la propria esistenza. I corpi, almeno nella cultura italiana, devono rientrare in un binarismo rigido. E questo è soffocante. L'esperienza di cura è qualcosa che richiede un'enorme quantità di energie. E le persone trans o gender non conforming non hanno la libertà di affrontare questo percorso senza ostacoli. Per molte persone non esiste la possibilità di dedicarsi esclusivamente al proprio corpo. È un processo che incide profondamente sul piano emotivo e fisico. Inoltre, il tipo di assistenza prevista dal sistema sanitario nazionale richiede risorse, tempo ed energie.” - persona trans\*, età non specificata*

In conclusione, le tecniche di riproduzione medicalmente assistita sono ostacolate da numerose barriere. Sul piano legislativo, i limiti imposti criminalizzano la gestazione per altri (GPA) ed escludono persone single e coppie non eterosessuali dalla possibilità di diventare genitori. Dal punto di vista economico, la preservazione della fertilità è un privilegio per pochi, riservato a chi ha la disponibilità economica, alimentando disuguaglianze sociali. Inoltre, la carenza di informazioni chiare, accurate e accessibili impedisce a molte persone di conoscere appieno le opzioni disponibili, ostacolando scelte consapevoli in ambito riproduttivo e contribuendo alla disinformazione e ai pregiudizi in un settore già fortemente stigmatizzato.

## 1.2. La maternità non è un destino: tra scelte, norme e medicalizzazione

In una società ancora profondamente patriarcale, l'identità delle donne viene spesso ridotta al loro ruolo all'interno della famiglia, in particolare a quello di madri. Questa visione è tanto radicata quanto insidiosa:

“la maternità non è solo rappresentata come una scelta o un'opportunità, ma come il destino naturale e inevitabile delle donne.

L'idea che l'essere madre sia il culmine dell'esperienza femminile non è neutra: è una costruzione culturale potente che plasma aspettative, politiche, diritti e ruoli.

Uno degli strumenti principali attraverso cui questa ideologia si riproduce è il concetto di “istinto materno”, presentato come una qualità innata, biologica, “incisa” nel corpo delle donne. Questa retorica serve a legittimare l'idea che le donne siano naturalmente predisposte alla cura, alla dolcezza, al sacrificio. Ma non è la natura a volerlo: è il patriarcato. In questa cornice, chi non desidera l'esperienza della genitorialità, chi non può, o chi vorrebbe ma rifiuta questo modello idealizzato di maternità, viene spesso trattato come “meno donna”.

Questa visione essenzialista e biologizzante ha conseguenze politiche e materiali: storicamente, ha giustificato l'esclusione delle donne dalla sfera pubblica, assegnando loro la responsabilità della cura domestica, mentre agli uomini spettava il lavoro produttivo, il potere, lo spazio pubblico. Ma non basta “voler essere madri”: esiste anche un modello normativo di “buona madre”, profondamente escludente.

“

Io credo che ci sia tutt'ora, soprattutto in Italia, una visione della madre come essere sacrificale, perfetto, che si deve veramente annullare completamente per i figli. Questo assolutamente al cento per cento. Non mi preoccupa particolarmente, perché non è il modo in cui io ho intenzione di vivere se vivrò la maternità. Poi, non si sa mai nella vita. Sicuramente ci saranno molti sensi di colpa, perché è quello che ci hanno raccontato. È una visione asfissiante della maternità.” - donna, 26 anni

Nel contesto italiano, la madre ideale è bianca, cisgender<sup>56</sup>, eterosessuale, di classe media, senza disabilità, sposata, inserita in una famiglia nucleare<sup>57</sup>. È una donna che vive per la famiglia, che accudisce, che si sacrifica, che mette i bisogni altrui prima dei propri. La studiosa Andrea O'Reilly (2024) definisce questo modello “maternità intensiva”: la madre perfetta è sempre presente, sempre disponibile, sempre aggiornata, sempre pronta a dedicare tempo, energie, emozioni e denaro alla cura della prole. Deve anche consultare esperti, pediatri, psicologi: prendersi cura non basta più, servono competenze “professionali”. E naturalmente, deve amare ogni istante di questo sforzo.

Ma questa forma di maternità - costruita per rispondere a esigenze sociali, economiche, e ideologiche - ha poco a che fare con la libertà. È una maternità al servizio della società<sup>58</sup>, funzionale al mantenimento dell'ordine patriarcale. Le donne, chiamate a mettere al mondo e a crescere i cittadini e le cittadine di domani, vengono caricate di una responsabilità immensa senza, però, un vero riconoscimento sociale o economico.

56 Le persone non cisgender, che non si identificano con il sesso e il genere assegnato loro alla nascita, si trovano ad affrontare una serie di sfide particolari quando si tratta di maternità e genitorialità. La società tradizionalmente associa la maternità esclusivamente al corpo femminile, il che può rendere invisibili o marginali le esperienze delle persone non cisgender che diventano madri o genitori. Ad esempio, un uomo trans\* che intraprende una gravidanza può trovarsi a dover affrontare non solo il giudizio sulle proprie capacità genitoriali, ma anche una costante invalidazione della sua identità di genere. La sua esperienza di gravidanza può essere frequentemente minimizzata o addirittura ignorata, poiché non si conforma all'immagine della “gestante” tradizionale.

57 In questo senso, è importante ricordare che il modo in cui le madri vengono giudicate e sorvegliate è profondamente influenzato anche dalla classe sociale e dalla razza. Le madri razzializzate, migranti e/o che vivono in condizioni di povertà subiscono forme di oppressione specifiche e intersezionali, legate all'istituzione della maternità. Ad esempio, le madri razzializzate vengono spesso rappresentate come “inadatte” o “negligenti” all'interno del discorso pubblico e delle istituzioni, e sono più facilmente soggette all'intervento dei servizi sociali o a pratiche di controllo, come l'affidamento coatto di figli e figlie. Allo stesso modo, le madri che vivono in contesti di marginalità economica sono giudicate non solo per come crescono figli e figlie, ma per il fatto stesso di aver scelto - o di non aver potuto evitare - di diventare madri in condizioni precarie. Questo evidenzia quanto sia fondamentale adottare uno sguardo intersezionale sulla maternità, che tenga conto delle disuguaglianze strutturali e della necessità di valorizzare esperienze diverse, spesso marginalizzate, di essere madri.

58 La maternità viene anche intesa come una funzione sociale, un obbligo e un compito che le donne sono chiamate a svolgere al servizio della società, del paese, della “nazione”. In questo contesto si inserisce la controversa campagna lanciata nel 2015 dall'allora Ministra della Salute Beatrice Lorenzin, in occasione del cosiddetto Fertility Day, promossa insieme a un Piano nazionale per la fertilità con l'obiettivo dichiarato di “capovolgere la mentalità corrente” e ridefinire la fertilità come un bisogno essenziale non solo della coppia, ma dell'intera società. Nella documentazione ufficiale del Ministero si parlava della volontà di “celebrare questa rivoluzione culturale”, istituendo una giornata nazionale di informazione e formazione sulla fertilità, con lo slogan centrale: scoprire il prestigio della maternità. La campagna è stata fortemente criticata sia per il linguaggio che per le immagini utilizzate, ritenute colpevolizzanti, paternaliste e fuori dalla realtà socioeconomica del Paese. Alcuni degli slogan più contestati, come “Sbrigati! Non aspettare la cicogna” o “La fertilità è un bene comune”, sono stati percepiti come un tentativo di responsabilizzare individualmente le donne per il calo delle nascite, trasformando una scelta intima e personale - spesso influenzata da fattori economici, sociali e sanitari - in un dovere collettivo da assolvere. Tra le principali critiche emerse, si sottolineava, da un lato, l'evidente rimozione delle vere cause che ostacolano il desiderio o la possibilità di diventare genitori - come la precarietà lavorativa, la mancanza di servizi pubblici di supporto alla genitorialità, l'assenza di politiche strutturali per l'infanzia e la conciliazione vita-lavoro. Dall'altro, si denunciava l'uso di una retorica che richiama narrazioni arcaiche e persino autoritarie, per cui la maternità viene esaltata come dovere sociale e le donne vengono invitate a “correre contro il tempo”, come simboleggiato, ad esempio, dalla clessidra scelta per rappresentare il conto alla rovescia biologico. In definitiva, la campagna ha rappresentato non solo un'occasione mancata per avviare un dibattito serio e rispettoso sui temi della fertilità, ma anche un esempio emblematico di come le politiche riproduttive possano ancora oggi veicolare messaggi normativi e colpevolizzanti, invece che offrire strumenti concreti, ed emancipatori (Mattalucci, 2017).

## La maternità nella normativa italiana

Le politiche italiane sulla maternità raccontano molto più di una semplice evoluzione normativa: sono lo specchio dei cambiamenti culturali e politici che, nel tempo, hanno definito il ruolo delle donne nella società. Dal controllo al riconoscimento, dalla retorica patriarcale alla (parziale) tutela dei diritti, questa storia è anche quella della lotta delle donne per l'autodeterminazione. Tutto inizia nel 1902 con la Legge Carcano, che introduce un congedo post-parto (non retribuito) di un mese e vieta il lavoro per le donne in gravidanza. Un primo timido passo, più simbolico che effettivo.

Durante il fascismo, la maternità viene assorbita all'interno di un disegno autoritario e nazionalista. Non è un diritto della donna, ma un dovere verso la “grandezza della patria”: le donne vengono estromesse dal lavoro e relegate al ruolo di madri e custodi della casa, rimandando all'ideale dell'“angelo del focolare”. Dopo la guerra, la Costituzione Italiana (art. 37<sup>59</sup>) cambia la prospettiva: la maternità viene riconosciuta come un diritto sociale e lavorativo<sup>60</sup>. Nel 1971 arriva la Legge n. 1204, seguita dal DPR n. 1026/1976, che stabilisce il congedo di maternità retribuito e vieta il licenziamento durante la gravidanza e dopo il parto. Una conquista importante, ma ancora limitata alle lavoratrici dipendenti.

È solo nel 2000 che si inizia a parlare di vera universalità: il congedo viene esteso anche a lavoratrici autonome e parasubordinate (Gestione separata INPS), e si introduce per la prima volta il congedo parentale con indennità al 30%. Un passo decisivo verso la parità dei generi arriva nel 2012 con l'introduzione del congedo di paternità: inizialmente solo un giorno obbligatorio e due facoltativi. Ma nel 2022, il Decreto legislativo n. 105 porta il congedo obbligatorio per i padri a 10 giorni e il parentale a 9 mesi, esteso anche agli uomini autonomi e parasubordinati - un segnale importante, anche se le madri restano le principali responsabili del lavoro di cura. Infine, la Legge di bilancio 2024 prevede per il 2025 tre mesi di congedo parentale all'80% di retribuzione.

Accanto a queste misure, si sono sviluppati trasferimenti economici per sostenere la genitorialità, soprattutto la maternità. Tra questi, il Bonus mamme: un'esenzione dai contributi previdenziali per madri lavoratrici con almeno tre figli (di cui uno minorenni), attivo dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026. Vale per tutte le dipendenti con contratto a tempo indeterminato, sia nel pubblico che nel privato.



59 “La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione.”

60 Si può osservare come alcuni rimandi al passato siano ancora presenti anche nella legge italiana sull'aborto, la Legge 194 del 1978. Al centro di questa normativa vi è il principio della procreazione cosciente e responsabile, ma già dall'articolo 1 emerge un lessico che riflette una continuità con la tradizione, ponendo l'accento sul “valore sociale della maternità”. Il testo recita infatti: «Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio». Questa formulazione porta con sé un'impronta valoriale che richiama una visione tradizionale della maternità come funzione sociale da tutelare e promuovere.

Così, la maternità si rivela una trappola perfetta: da un lato, essenziale per la sopravvivenza della collettività; dall'altro, sottovalutata, non sostenuta, e spesso punita. Non è un caso che sul lavoro le madri siano penalizzate rispetto alle donne senza figli e, ancor di più, rispetto agli uomini: si tratta della *motherhood penalty*<sup>61</sup>. Questa penalizzazione si manifesta in salari minori, rallentamenti nella carriera, discriminazioni strutturali che rendono sempre più difficile conciliare lavoro e famiglia.

Anche le politiche pubbliche italiane, pur dichiarando di voler proteggere la maternità, continuano a rafforzare il ruolo di cura femminile. Il congedo di paternità è ancora troppo breve e poco utilizzato, mancano servizi accessibili e diffusi, e non esistono strategie di lungo periodo per promuovere una vera *de-familizzazione della cura*. Di fatto, le donne restano sole a gestire la genitorialità (cfr. WeWorld (2025), WeWorld Index Italia 2025).

La maternità, così costruita, è quindi attraversata da norme non dette, ma molto potenti: regole culturali, morali e mediche che indicano ciò che è considerato “giusto”, “sano”, “naturale”. Negli ultimi decenni, a questo sistema si è aggiunto un altro strato di controllo: la *medicalizzazione*. Già dal concepimento, o addirittura prima, il corpo della persona incinta viene esaminato, prescritto, monitorato. Diete, esami, ecografie, comportamenti da adottare e da evitare: ogni scelta diventa materia clinica, sottraendo spazio alla soggettività, all'intuizione, all'autodeterminazione. La persona che gestisce una gravidanza è spesso trattata come incapace di sapere cosa è meglio per sé (De Sanctis et al., 2020).

61 Il concetto di *motherhood penalty* (penalizzazione della maternità), descrive lo svantaggio che molte persone, in particolare le donne, sperimentano nel mondo del lavoro a causa della maternità o della possibilità di diventarlo in futuro. Questo svantaggio si manifesta in vari modi, come salari più bassi, minori opportunità di carriera e altre forme di discriminazione rispetto a chi non ha figli o agli uomini. In un contesto come quello italiano, dove i servizi di welfare sono carenti e non rispondono adeguatamente alle necessità genitoriali, e il mercato del lavoro non è strutturato per supportare adeguatamente i genitori, per le madri conciliare vita lavorativa e vita familiare diventa particolarmente difficile. Si stima, infatti, che circa 1 lavoratrice su 5 lasci il lavoro dopo la maternità, a causa delle difficoltà nell'affrontare il doppio ruolo di madre e lavoratrice. Inoltre, la percentuale di donne occupate di età compresa tra i 25 e i 49 anni, con almeno un figlio o una figlia in età 0-5 anni, è pari al 73% rispetto a quello delle donne senza (cfr. WeWorld, 2025, WeWorld Index Italia 2025).

“Dal momento in cui ho scoperto di essere incinta, è iniziato un iter piuttosto serrato. Ora, io non ho competenze mediche per dire se fosse eccessivo o meno, però ho percepito un controllo molto intenso e frequente: ogni mese dovevo fare esami del sangue, visite mediche, controlli vari. Per me è stato un po' pesante, nel senso che fare esami tutti i mesi non è una cosa semplice. Detto questo, l'ho accettato, nel senso che mi sono detta: “è così che funziona”, senza metterlo troppo in discussione. Verso la fine della gravidanza, oltre agli esami, sono aumentati anche i controlli in ospedale per monitorare battito e movimenti del feto, e anche questi erano molto frequenti. Avendo scelto un ospedale lontano da casa mia, il tutto richiedeva un impegno ancora maggiore. L'ho vissuto con un misto di fatica e accettazione, chiedendomi a volte: “Ma è davvero tutto necessario?”. Durante il parto, poi, c'è stata un'altra questione, che ho scoperto più tardi: c'è una sorta di competizione tra gli ospedali per ridurre il numero di cesarei. Così, arrivi a una situazione in cui non viene preso in considerazione il cesareo finché non sei arrivata al limite, visto che i parti naturali sono considerati migliori, anche in ottica ospedaliera. E credo che quest'attitudine abbia ritardato la decisione di eseguire un cesareo quando sarebbe stato necessario. Questo mi ha portato alla situazione in cui mia figlia non riusciva a uscire, ha inalato del liquido amniotico e l'ha ingoiato. Quando siamo arrivati quasi alla fine, mi hanno chiesto il consenso per una piccola incisione che potesse favorire l'espulsione. Questo mi è piaciuto, perché almeno mi hanno chiesto il permesso, e io ho acconsentito. Alla fine, mia figlia è nata.”

- donna, età non specificata

Il parto, da evento fisiologico e soggettivo, è diventato una procedura ospedaliera dominata da protocolli che privilegiano la sicurezza clinica, spesso a scapito dell'autonomia e della relazione. Ma ci sono strumenti che possono ri-equilibrare il rapporto tra diritto alla salute e diritto all'autodeterminazione. Uno di questi è il **piano del parto: un documento personale in cui la futura madre può esprimere le proprie preferenze rispetto al travaglio, al parto, all'allattamento e alla cura del neonato o della neonata**<sup>62</sup>. Questo strumento, riconosciuto dalle linee guida OMS e dalla Convenzione CEDAW, rappresenta un tentativo concreto di restituire potere decisionale a chi partorisce. Eppure, in Italia è ancora poco conosciuto e scarsamente promosso: in molte strutture, le future madri non vengono informate della possibilità di

62 In questo senso, è importante sottolineare che il personale sanitario non è tenuto a seguire tutte le indicazioni fornite dai o dalle pazienti, salvo nei casi in cui si tratti di decisioni esplicitamente legate a trattamenti medici, per i quali vige il principio del consenso informato. Al di fuori del consenso informato, infatti, le scelte operative e organizzative restano in capo ai professionisti, che sono chiamati a bilanciare l'autonomia individuale con la propria competenza clinica, le linee guida scientifiche e le condizioni concrete di lavoro.

redigerlo, e troppo spesso il personale sanitario non si fa carico di colmare questo vuoto informativo, perdendo un'opportunità preziosa di rafforzare la relazione di fiducia e collaborazione con chi partorisce.

“Credo sia importante capire che un parto in un ambiente dove ti senti a casa, dove ti lasciano più libertà, può aumentare la produzione di ossitocina, l'ormone della felicità, che ti aiuta a vivere meglio questo momento. Con il piano del parto, puoi decidere se vuoi l'epidurale o no, se vuoi la compagnia della doula, se vuoi tuo marito con te o se desideri che il bambino rimanga sulla tua pancia dopo il parto. Nel piano del parto puoi includere tutte queste cose, e quando vai in ospedale a fare l'ultimo controllo, puoi dire chiaramente: “Questo è il mio piano del parto, sono informata, so cosa voglio e mi fido del vostro intervento, ma voglio anche queste cose, nei limiti del possibile.” Quello che noto, però, è che molte donne non sanno nemmeno cosa sia il piano del parto. Non una di loro lo conosceva. Eppure, quando fai un corso di preparazione al parto, la prima cosa che dovrebbero dirti è proprio questa.” - donna, 53 anni

L'assenza di informazione, il paternalismo medico, l'intervento non necessario sono il terreno fertile per una forma specifica e spesso silenziata di violenza: la violenza ostetrica. Non si tratta solo di malasanità, ma di una vera e propria violazione dei diritti umani, riconosciuta nel 2019 dalla Relatrice Speciale ONU sulla violenza contro le donne<sup>63</sup>.

“La violenza ostetrica si manifesta in interventi non consensuali, pratiche umilianti, commenti degradanti, tecniche dolorose imposte senza spiegazione. È un modo in cui il sistema sanitario, spesso inconsapevolmente, nega alle donne il controllo sui propri corpi e sull'esperienza di maternità<sup>64</sup>.”

63 Il Rapporto, “Un approccio al maltrattamento e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva basato sui diritti umani con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica”, è disponibile presso: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/A\\_74\\_137\\_ITALIAN.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/A_74_137_ITALIAN.pdf)

64 Inoltre, la crescente consapevolezza degli effetti negativi dell'ospedalizzazione e dell'eccessiva medicalizzazione ha portato, soprattutto a partire dagli anni Ottanta, a una tendenza alla rinaturalizzazione del parto. Questo movimento promuove un modello di parto naturale e de-medicalizzato, visto come una forma di empowerment e riappropriazione da parte delle donne dell'evento nascita. Tuttavia, sebbene questo ritorno alla naturalità abbia prodotto risultati positivi, rischia anche di riaffermare un'idea essenzialista della maternità, attraverso una visione normativa e prescrittiva che impone pratiche alternative a quelle del parto medicalizzato, limitando comunque la libertà di scelta delle donne. In particolare, il modello di parto naturalizzato tende a colpevolizzare le donne che decidono di ricorrere all'anestesia epidurale o richiedono un cesareo. Pur riconoscendo che non sentire il dolore del travaglio può far sentire le donne “prigioniere” di una sensazione di passività, non si può biasimare chi preferisce non vivere quel dolore. In tal senso, il ricorso a pratiche mediche per alleviare il dolore o favorire una migliore esperienza del parto dovrebbe essere visto come una legittima espressione del diritto all'autodeterminazione, piuttosto che come un'adesione a un modello medico-maschile. La retorica della maternità naturale investe anche il tema dell'allattamento, che, sebbene costituisca una scelta personale, risulta fortemente influenzata da fattori culturali, politici e sociali. Questa scelta, pur essendo privata, diventa spesso un obbligo sociale, dato il condizionamento da parte dei medici e delle istituzioni, creando un ambiente in cui l'allattamento al seno è visto come l'unica opzione giusta (De Sanctis et al., 2020).

Secondo l'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica (2017), in Italia circa 1 milione di donne afferma di aver subito una qualche forma di violenza ostetrica durante il primo parto<sup>65</sup>.

Una recente indagine condotta dalle Università di Padova, Bologna e Milano-Bicocca su 5mila donne, ha rilevato che per 4 donne su 10 (43%) il parto è stata un'esperienza traumatica. Il 10% delle donne nel Centro Italia ha riferito di essersi sentita dire «non sei capace di spingere», mentre l'espressione «smettila di lamentarti» è stata rivolta al 13% delle partorienti a livello nazionale, con picchi che raggiungono il 15% nel Mezzogiorno e nelle Isole (Arcovio, 2025). **Una delle pratiche più controverse è l'episiotomia - un taglio chirurgico del perineo per facilitare l'espulsione del neonato.**



**1 milione di donne** afferma di aver subito una qualche forma di **violenza ostetrica** durante il primo parto.

Nonostante oggi sia considerata dall'OMS una pratica dannosa salvo casi eccezionali, viene ancora applicata al 54% delle madri. Ancora più allarmante: 3 partorienti su 10 (1,6 milioni di donne) dichiarano di non aver dato il proprio consenso informato (Osservatorio sulla Violenza Ostetrica, 2017). Anche l'accesso al parto indolore evidenzia una profonda disegualianza territoriale e di genere.

In Italia, solo il 20% delle donne partorisce con epidurale, contro percentuali molto più alte in altri paesi europei: 75% in Francia, 65% negli Stati Uniti, 60% in Spagna, 45% in Svezia, 30% nel Regno Unito. Nel Sud Italia, i numeri sono ancora più bassi (Osservatorio O.N.Da, 2018)<sup>66</sup>.

65 Non solo durante, anche dopo il parto: 1 donna su 3 riferisce di aver ricevuto indicazioni insufficienti sull'allattamento, e la stessa percentuale dichiara di non aver ricevuto alcun supporto per attaccare il neonato al seno nei primi momenti dopo la nascita. Il 28% ha vissuto con disagio i ritardi nell'avvio dell'allattamento, mentre il 25% delle madri si è sentita ignorata o sminuita nel momento in cui esprimeva il proprio dolore. Questi vissuti contribuiscono a generare un'esperienza negativa che, in molti casi, porta le donne a scegliere di non affrontare un secondo parto (Arcovio, 2025).

66 In questo senso, è importante ricordare come, in passato, il dolore del parto fosse considerato necessario e “giusto”. L'idea trova una delle sue radici più profonde nel racconto biblico della Genesi, dove, dopo la disobbedienza di Eva, Dio pronuncia la celebre condanna: «Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai i figli» (Genesi 3,16). Da questa immagine fondativa si è sviluppata, nel corso dei secoli, una visione culturale secondo cui il dolore del parto sarebbe una sorta di espiazione inevitabile per il peccato originale. Al contrario, le donne che, partorendo, non urlavano di sofferenza o non mostravano forti segni di dolore erano viste con sospetto. Oggi, questo aspetto si inserisce in una più ampia problematica legata alla scarsa conoscenza della salute femminile e alla tendenza, ancora diffusa, a sottovalutare e minimizzare il dolore espresso dalle donne. Questo fenomeno è noto come *gender pain gap* e si riferisce al divario di genere nel riconoscimento e nel trattamento del dolore. Gli stereotipi di genere giocano un ruolo centrale: le donne, spesso percepite come più emotive o fragili, vedono le proprie manifestazioni di sofferenza accolte con scetticismo o sospetto, anche se numerosi studi — come quello di Bartley & Fillingim (2013) — hanno dimostrato che le donne tendono a soffrire più frequentemente, più intensamente e più a lungo rispetto agli uomini.



In Italia, solo il **20%** delle donne partorisce con **epidurale**.



“Dopo il parto è iniziato un continuo bombardamento di commenti inappropriati e una minimizzazione del mio dolore. Mi hanno appoggiato mia figlia sul petto, ma lei non respirava, non si muoveva. L'hanno presa e portata subito via, e io ho iniziato a fare delle domande, ma non mi hanno risposto. Mi mentivano dicendo che stavano solo facendo dei controlli. Era palese che c'era qualcosa che non andava, perché se il bambino sta bene te lo lasciano addosso, ma loro continuavano a non dirmi nulla. Dopo, mi hanno detto che rischiamo di morire perché stavo perdendo troppo sangue, più di quanto fosse normale. Sono intervenuti con una serie di medicinali, mi hanno cucito e fermato l'emorragia. Mi hanno poi portato in una stanza da sola, dove sono rimasta per ore senza che nessuno mi spiegasse cosa stava succedendo a mia figlia, che era in un'altra stanza. Piangevo e mi disperavo, ma nessuno mi dava informazioni. Questa è la mia rabbia più grande: nessuno mi ha fatta partecipe di ciò che stava accadendo. Mi hanno permesso di salutarla, ma quando sono arrivata, c'erano dieci ostetriche lì che mi guardavano. E io volevo solo stare un momento da sola con lei. Poi, l'hanno messa in incubatrice e l'hanno portata via. Mi hanno spostata in un'altra stanza, perché non avevo un posto dove stare. Mi lasciavano sola per ore, e mi dicevano che dovevo smetterla di piangere, che mia figlia stava bene e che dovevo essere felice. Queste parole mi hanno fatto sentire invalida e minimizzata. Un'altra cosa che mi ha infastidita è che, quando mi hanno aiutato a scendere dal letto per andare in bagno, l'ostetrica mi ha detto: “Basta camminare come una papera, adesso hai partorito!” E io pensavo: “Ma come può essere che a poche ore dal parto debba sentirmi giudicata per il mio modo di camminare?”. Sono rimasta in ospedale per un paio di giorni, ma tutto il tempo mi sentivo sola, soprattutto perché le visite erano limitate a causa del Covid. Poi, finalmente, mi hanno dato la possibilità di trasferirmi nell'altro ospedale, dove c'era la terapia intensiva. Quando sono arrivata lì, la prima cosa che mi hanno chiesto è se avevo il latte, perché mia figlia doveva attaccarsi al seno. È stato il primo passo verso una continua pressione sull'allattamento. Non riuscivo a far allattare mia figlia al seno, e mi hanno dato dei copricapezzoli in plastica, che però mi hanno causato delle ragadi dolorosissime. Perdevo sangue, e io non volevo più usare quei copricapezzoli, ma le infermiere e le dottoresse continuavano a ripetermi quanto fosse importante che allattassi al seno. Non era una questione di non voler allattare, ma di non voler soffrire così tanto.” - donna, età non specificata

## La depressione post-partum

La depressione post partum (o depressione post-natale, DPN) colpisce in Italia circa il 10-15% delle donne nei primi mesi dopo il parto. I sintomi possono variare: senso di colpa, ansia, stanchezza, insonnia, perdita di appetito, mancanza di interesse per le attività quotidiane e, nei casi più gravi, pensieri suicidari. Di solito si manifesta tra la sesta e la dodicesima settimana dopo il parto e può durare da 2 a 6 mesi. È importante distinguerla dal baby blues, una forma di malinconia transitoria che colpisce molte neomamme nei primi giorni dopo la nascita, legata a cambiamenti ormonali e destinata a risolversi nel giro di una settimana circa<sup>67</sup>. Tuttavia, circa il 20% delle donne con baby blues può sviluppare una depressione più seria, che può durare da sei mesi fino a un anno dal parto<sup>68</sup>. Anche i partner possono presentare sintomi simili<sup>69</sup>. Nonostante la sua diffusione, il Servizio Sanitario Nazionale non offre un percorso strutturato per il post partum: è prevista solo una visita intorno ai 40 giorni dal parto, il che rende difficile individuare e trattare precocemente il disagio. In assenza di cure, la depressione può cronicizzarsi, con un rischio di recidiva di 1 caso su 3 o 4 (Il Sole24Ore, 2024).



“Alcuni giorni dal parto, ho iniziato a sentire un'ansia fortissima che non riuscivo a controllare. Quando arrivava la notte, l'ansia aumentava, e sentivo delle scariche elettriche nel cervello che mi facevano sussultare. Ho cominciato a verbalizzare queste cose, ma mi hanno solo dato degli ansiolitici senza capire realmente la gravità della situazione. Mi è stata diagnosticata una PTSD post-partum, e mi è stato spiegato che la mia mente ricollegava il buio al trauma vissuto. Un'altra cosa che mi ha turbato è che il personale medico non mi ha mai chiamata per nome. Mi chiamavano “mamma”, e questa cosa mi faceva impazzire. Non mi trattavano come una persona, ma solo come una madre. Non c'è stato alcun accompagnamento psicologico o pratico che mi aiutasse a superare tutto questo. Quando sono tornata a casa,

67 Inoltre, i termini post-natale, post-partum e perinatale sono spesso usati in modo intercambiabile, anche se sarebbe più corretto fare una distinzione. La depressione che inizia durante la gravidanza, che rappresenta fino alla metà dei casi, dovrebbe essere distinta da quella che si manifesta solo dopo il parto. Anche l'intervallo utilizzato per definire il periodo post-natale varia, comunemente da 4 settimane a 1 anno dopo la nascita del bambino.

68 Oggi si conoscono numerosi fattori di rischio legati allo sviluppo della depressione post partum. Non si tratta soltanto di elementi di natura psicologica o sociale, ma anche di predisposizioni biologiche e genetiche. La presenza, in passato, di disturbi d'ansia, attacchi di panico o pensieri ossessivi può aumentare la vulnerabilità e facilitare l'insorgenza del disturbo. Nei casi più gravi, si può arrivare a forme di psicosi post partum, una condizione rara ma estremamente seria, che comporta un'alterazione significativa della percezione della realtà e richiede un intervento tempestivo e specializzato.

69 La depressione post-partum non riguarda solo le madri. Anche i neo-padri possono attraversare momenti di profondo disagio emotivo dopo la nascita di un figlio o una figlia, sebbene se ne parli ancora poco. Le pressioni legate al lavoro, il senso di impotenza di fronte alla sofferenza della compagna, la difficoltà a creare da subito un legame profondo con il neonato o la neonata e la tendenza a non esprimere le proprie ansie possono contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi. Si stima che riguardi tra l'8% e il 13% dei padri, soprattutto in contesti ad alta complessità, come nascite premature, la gravidanza iniziata dopo difficoltà di concepimento, e la depressione post-partum della madre (Wainwright, 2023).

avevo delle aspettative su me stessa, mi sentivo obbligata a essere felice. Eppure, più passavano i giorni, più mi rendevo conto che non ero serena. La stanchezza è normale, ma c'era una differenza tra sentirsi distrutta ma comunque convinta del percorso, soddisfatta, contenta, e sentirsi semplicemente distrutta. Io mi sentivo solo distrutta. Non riuscivo a stare da sola con mia figlia. Ogni volta che ero da sola con lei, avevo un'angoscia terribile: non sapevo cosa fare, avevo paura di sbagliare, volevo essere da un'altra parte. Quando mi svegliavo di notte, impiegavo minuti interi per rendermi conto che ero madre. Sentivo mia figlia piangere e mi chiedevo: “Chi è? Cosa sta succedendo? Dove sono?”. E questa sensazione è durata per settimane, mesi interi. Non riuscivo a gestirla, così la gestiva il papà. Mi ritrovavo a rifugiarmi nel buio, non ce la facevo. E dentro di me c'era un peso enorme che non riuscivo a verbalizzare. Mi sembrava di vivere una condanna. Mi dicevo: “Perché a me? Perché non sono felice? Perché non sono serena?”. Ho cominciato a idealizzare l'idea di morire, non perché avessi intenzione di suicidarmi, ma immaginavo come sarebbe stato se non ci fosse stata. Passavo ore intere a pensare a come sarebbe stato bello non essere più in quella situazione. A parte questo, la tristezza prolungata, il senso di pesantezza, erano tutti segni tipici della depressione post-partum. Aggiungici la rabbia, che poi ho scoperto essere un altro sintomo. Una rabbia che non riuscivo a gestire e che sfogavo con chiunque, in qualsiasi situazione. Poi, la mia reazione è stata lanciarmi nel lavoro. Quando sono tornata al lavoro, è diventata una vera e propria ossessione. Il lavoro mi allontanava dalla sensazione di essere madre, da quel sentimento di inadeguatezza e incapacità. Fuori casa, non ero madre. Era la mia zona di comfort, dove potevo fingere di essere tutto, tranne che madre.” - donna, età non specificata

Nel 2023, la FDA statunitense ha approvato lo zuranolone, il primo farmaco orale per la DPN: una compressa da assumere per 14 giorni, che può migliorare i sintomi già in tre giorni. Tuttavia, gli esperti sottolineano che nessun farmaco da solo può risolvere una condizione tanto complessa. La depressione post partum ha infatti origini multifattoriali — biologiche, sociali, culturali — e va affrontata con un approccio integrato (The Lancet, 2023). Per questo, è fondamentale una presa in carico multidisciplinare, che coinvolga figure come ginecologhe, ostetriche, psicologhe, psichiatre, pediatri e medici e mediche di base.



Nel contesto neoliberista, anche la maternità è stata investita dalle logiche della produttività: essere madri oggi significa rispondere a standard di efficienza e competenza sempre più alti. Dopo il lavoro fuori casa, molte donne affrontano una “seconda giornata” fatta di cura intensiva: seguire diete, stimolare figli e figlie, gestire le emozioni familiari, tutto con rigore quasi professionale (O'Reilly, 2024). In questo modello, chi non si adegua o non riesce a “performare” come madre viene spesso giudicata. La pressione sociale è forte: ogni scelta materna viene scrutinata, e l'eventuale fallimento della prole ricade direttamente sulla figura materna. Questo genera senso di colpa<sup>70</sup>, ansia da prestazione e frustrazione.

Ma la maternità reale è fatta anche di ambivalenze, limiti e desideri propri. Negli ultimi anni si sta affermando una narrazione diversa: una maternità plurale, che include emozioni come la stanchezza o la rabbia, e che riconosce l'importanza di prendersi cura di sé stesse, dei propri desideri, dei propri bisogni - che non si esauriscono nella cura di figli e figlie. Una narrazione che rivendica la necessità di coinvolgere altre persone nella cura, e che legittima una gamma più ampia di emozioni materne: non solo gli aspetti positivi, come amore e dedizione, ma anche quelli negativi, come frustrazione, stanchezza, e rabbia.

### La parola ai dati



Secondo i risultati del sondaggio WeWorld-Ipsos, quasi 9 donne su 10 (84%) sentono il peso dello sguardo sociale sulle scelte di maternità: avere figli/e o no, quanti averne, quando averli. Per oltre la metà di loro (51%), questa pressione è schiacciante. Il giudizio sociale sulle scelte materne è percepito fortemente dal 36% della popolazione: questo dato sale al 42% tra le donne, del 49% tra le persone laureate, e del 54% tra i e le 18-30enni.

Si tratta di dati che mostrano quanto la maternità sia ancora un “tema pubblico”, in cui l'autonomia individuale viene spesso subordinata allo sguardo collettivo. I dati mostrano inoltre una maternità ancora idealizzata e medicalizzata. La visione romantica della gravidanza (85%) coesiste con una sottovalutazione dell'esperienza reale vissuta dalle donne, spesso più consapevoli delle difficoltà concrete.

70 Storicamente e culturalmente, le madri sono considerate le uniche responsabili per la prole e per tutti gli aspetti riguardanti la sua salute, la crescita e l'educazione. Il mother blaming è connesso all'idea che, quando qualcosa non va, la colpa ricade inevitabilmente sulle madri. La costruzione della “colpa al femminile” prende avvio già dalla gravidanza, considerata un “lavoro” che solo la donna può svolgere, con tutto il carico di responsabilità che questo comporta. Il mother blaming può essere interpretato anche come una forma di controllo che produce l'effetto di colpevolizzare le donne e, al tempo stesso, deresponsabilizzare gli uomini. Alle donne vengono attribuite colpe per qualsiasi problema riguardante i figli, anche durante l'infanzia, l'adolescenza e persino nell'età adulta. In questa stessa logica, anche la denatalità viene letta come una “colpa” femminile, poiché si ritiene che siano le donne a non voler assumere l'impegno della maternità (De Sanctis et al., 2020).

L'idea che il personale sanitario debba decidere al posto della donna (62%) e la convinzione che il parto debba avvenire solo in ospedale (68%) rivelano un paternalismo sanitario diffuso, che riduce la donna a “paziente” passiva.

Il fatto che il 75% ritenga la donna pienamente responsabile della salute fetale mostra come la gravidanza sia carica di aspettative quasi totali sulla madre, alimentando colpevolizzazioni se non si seguono le regole. Allo stesso tempo, il 54% pensa che le donne non abbiano abbastanza voce nelle decisioni sul parto: una contraddizione che segnala il tema dell'autonomia femminile nel sistema perinatale.

Quasi 9 donne su 10 (84%) sentono il peso dello sguardo sociale sulle scelte di maternità: avere figli/e o no, quanti averne, quando averli. Per oltre la metà di loro (51%), questa pressione è schiacciante.



Emergono due tendenze opposte: da un lato, una fiducia cieca nella medicina, dall'altro, un desiderio crescente di recuperare il proprio ruolo attivo nel parto. Questo è evidente soprattutto tra le persone giovani (66% dei 18-30enni riconosce la mancanza di voce delle donne nel parto). Nonostante, il 46% del campione generale ritiene che durante il parto la salute della donna sia messa in secondo piano rispetto a quella del neonato, mentre il 42% considera il cesareo un'esperienza “non autentica”. Questi dati mostrano quanto il modello culturale dominante idealizzi il parto naturale, rischiando di stigmatizzare percorsi diversi. Il 43% del campione (con un picco del 51% tra gli uomini) crede che una donna incinta debba lasciare il lavoro il prima possibile. Questa opinione rafforza l'idea che il corpo della donna sia un “bene collettivo”, da tutelare più come “madre” che come persona, e rappresenta un ostacolo ulteriore all'emancipazione lavorativa femminile.

I dati raccolti descrivono, quindi, una maternità ancora ingabbiata tra miti culturali, controllo sociale e paternalismo medico. La donna incinta continua a essere percepita principalmente come madre e non come soggetto autonomo. Solo riconoscendo la pluralità dei vissuti materni e restituendo potere decisionale alle donne è possibile costruire una cultura della nascita più equa e consapevole.

**Tabella 4**  
**Stereotipi e pregiudizi sulla gravidanza**  
 (Voti 6-10, d'accordo con l'affermazione)

	Totale	Donne	Uomini
La gravidanza è un momento meraviglioso per una donna	85%	81%	89%
Una donna incinta non può sapere cosa è meglio per lei durante il parto, è il personale sanitario a sapere esattamente ciò di cui ha bisogno	62%	58%	66%
Le donne che scelgono di partorire in un luogo diverso dall'ospedale (es. in casa) mettono a rischio la loro salute e quella del bambino o bambina	68%	67%	70%
Una donna incinta che non segue alla lettera le raccomandazioni mediche e alimentari mette a rischio la salute e quella del bambino o bambina	75%	73%	78%
Le donne incinte non hanno abbastanza voce in capitolo nelle decisioni sul parto, è il personale sanitario a decidere tutto	54%	57%	50%
Durante il parto l'attenzione del personale sanitario è più concentrata sulla salute del bambino o bambino e meno su quella della donna	46%	50%	42%
Il parto cesareo non consente alla donna né al bambino o alla bambina di vivere pienamente e intensamente il momento del parto	42%	40%	44%
È meglio che una donna incinta, anche se in salute, lasci il lavoro appena può	43%	35%	51%

### 1.3. La pressione estetica e il mito della bellezza

La pressione sull'aspetto fisico riguarda l'insieme di narrazioni, rappresentazioni, principi e pratiche che spingono le persone, in particolare le donne, ad aderire a precisi canoni di bellezza. Questa pressione si diffonde principalmente attraverso i media, la pubblicità, la cultura, e le relazioni sociali, creando modelli estetici che sono irrealistici e difficili da raggiungere, ma che al contempo vengono descritti come standard universali di bellezza e, di recente, anche di salute (Wolf, 2022).

Tra i più comuni standard estetici imposti ci sono la magrezza<sup>71</sup>, la bianchezza, e un corpo che sembri giovane e privo di imperfezioni, che rientri nelle categorie binarie di mascolità o

71 Negli ultimi decenni, l'ideale di magrezza si è trasformato: non si tratta più dell'estetica estrema degli anni '80, in cui dominava un'immagine scheletrica e androgina, ma di un ideale più sottile e pervasivo. Oggi la magrezza viene associata a tonicità, controllo, performance. Si parla infatti di *diet culture* per indicare quel sistema di valori che continua a esercitare un giudizio normativo sui corpi, promuovendo pratiche di sorveglianza costante come il conteggio ossessivo delle calorie, l'eliminazione di interi gruppi alimentari (come i carboidrati), la glorificazione dell'allenamento estremo e una costante ricerca dell'"autodisciplina". Questo modello, descritto come "sano" o "fit", è in realtà solo una versione aggiornata della stessa logica: il valore della persona viene misurato anche — e soprattutto — attraverso la forma del suo corpo. Ed è proprio questa pressione normalizzante a essere riconosciuta come una delle principali cause dei Disturbi del Comportamento Alimentare (Burnette et al., 2017).

femminilità: tutti aspetti che raramente rispecchiano la diversità naturale del corpo umano. Negli ultimi decenni, questi ideali hanno iniziato a essere legati anche all'idea di essere persone "in salute", in perfetta forma, abili, che conducono uno stile di vita sano e sono in grado di essere efficienti e produttive nel contesto sociale e lavorativo<sup>72</sup>. Seppure anche gli uomini e altre identità di genere<sup>73</sup> siano sempre più soggetti a forme di pressione estetica — soprattutto negli ultimi anni — le donne rimangono la categoria più colpita.

72 La salute, in questo caso, viene associata a determinati tipi di corpi (magri, tonici, senza segni del tempo), ma anche ad abitudini, scelte e stile di vita, che includono l'alimentazione, l'esercizio fisico, la cura della pelle e persino la gestione dello stress. In questo modo, la salute non è più vista solo come l'assenza di malattia, ma come un ideale estetico e comportamentale che viene costantemente promosso dalla cultura contemporanea, dai media e dall'industria del benessere.

73 Infatti, i corpi LGBTQIA+, poiché spesso non si conformano ai tradizionali ideali estetici che la società promuove, che tendono a privilegiare tratti e comportamenti che si associano ai ruoli di genere convenzionali, come quelli di "mascolinità" o "femminilità", vengono frequentemente stigmatizzati e marginalizzati.



*“Non ho mai avuto un buon rapporto con il mio corpo, e penso che non lo avrò mai, però ho fatto pace con questa consapevolezza. Come? Iniziando a prendermene più cura. Per tanto tempo l'ho trattato male, l'ho rifiutato, non l'ho amato. Questo non significa che ora lo ami. Ancora oggi, non va mai davvero bene. Anche nei momenti in cui ero “in forma”, anche adesso che mi alleno, che sono dimagrita molto — e l'ho fatto soprattutto per motivi di salute, di benessere, più che per estetica — resta comunque il mio punto debole. E, allo stesso tempo, una forma di forza. Il mio corpo è sempre stata una cosa che potevo controllare, su cui esercitare un potere mentale fortissimo: se decidevo di non mangiare, non mangiavo; se volevo inondarmi di cibo, lo facevo; se volevo cambiarlo, in un senso o nell'altro, lo trasformavo. L'ho proprio bistrattato, soprattutto nei momenti in cui sentivo il bisogno di avere il controllo, e spesso quel bisogno passava dalla magrezza. Sono cresciuta come una bambina che amava mangiare. Per me mangiare era — e forse lo è ancora — la vita. Potessi, passerei le giornate sul divano a leggere e mangiare. Non sono mai stata quella che si sveglia e fa sport contenta. No. E con questa parte di me non ho mai fatto davvero pace, perché, allo stesso tempo, continuo a voler rispondere a un certo tipo di estetica. Mi capita di rivedere fotografie di quando avevo vent'anni: ero perfetta, oggettivamente, ma mi ricordo bene come stavo. Non mettevo gonne senza leggings, nemmeno in agosto, dovevo coprimi le gambe, che pure erano magre. Non uscivo in pantaloncini, non scoprivo mai le braccia. Mai. L'unico modo che ho trovato per fare pace con le mie braccia è stato tatuarmele. Mi sono detta: “Adesso me ne riapproprio. Ci costruisco sopra una storia.” E l'ho fatto. Ma comunque non mi piacciono. E forse non mi piacerebbero mai. Posso anche mettermi a sollevare pesi e avere il braccio perfetto, ma io non mi vedo come sono. E sarà così per sempre, credo. Questa consapevolezza l'ho maturata negli anni. Mi piacerebbe liberarmene, ma non so quanto sarà possibile. Una delle mie più grandi paure è arrivare a ottant'anni e non avere ancora fatto pace con il mio corpo. Ci penso, perché sto facendo di tutto — mentalmente, fisicamente — per trovare un equilibrio, una pacificazione interiore. Ma non so se ci riuscirò davvero.” - donna, 41 anni*

### La parola ai dati



Secondo il sondaggio WeWorld-Ipsos, il 59% del campione ritiene che le donne siano maggiormente sottoposte a pressioni estetiche rispetto agli uomini. Questa percezione è ancora più forte tra le persone laureate, dove la percentuale sale al 69%. Solo il 4% del campione ritiene che siano gli uomini a subire pressioni maggiori.



il **59%** del campione ritiene che le donne siano maggiormente sottoposte a **pressioni estetiche** rispetto agli uomini.

Questo non significa che gli uomini non siano esposti a modelli estetici: negli ultimi decenni anche loro sono sempre più costretti a conformarsi a ideali fisici che li ritraggono come forti, muscolosi, e con un aspetto curato<sup>74</sup>. Tuttavia, le donne rimangono le principali destinatarie di questi modelli, in un sistema che storicamente ha regolato il corpo femminile attraverso rigidi canoni estetici.

Tra la prima e la seconda rivoluzione industriale, nei paesi occidentali ricchi, si diffonde ampiamente quello che Naomi Wolf chiama il “mito della bellezza” (1990; 2022). Con l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro e l'inizio dell'emancipazione, nasce la necessità di controllarle in un nuovo modo. Questo sistema ha due scopi: da un lato, distoglie le donne dal concentrarsi su altro, facendole inseguire un ideale di bellezza irraggiungibile e creando un continuo senso di inadeguatezza che danneggia il loro benessere psicologico; dall'altro, le spinge a spendere i loro soldi in prodotti e trattamenti estetici, alimentando il consumismo<sup>75</sup>.

74 Anche gli uomini, seppur con modi e intensità diverse, sono sottoposti a pressioni estetiche riguardo al loro aspetto fisico. In passato, i lineamenti del viso erano meno determinanti, mentre caratteristiche come la forza, la muscolosità, l'altezza e la prestanta fisica erano considerate manifestazioni tangibili del potere maschile e patriarcale. Nel 1994, il giornalista Mark Simpson coniò il termine “metrosexual” per descrivere una nuova generazione di uomini rappresentata dal modello e calciatore David Beckham: uomini single, con un buon reddito, che vivono o lavorano in città, che amano determinati dopobarba, giacche e biancheria intima. Il metrosexual, secondo Simpson, è un cultore della merce, un collezionista di immagini virili promosse dalla pubblicità. L'emergere di questa nuova figura ha complicato l'idea di mascolità: accanto all'ideale tradizionale dell'uomo forte e potente, si è aggiunto un uomo attento alla cura di sé. Il “grooming”, termine che indica i trattamenti di bellezza maschili, è oggi uno dei settori industriali che cresce più rapidamente, con previsioni che indicano un valore di 51 miliardi di dollari entro il 2025 e un tasso di crescita annuo del 5,1% (Parkkinen, 2022). Secondo l'ultimo studio in merito, condotto da Eumetra, in Italia il 44% degli uomini si depila, le linee di trucco e skincare per uomini sono sempre più diffuse, e cresce il numero di coloro che ricorrono alla chirurgia plastica. Tuttavia, la cura del corpo maschile viene al contempo celebrata e stigmatizzata come una minaccia per la propria virilità. In questo modo, gli uomini stessi sono al centro di una sovrapposizione di stimoli contrastanti (Montelli, 2018).

75 La filosofa e scrittrice Maura Gancitano (2022) evidenzia come il sistema della pressione estetica, simile a una religione, crei una spirale senza fine, in cui l'insoddisfazione per il proprio corpo non viene mai veramente risolta, ma piuttosto alimentata. Questo meccanismo si intreccia profondamente con il fiorente mercato che ne deriva, dove il consumo di prodotti estetici e trattamenti diventa il principale strumento per cercare di soddisfare le aspettative imposte. L'industria della bellezza propone, infatti, soluzioni che sembrano promettere il riscatto, ma che in realtà ali-

” Il controllo sull'aspetto fisico delle donne non riguarda solo il piacere o l'attrattiva, ma è una questione di potere.

Questo meccanismo si basa sugli effetti psicologici di una continua autovalutazione, sorveglianza e conformità a un modello imposto, che alimenta insicurezze e frustrazioni legate all'immagine corporea. È il risultato di un contesto sociale che, fin dall'infanzia, insegna alle donne che il loro valore dipende dal loro aspetto fisico, costringendole a vivere sotto il peso di questa aspettativa<sup>76</sup>. Questo fenomeno è amplificato nel contesto attuale, in cui la sovraesposizione ai social network fin dalla giovane età contribuisce a una crescente pressione. Questi ultimi, infatti, alimentano una tensione costante tra l'apparire con un corpo perfetto e il confronto con le altre persone, con il rischio di sviluppare sentimenti di inadeguatezza, frustrazione e ansia (Di Braccio, 2024)<sup>77</sup>.

”

“Credo che il motivo principale per cui abbiamo pensieri come “vorrei avere un naso diverso”, “mi piacerebbe avere le labbra più piene” o “mi sarebbe piaciuto avere le gambe più magre”, sia il fatto che siamo bombardati fin dalla nascita da certi prototipi di bellezza, da fisici considerati perfetti. Ricordo che questo fosse uno dei motivi per cui ho disinstallato Instagram l'anno scorso. Vedevo le ragazze della generazione Alpha molto appassionate di make-up e skincare, e mi capitava di vedere video di bambine di sei anni che già seguivano una routine di bellezza. Nulla di male, ovviamente, ognuno è libero di fare ciò che vuole. Ma mi sono chiesta: se loro sono così tanto influenzate dai social fin da piccole, quanto lo sono stata io senza accorgermene? Questa riflessione mi ha portata a eliminare Instagram, perché ho iniziato a chiedermi quanta influenza avessi subito anch'io. Quindi, sì, collego tutto ai media, ai social, alla televisione.” - donna, 21 anni

mentano un continuo desiderio di miglioramento estetico, perpetuando così il senso di insicurezza, inadeguatezza e frustrazione.

76 Secondo Naomi Wolf (2022), fin da giovani, le ragazze non imparano a desiderare un'altra persona, ma a desiderare di essere desiderate, in particolare dagli uomini. Questo può portare al fenomeno dell'autoggettivazione, un concetto psicologico e sociologico che descrive il processo attraverso cui una persona impara a percepirsi principalmente come un oggetto da guardare, valutare e desiderare invece che come un soggetto con desideri e aspirazioni proprie. Questo fenomeno è strettamente legato alla cultura della bellezza e al modo in cui i media e la società enfatizzano l'importanza dell'aspetto fisico, portando soprattutto le donne a internalizzare l'idea che il loro valore dipenda dalla loro capacità di attrarre lo sguardo e il desiderio degli altri, solitamente uomini.

77 Si crea così un circolo vizioso in cui gli e le utenti non si mostrano per ciò che sono realmente, ma presentano una versione “ideale” di sé, alimentata dal desiderio di conformarsi a modelli perfezionati. Questa consapevolezza, però, tende a dileguarsi quando si è dall'altro lato dello schermo, con la conseguenza di percepire ciò che viene mostrato sui social come una rappresentazione fedele della realtà. Una ricerca condotta nel 2024 su un campione rappresentativo della popolazione italiana (16-74 anni) ha evidenziato, infatti, che il 62% delle persone giovani (16-35 anni) trova difficile mostrarsi autenticamente sui social, mentre il 68% sostiene che i social mostrano solo persone perfette, aspetto che concorre ad accentuare i propri difetti (Unipol/Kkienn, 2024).

Questo processo di conformazione genera una cultura che, attraverso la visione di corpi perfetti, fa sentire le donne costantemente sotto osservazione. Gli effetti di questa costante sorveglianza estetica sono profondi e complessi. Numerosi studi evidenziano un'associazione con la presenza di disturbi del comportamento alimentare (Dakanalis et al., 2014), bassi livelli di autostima e una percezione di scarsa attrattiva personale (Rollero, 2013), comportamenti a rischio per la salute, come rapporti sessuali non protetti (Pirani & Matera, 2020), e la considerazione della chirurgia per motivazioni estetiche (Di Gesto et al., 2022)<sup>78</sup>.

La pressione estetica non si limita alla dimensione psicologica; si estende anche a quella economica e sociale. Le donne, in un contesto in cui il loro valore viene misurato in base alla loro apparenza, sono indotte a investire risorse considerevoli in trattamenti estetici, cosmetici, abbigliamento e attività fisica, in una forma di consumo crescente. In molti contesti, infatti, la bellezza è percepita come un mezzo per ottenere vantaggi sociali e professionali. Ne è un esempio il concetto di “body work”, ovvero un insieme di tecniche per modificare e abbellire il corpo, che possono portare a migliorare la propria posizione professionale<sup>79</sup>. Questo accade in un contesto culturale che, radicando l'idea che la bellezza sia l'unico obiettivo delle donne, vuole trasformarla nella loro risorsa principale per ottenere visibilità e riscatto sociale<sup>80</sup> (Piazzesi, 2023).

” Le pressioni estetiche, quindi, non riguardano solo la bellezza, ma diventano un potente strumento di controllo sociale che incrocia il genere, la provenienza, il colore della pelle, la disabilità e la classe sociale.

In questo contesto, la bellezza non è più una questione di scelta personale o piacere, ma un mezzo per creare una gerarchia sociale, dove chi non rispetta gli standard imposti viene marginalizzato, soprattutto le donne.

78 Un'indagine condotta in Italia nel 2023 su 1.048 donne (Eurispes, 2023) ha rivelato che il 57,2%, se potesse, cambierebbe in parte il proprio corpo, a fronte di un 43,1% a cui il proprio corpo non piace proprio. Questo sembra legato principalmente al peso: il 54,7% vorrebbe essere più magra, mentre circa 1 su 2 (49,6%) ritiene che se raggiungesse il suo peso ideale starebbe meglio con sé stessa, e oltre 1 su 3 (35,3%) che piacerebbe più alle altre persone. Il 36,7%, invece, afferma di provare frustrazione perché non riesce a raggiungere quello che ritiene essere il suo peso ideale. Infine, anche la giovinezza, intesa come sinonimo di bellezza, appare di grande importanza: il pensiero dell'invecchiamento del corpo, infatti, angoscia il 41,1% delle donne.

79 Le ricerche mostrano che le persone più attraenti hanno maggiori opportunità lavorative, un fenomeno conosciuto come “lookism”: vengono assunte più frequentemente, guadagnano di più e vengono scelte per promozioni più facilmente (Malik et al., 2023). Si tratta di un tipo di discriminazione che colpisce in modo più marcato le persone provenienti da gruppi etnici marginalizzati, da contesti economici sfavorevoli, le persone trans\*, o quelle grasse. D'altro lato, però, sebbene la bellezza standardizzata possa “facilitare” l'accesso a lavoro, promozioni e relazioni professionali, questa non è priva di controindicazioni: in alcuni casi, le donne attraenti possono essere percepite con sospetto e diffidenza, e talvolta considerate meno competenti e autorevoli (Piazzesi, 2023).

80 Un esempio evidente di questa dinamica si trova nelle favole classiche, come nel riadattamento cinematografico della Walt Disney di Cenerentola, che da serva diventa principessa grazie alla sua bellezza e al suo aspetto fisico. Un altro esempio è la storia di Biancaneve, dove la matrigna, ossessionata dalla bellezza e dalla paura di invecchiare, si rivolge ogni giorno allo specchio magico chiedendo: “Specchio, servo delle mie brame: chi è la più bella del reame?”. La risposta scatena una gelosia profonda nei confronti di Biancaneve, costringendola a vivere in una condizione di privazione. Questo mostra come, anche nelle favole, la bellezza, che rappresenta lo strumento per trionfare, diventa il fulcro di una competizione tra donne, riflettendo una cultura che alimenta il confronto continuo e l'inseguimento di determinati canoni estetici imposti dalla società (Vendramin, 2011).

## CAPITOLO 2. Ageismo e menopausa

### 2.1. Lo stigma dell'invecchiamento femminile

L'ageismo, termine introdotto dal gerontologo Robert Neil Butler nel 1969, è una forma di discriminazione ancora in gran parte invisibile, ma profondamente radicata nella società contemporanea. Colpisce persone di ogni età - giovani e anziane - e si manifesta attraverso pregiudizi, stereotipi e pratiche discriminatorie fondate esclusivamente sull'età anagrafica. Questo fenomeno si infila nella quotidianità, nei rapporti personali, nel linguaggio, nelle politiche pubbliche e nelle dinamiche lavorative. A differenza di altre forme di discriminazione più riconosciute, l'ageismo è spesso sottovalutato, normalizzato e interiorizzato, anche da chi ne è vittima o da chi lo perpetra. Può presentarsi in modo istituzionale, quando leggi o pratiche sociali limitano opportunità sulla base dell'età; in forma relazionale, influenzando il modo in cui ci si rapporta alle altre persone; oppure in modo introspettivo, minando autostima, fiducia e capacità di agire, in particolare per le donne. L'ageismo agisce spesso in maniera intersezionale, intrecciandosi con altri fattori identitari come genere, classe sociale, etnia, orientamento sessuale o abilismo. Questo lo rende ancora più complesso, moltiplicando i livelli di esclusione e marginalizzazione.

#### Cosa prevede la legge?

In Italia e in Europa, la discriminazione basata sull'età è vietata dalla legge. La Costituzione italiana, stabilisce il principio di uguaglianza (art. 3), che vieta ogni forma di discriminazione, inclusa quella legata all'età. Questo significa che l'ageismo, ovvero la discriminazione legata all'età, è considerato illegale. Anche a livello europeo, le leggi sono chiare. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, che è diventata vincolante nel 2009, proibisce ogni forma di discriminazione basata sull'età. Inoltre, l'articolo 20 della Carta Sociale Europea garantisce pari opportunità e trattamento per tutte le persone, indipendentemente dall'età, nel lavoro e nelle condizioni di impiego, come stipendi e promozioni.



Una delle manifestazioni più diffuse è l'ageismo di genere, che penalizza in modo sistematico le donne, soprattutto durante l'invecchiamento. In questa dinamica, il corpo femminile diventa oggetto privilegiato di controllo e giudizio sociale. In molte culture, infatti, il valore sociale delle donne è stato storicamente legato a due elementi: la capacità riproduttiva e la conformità a un ideale estetico che coincide con la giovinezza.

” Finché una donna è considerata fertile, viene percepita come “valida” e “utile”; ma quando questa fase si conclude, inizia un processo di svalutazione del corpo femminile, quasi come se avesse esaurito la propria funzione “sociale”.

Se la bellezza femminile è ridotta a sinonimo di giovinezza, pelle levigata e assenza di imperfezioni, allora l'invecchiamento diventa qualcosa da nascondere: non è solo naturale, ma percepito come una perdita, una colpa, un segno di sconfitta. La disparità è evidente: mentre l'invecchiamento negli uomini è spesso associato ad autorevolezza, carisma o desiderabilità, nelle donne coincide con la perdita di valore, bellezza, visibilità e legittimità. Gli uomini maturi possono essere ancora percepiti come desiderabili o seducenti; le donne, invece, vengono progressivamente marginalizzate, private di rispetto e centralità. Il corpo che invecchia non viene più celebrato, ma escluso. L'invecchiamento femminile, dunque, non è solo biologico: è anche culturale, sociale, simbolico, e attraversato da aspettative e contraddizioni che pesano sul vissuto delle donne.

”

“La mia paura è che, siccome sono cresciuta vittima della diet culture (e solo negli ultimi anni mi sono resa conto di quanto abbia inciso, anche inconsciamente, sulla percezione di me stessa), quando arriverà il momento scoprirò di essere vittima anche dello spauracchio dell'invecchiamento. Quindi, per ora non ci sono ancora, ma so che ci arriverò. È come se fosse un dato di fatto, qualcosa di inevitabile. Non ho mai vissuto i compleanni come un segnale di invecchiamento; al contrario, mi piace l'idea di raggiungere un nuovo anno, di essere una versione di me più consapevole. Ma quando smetterò di essere percepita come giovane e magari non sarò più considerata attraente, so che avrà un impatto su di me. Già ora faccio fatica ad accettarmi, anche se mi vedo giovane; figurarsi quando non mi vedrò più così. Questa è la mia paura.” - donna, 37 anni

Nella cultura occidentale, molte donne interiorizzano ideali di eterna giovinezza, alimentati da media, standard estetici e pressioni sociali, che rendono il naturale processo di invecchiamento un'esperienza carica di vergogna e fatica<sup>81</sup>.

81 L'invecchiamento non è solo un fenomeno fisiologico, ma è profondamente influenzato dal

“Il corpo femminile diventa un campo di battaglia, da monitorare costantemente, in una strategia difensiva per contenere i segni del tempo e restare allineate a un ideale che cambia continuamente e che, in fondo, è sempre irraggiungibile.

Non è un caso che - come osserva Sontag (2023) - l'età delle donne diventi un segreto da custodire, una verità da celare per timore del giudizio sociale.

“Al corpo della donna è richiesta in ogni campo una performatività che al corpo degli uomini non è richiesta. Il corpo della donna, quando invecchia, non è più interessante. Anche la cosa della pressione estetica - che, ok, adesso la sentono anche gli uomini, però in modo diverso - cioè sembra che si debba essere giovani in eterno. Sembra che tu debba sfruttare al massimo quel periodo, perché poi non sarai più interessante.” - donna 31 anni.

Anche la sessualità segue lo stesso schema: l'uomo, a qualsiasi età, può essere ancora considerato sessualmente desiderabile; la donna matura, invece, viene spesso automaticamente esclusa dall'immaginario erotico e affettivo. Questo crea una pressione psicologica intensa: molte donne arrivano a vivere la propria età come una perdita di sé, della propria bellezza, e perfino del diritto a esistere nello spazio pubblico. Le conseguenze sono profonde e tangibili: insoddisfazione per il proprio corpo, disagio emotivo, isolamento sociale.

“Non c'è una rappresentazione realistica della donna che invecchia. Nei film le donne sono tutte identiche, tiratissime, non si muove niente. C'è proprio un rifiuto dell'invecchiamento delle donne, mentre degli uomini si dice che invecchiano con grazia, che diventano più attraenti quando sono più anziani, che diventano più affascinanti con l'età. Le donne, invece, diventano da buttare, alla prima ruga: cestino”. - donna, 26 anni

contesto storico e culturale. Diverse culture attribuiscono significati differenti a questo processo. A differenza di molti contesti occidentali, in paesi come il Giappone le persone di mezza età - sia uomini che donne - sono considerate la 'spina dorsale' della società, che sostengono le figure più anziane, accompagnano le nuove generazioni, promuovono lo sviluppo economico e contribuiscono attivamente alla costruzione del futuro del Paese.

Ma l'ageismo di genere non si limita alla sfera privata. Le sue ripercussioni si estendono al mondo del lavoro e alla partecipazione sociale, contribuendo a un sistema che svaluta il contributo e la presenza delle donne man mano che invecchiano. Un sistema che continua a misurare il valore delle donne in base alla loro apparenza, rendendo ogni segno del tempo una minaccia, e ogni anno che passa, un motivo in più per essere messe da parte.

#### L'AGEISMO NEL MONDO DEL LAVORO

Nel contesto lavorativo, l'ageismo si manifesta in modi che riguardano sia le persone più anziane che quelle più giovani, creando una discriminazione che si intreccia con altre forme, come quelle di genere. **In un mercato del lavoro altamente competitivo e orientato alla performance, dove la produttività continua è vista come essenziale, le persone vengono valutate in base alla loro capacità di adattarsi ai cambiamenti e di mantenere un alto livello di rendimento. Questo porta a una discriminazione nei confronti delle persone mature, considerate incapaci di tenere il passo con l'innovazione, soprattutto nei settori legati alla tecnologia e all'intelligenza artificiale.** Le aziende preferiscono assumere profili più giovani, ritenuti più flessibili e facilmente aggiornabili. La convinzione che le persone anziane non siano abbastanza agili o tecnologicamente preparate ha un impatto negativo sulle loro opportunità professionali, limitando il loro accesso a ruoli importanti e ben retribuiti (Age UK, 2023).

Tuttavia, anche le persone più giovani affrontano discriminazioni legate alla loro età, soprattutto se donne. Nonostante possiedano le competenze e la motivazione, spesso vengono considerate troppo inesperte o immature per assumere ruoli di responsabilità, come quelli manageriali. Questa visione limita le loro possibilità di crescita professionale, impedendo loro di essere riconosciute come figure di leadership. Inoltre, le giovani donne sono frequentemente giudicate per il loro aspetto fisico piuttosto che per le loro capacità professionali, riducendo la loro possibilità di esprimersi liberamente nel contesto lavorativo. In molti casi, anche quando riescono a ottenere ruoli di responsabilità, si trovano a dover fare i conti con l'idea diffusa che la loro leadership non sia legittima o che non sia riconosciuta in quanto giovani e donne (cfr. WeWorld (2024), *Non staremo al nostro posto. Per il diritto a un lavoro libero da molestie e violenze*).

“Da un certo punto di vista, non vedo l'ora di diventare un po' più vecchia, perché io non mi sento presa sul serio. Molto spesso non mi sento presa sul serio. So che non è un problema solo delle donne, ma della cultura italiana, soprattutto sul lavoro. Poi, sicuramente è un po' diverso se sei un ragazzo o una ragazza. Però, le volte che mi rapporto in ambito lavorativo con esterni, mi dicono “Sembri mia figlia”, “Mamma che carina”, “Ma quanti anni hai? Sei una bambina”, “Ah ma tu sei la stagista!”. Io non posso andare agli incontri con le Fondazioni, ma deve andare la mia capa più grande o comunque qualcuno di più grande, perché io non sono presa sul serio, non vado bene, non rappresento. E quello è il lavoro che io faccio. Però, non posso mostrarmi come quella che fa quel lavoro, perché io non sono ritenuta abbastanza. Cioè, quanto è fastidioso? Quindi, da un certo punto di vista, non vedo l'ora di invecchiare”. - donna, 26 anni

“Un aspetto cruciale dell'ageismo è la sua intersezione con il genere. Sebbene l'età avanzata possa conferire un certo grado di autorità e competenza agli uomini, per le donne anziane diventa spesso un ostacolo<sup>82</sup>.”

Nonostante l'esperienza maturata, le donne più anziane vengono spesso marginalizzate e considerate fuori dal “circuito” lavorativo, con minori opportunità di essere assunte o promosse. L'American Society on Aging conferma che le donne anziane sono meno rappresentate nel mondo del lavoro e hanno minori possibilità di accedere a posizioni di leadership rispetto agli uomini della stessa fascia di età. Inoltre, **la cultura del lavoro, che premia la produttività e l'efficienza continua, penalizza ancora di più le donne più mature, che devono conciliare le richieste professionali con quelle familiari, come il lavoro riproduttivo e le necessità di conciliazione vita-lavoro.** Le politiche aziendali che non offrono flessibilità, come orari di lavoro ridotti o congedi per motivi familiari, rendono la partecipazione delle donne più anziane al mercato del lavoro ancora più difficile. **Un'altra forma di discriminazione che emerge con l'ageismo riguarda il divario retributivo tra uomini e donne. Le donne guadagnano mediamente meno degli uomini, e questa disparità si riflette anche nelle pensioni.** Secondo l'INPS (XXIII Rapporto annuale, 2024), le pensioni delle donne sono inferiori del 27% rispetto a quelle degli uomini, un divario che cresce addirittura fino al 30%<sup>83</sup> se si considerano tutti i tipi di trattamenti previdenziali (anzianità, invalidità, pensioni anticipate e superstiti).

82 Se è vero che colpisce anche gli uomini, tende a farlo in età più avanzata, mentre per le donne inizia a manifestarsi già a partire dai 45 anni, in modo più precoce e pervasivo.

83 I divari retributivi più elevati si riscontrano nelle Regioni con prestazioni previdenziali mediamente più alte, come il Veneto (32%), il Trentino, la Lombardia e il Friuli-Venezia Giulia (31%). I valori più bassi si osservano in Calabria, Sardegna e Campania, dove il divario si attesta intorno al 20%, grazie alla diffusione di trattamenti assistenziali che tendono ad avere importi simili indipendentemente dal genere.

## La parola ai dati



Secondo il sondaggio WeWorld-Ipsos, il 33% delle persone considera l'invecchiamento una fase naturale della vita, ma quasi 1 donna su 4 (24%) lo associa a declino, solitudine e perdita di indipendenza, una visione condivisa anche dal 22% degli uomini. Il 28% delle persone intervistate ha dichiarato di aver mentito almeno una volta sulla propria età, con una maggiore tendenza tra gli uomini (31%) rispetto alle donne (26%), e con una prevalenza di chi dichiara un'età inferiore rispetto a quella reale. In ambito lavorativo, il 38% ritiene che l'età penalizzi più le donne, percezione confermata dal 45% delle donne (contro il 30% degli uomini). Solo l'11% degli uomini pensa che l'età sia un ostacolo soprattutto per loro. Il 71% del campione crede che le donne anziane siano più a rischio rispetto agli uomini di esclusione sociale e professionale, percentuale che sale al 77% tra giovani e donne. Il 51% pensa che anche gli uomini anziani affrontino questo rischio.

il 38% ritiene che l'età penalizzi più le donne, percezione confermata dal 45% delle donne (contro il 30% degli uomini).



Quanto all'aspetto fisico, il 51% ritiene che le donne anziane siano più criticate per l'abbigliamento rispetto agli uomini, una percezione più forte tra giovani (61%) e laureati (64%). Il 57% delle donne lo afferma, contro il 45% degli uomini. Questi dati mostrano come l'ageismo colpisca in modo sproporzionato le donne, non solo per la loro età ma anche per il genere.



Il 71% del campione crede che le donne anziane siano più a rischio rispetto agli uomini di **esclusione sociale e professionale**.

Si tratta di un fenomeno culturale e strutturale che lega il valore femminile alla giovinezza e all'aspetto fisico, escludendo le donne anziane da ruoli di visibilità e autorevolezza. Contrastare questo schema significa affermare il diritto delle donne a invecchiare mantenendo dignità e presenza sociale, libere da stereotipi e giudizi estetici.

## 2.2. Il più grande tabù: ripensare la menopausa

Un momento cruciale nella vita delle persone con utero, spesso strettamente associato all'invecchiamento, è la menopausa. **Nonostante riguardi milioni di persone, e rappresenti una fase di transizione che può occupare fino a un terzo della vita di chi ha avuto le mestruazioni, è un argomento ancora oggi avvolto dal silenzio.** La transizione menopausale è, infatti, molto più di un evento biologico: è anche un passaggio sociale e culturale significativo, che si intreccia con norme di genere, fattori familiari, contesti culturali e rappresentazioni simboliche dell'invecchiamento e della femminilità<sup>84</sup>. In altre parole, il modo in cui la viviamo - e soprattutto il modo in cui (non) se ne parla - è fortemente influenzato da una società che continua a dare valore alle donne solo se giovani, fertili e "presentabili". In Italia parliamo di circa 17 milioni di donne che si trovano in menopausa o nella fase di transizione che la precede, chiamata perimenopausa. (Quotidiano Sanità, 2024).

Ma questa realtà così diffusa continua a essere ignorata nella vita di tutti i giorni: in famiglia, nei luoghi di lavoro, nelle comunità e perfino nel sistema sanitario. Ciò accade perché l'invecchiamento femminile è ancora un tabù dalle radici profonde. L'intero valore sociale delle donne, per secoli, è stato costruito intorno all'aspetto fisico e alla capacità di procreare. Quando questi elementi vengono meno, la società tende a considerarle "finite", "meno utili", o addirittura invisibili (Wolf, 2022). Una logica violenta che contribuisce a cancellare completamente i vissuti, i bisogni e le voci delle persone che stanno attraversando questa fase della vita.

**Quando si parla di menopausa, spesso lo si fa con un linguaggio medico che la descrive come un problema da risolvere. Viene trattata come una condizione patologica, da cui difendersi con farmaci e terapie. Questo approccio alimenta uno stigma che rappresenta le persone in menopausa come instabili, irrazionali o isteriche** (Voda, 2018), e contribuisce a far sentire chi la vive a disagio anche solo nel parlarne con amici, familiari o colleghi.

In realtà, la menopausa è un processo molto più articolato, che può durare anni e che varia da persona a persona. Porta con sé cambiamenti fisici, mentali, relazionali. Non esiste un'esperienza unica o standard. Il modo in cui viene vissuta dipende da vari fattori: il contesto culturale, il periodo storico, la storia personale. Per alcune donne è un sollievo: niente più mestruazioni, né rischio di gravidanze indesiderate, né contraccezione da gestire (Dillaway,

2005). Per altre è una fase difficile, fatta di sintomi che impattano sul quotidiano: mal di testa, insonnia, vampate di calore, aumento o perdita dell'appetito, variazioni di peso, ansia, irritabilità, confusione mentale. Anche dopo la fine della transizione, durante la postmenopausa, possono emergere nuovi rischi per la salute legati alla riduzione degli estrogeni: osteoporosi, problemi cardiovascolari, aumento del rischio di diabete e sindrome metabolica e cambiamenti nel modo in cui il corpo distribuisce il grasso.



**In Italia parliamo di circa 17 milioni di donne che si trovano in menopausa o nella fase di transizione che la precede, chiamata perimenopausa.**

(Quotidiano Sanità, 2024)

A peggiorare il quadro c'è anche una certa confusione terminologica: parole come *premenopausa*, *menopausa*, *perimenopausa*, *climaterio* o *postmenopausa* vengono spesso usate come sinonimi, anche se indicano momenti diversi. Questa ambiguità rende più difficile capire cosa si stia vivendo e, di conseguenza, accedere a cure adeguate<sup>85</sup>.

<sup>84</sup> La transizione menopausale non è un fatto puramente biologico né un'esperienza universale che si manifesta allo stesso modo in tutte le culture. Al contrario, è un fenomeno profondamente situato, plasmato da contesti culturali, sociali e simbolici specifici. Nelle società occidentali, in particolare in Nord America e in Europa, la menopausa è spesso interpretata come un segnale di declino, all'interno di un sistema valoriale che esalta la giovinezza e la bellezza giovanile come standard desiderabili. In Giappone, nonostante anche in questo contesto permangano ideologie di genere restrittive, molte donne tendono a vivere la menopausa come parte integrante di un ciclo di vita continuo, e non come una cesura netta tra giovinezza e vecchiaia (Lock, 1994). In altri contesti ancora, come tra alcune comunità Aborigene, la menopausa può essere vissuta positivamente, come una fase di maggiore libertà, autonomia e rispetto all'interno della comunità. Questi esempi dimostrano come il significato e l'impatto della menopausa non siano fissati biologicamente, ma profondamente influenzati dal modo in cui ogni cultura costruisce e interpreta l'età, il corpo e la femminilità.

<sup>85</sup> La definizione medica della menopausa, secondo cui essa coincide con la cessazione completa delle mestruazioni (dopo dodici mesi consecutivi di assenza), nella quotidianità non risulta sempre così trasparente, chiara o utile. Pur offrendo un criterio oggettivo, questa definizione non aiuta concretamente le donne a capire quando esattamente si troveranno nella fase finale della menopausa, né in quale punto del processo siano. Donne di età diverse vengono raggruppate come se fossero un gruppo omogeneo, tutte con lo stesso stato biopsicologico, quando in realtà non si sa nemmeno se due donne della stessa età vivano esperienze simili della menopausa. Poiché ogni corpo è diverso, e il modo in cui si attraversa questa transizione varia profondamente da persona a persona, nei tempi e nei sintomi. Molte persone si trovano quindi a vivere questa fase con confusione, frustrazione e impazienza, cercando di interpretare i segnali del proprio corpo per capire "quanto manca", se quel sintomo o quella variazione sono segnali della fine o solo un'altra tappa del percorso. In questo senso, la definizione scientifica appare distante rispetto alla complessità dell'esperienza reale (Perianes & Kissing, 2020).

## Le parole per capire

Secondo la doula ed esperta di salute mestruale Maisie Hill, e come riportato nel suo libro *Perimenopause Power* (2021), la transizione menopausale fa parte di un continuum che attraversa le diverse fasi della crescita, dello sviluppo e dell'invecchiamento. Questo processo si estende dal menarca (la comparsa delle mestruazioni) alla postmenopausa, passando per l'età riproduttiva, la perimenopausa e la menopausa.

**PREMENOPAUSA:** Questa fase rappresenta il periodo dell'età riproduttiva, durante il quale i cicli mestruali sono regolari. I cambiamenti ormonali che la caratterizzano sono ancora sottili e non portano con sé sintomi evidenti o gravi. La premenopausa segna la fase di stabilità ormonale prima che inizino a verificarsi cambiamenti che predispongono alla perimenopausa. In questa fase, il corpo si prepara lentamente ai cambiamenti futuri, ma le mestruazioni continuano normalmente. Non è una fase in cui si verificano segni di declino evidente, ma si configurano come il preludio alla transizione.

**PERIMENOPAUSA:** La perimenopausa segna l'inizio della transizione verso la menopausa vera e propria. Generalmente avviene tra i 45 e i 55 anni (WHO, 2022), ma l'età di insorgenza può variare notevolmente a causa di fattori genetici, salute generale e stili di vita, e può durare da 4 a 10 anni, in certi casi sino a 15 anni (Hill, 2021)<sup>86</sup>. In questa fase, i cambiamenti ormonali diventano più evidenti e provocano sintomi fisici e psicologici significativi. Le mestruazioni diventano più irregolari, con cicli che possono variare in durata e intensità, compresi flussi mestruali abbondanti o leggeri e periodi di amenorrea (assenza di mestruazioni). I sintomi più comuni durante la perimenopausa includono vampate di calore, alterazioni dell'umore, secchezza vaginale, cambiamenti nel metabolismo, nel peso e nella forma corporea. Questi cambiamenti sono il risultato delle fluttuazioni ormonali, in particolare degli estrogeni, del progesterone e di altri ormoni coinvolti nella regolazione del ciclo mestruale. La diminuzione degli estrogeni, però, non è l'unica responsabile della cessazione del ciclo mestruale; in realtà, sono molteplici gli ormoni che subiscono variazioni durante questa transizione riproduttiva, chiamata anche *climaterio* (Vado, 2018). Queste fluttuazioni ormonali possono iniziare anche 8-10 anni prima della cessazione definitiva delle

<sup>86</sup> La perimenopausa può essere suddivisa in diverse fasi, non in base all'età in cui insorge, ma lungo un continuum che caratterizza l'intero processo. La primissima perimenopausa (very early perimenopausa) è la fase iniziale, in cui la durata del ciclo mestruale rimane stabile o si accorcia leggermente. In questo stadio possono comparire nuovi sintomi o accentuarsi quelli già presenti. I livelli di estrogeni tendono a essere alti rispetto a quelli di progesterone. Segue la prima perimenopausa (early perimenopausa), in cui i cicli diventano sensibilmente più brevi. Anche in questa fase, l'estrogeno rimane spesso elevato rispetto al progesterone, causando uno squilibrio ormonale che può influenzare umore, sonno e altri aspetti del benessere. Infine, si arriva alla tarda perimenopausa (late perimenopausa), in cui i cicli cominciano ad allungarsi e diventano irregolari. È in questo momento che iniziano a manifestarsi sintomi più marcati e spesso invalidanti, come vampate di calore, sudorazioni notturne e secchezza vaginale. In questa fase, i livelli di estrogeni iniziano a calare sensibilmente. Questa è anche la fase che, nel linguaggio comune, viene spesso confusa e indicata erroneamente come "menopausa", sebbene la menopausa vera e propria inizi solo dopo 12 mesi consecutivi senza ciclo mestruale.

mestruazioni e proseguire per diversi anni dopo (ibid.). La perimenopausa, dunque, non è sinonimo di menopausa, ma rappresenta il periodo di transizione che può durare anni prima della cessazione definitiva del ciclo mestruale.

**MENOPAUSA:** La menopausa segna la fine della fase riproduttiva ed è ufficialmente diagnosticata quando sono trascorsi 12 mesi consecutivi senza mestruazioni. La menopausa può essere considerata come un "evento" che dura un giorno, ed è generalmente definita come il momento in cui una persona ha trascorso 12 mesi consecutivi senza mestruazioni. Quindi, mentre la transizione che porta alla menopausa (la perimenopausa) dura anni, la menopausa corrisponde tecnicamente a un singolo giorno: il primo giorno in cui una persona non ha più le mestruazioni per 12 mesi consecutivi. Dopo quel giorno, inizia ufficialmente la postmenopausa, che è il periodo che segue la cessazione delle mestruazioni e durante il quale si stabilizzano i livelli ormonali, anche se i cambiamenti fisici e metabolici continuano (Hill, 2021). La menopausa può anche essere indotta come conseguenza di procedure chirurgiche che comportano l'asportazione di entrambe le ovaie o di interventi medici che causano la cessazione della funzione ovarica (ad esempio radioterapia o chemioterapia). D'altro lato, molte persone smettono di avere le mestruazioni prima della menopausa, come quelle che hanno subito determinate procedure chirurgiche (isterectomia o rimozione chirurgica del rivestimento dell'utero), o quelle che utilizzano alcuni contraccettivi ormonali e altri farmaci che causano mestruazioni poco frequenti o assenti.

**POSTMENOPAUSA:** La postmenopausa è la fase successiva alla menopausa, durante la quale i livelli ormonali tendono a stabilizzarsi. In questa fase, molti dei sintomi legati alla perimenopausa, come vampate di calore, sbalzi d'umore e secchezza vaginale, possono attenuarsi o scomparire. Tuttavia, la postmenopausa comporta anche un aumento del rischio per alcune patologie croniche, come le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi (che indebolisce le ossa) e le infezioni del tratto urinario. Con l'allungamento dell'aspettativa di vita, il numero di donne in postmenopausa è in continuo aumento. Nel 2021, le donne di età pari o superiore a 50 anni rappresentavano il 26% della popolazione femminile globale (WHO, 2022). Questo dato è in crescita rispetto al passato e sottolinea l'importanza di promuovere una maggiore comprensione delle necessità, dei sintomi e dei processi legati alla postmenopausa. Per migliorare la qualità della vita in questa fase, è fondamentale affrontare non solo gli aspetti medici, ma anche quelli psicologici e sociali, per combattere eventuali pregiudizi e stigma legati all'invecchiamento.



## TRA STEREOTIPI E TABÙ

La menopausa è spesso narrata come un momento di perdita: la fine della fertilità viene letta come la fine del valore sociale e personale. In Italia, questa visione si lega a una cultura che associa i corpi femminili alla giovinezza e alla maternità, elementi considerati centrali nell'identità delle donne (Pigmei & Pieri, 2025). Di conseguenza,

“il corpo che invecchia diventa un corpo “fuori norma”, raramente rappresentato nei media, se non in ruoli marginali o stereotipati.

L'idea che la menopausa debba restare nascosta o trattata con pudore rafforza il silenzio che la circonda. Ma questo silenzio ha conseguenze concrete: ostacola l'accesso a cure adeguate, complica la vita lavorativa e alimenta disinformazione. La mancanza di conoscenza sulle diverse fasi - dalla perimenopausa alla postmenopausa - è infatti un prodotto diretto di tabù culturali e di una lunga storia di narrazioni riduttive (Vescio, 2023).

Le persone che attraversano questa fase possono sentirsi confuse, impreparate, isolate. E, oltre al vuoto informativo, ci sono stereotipi ancora radicati: uno dei più diffusi è quello che collega la menopausa alla fine della sessualità. Eppure, gli studi mostrano che molte persone in postmenopausa riscoprono il piacere e una sessualità più libera, svincolata da paure e aspettative (Dillaway, 2020).

“Prima di essere in menopausa non ne sapevo niente. Sapevo delle vampate di calore, ma non avevo idea che sarebbe stato così. In realtà, la mia idea di menopausa era quella di diventare vecchia, smettere di essere interessante per mio marito, perdere il desiderio di fare sesso, prendere peso. Questo era quello che sapevo. Quando ho cominciato ad avere i primi sintomi della perimenopausa, è stato tutto improvviso. Le informazioni sulla menopausa sono un disastro. Cioè, si sa molto poco, o meglio, sono in pochi a essere davvero preparati. Tant'è che, adesso, ho chiesto di partecipare a un corso specifico sulla menopausa, perché quando ho cercato di capire qualcosa in più, non ho ricevuto risposte soddisfacenti. Sono convinta che ci sia veramente un gran bisogno di parlare di menopausa. Forse, c'è più bisogno di parlare della menopausa che delle mestruazioni. Perché la menopausa è associata alla vecchiaia, capisci? Quindi c'è un grande bisogno di parlarne, perché le generazioni più giovani devono sentirsi libere di affrontare questo argomento con serenità. Se le generazioni di oggi ne parlano senza vergogna, è un buon esempio per le generazioni future. Bisognerebbe educare anche gli

uomini, perché quando una donna è in menopausa, molti uomini pensano che sia solo un momento fastidioso per loro. Magari hanno una compagna che sta attraversando questo periodo da tanti anni, e la vedono come una donna “vecchia”, che si lamenta sempre. Sarebbe bello fare capire anche agli uomini che la menopausa è un momento importante per una donna, una fase di transizione, e che, se sei vicino a una donna che ci sta passando, è importante supportarla”. - donna, 53 anni

## Menopausa al lavoro



La menopausa continua a essere un tabù nei luoghi di lavoro: se ne parla poco, spesso con imbarazzo, e molte persone che attraversano questa fase si trovano a nascondere i sintomi per paura di essere considerate meno produttive o inadeguate. Questo silenzio alimenta l'isolamento e costringe molte lavoratrici ad affrontare da sole cambiamenti fisici, emotivi e cognitivi che influenzano profondamente la vita professionale.

In Italia, mancano direttive nazionali specifiche sul tema: le uniche linee guida, pubblicate dall'Inail nel 2017<sup>87</sup>, si rivolgono principalmente alle singole lavoratrici, suggerendo abitudini salutari, mentre dedicano solo un breve accenno al ruolo delle aziende e all'importanza della formazione e della sensibilizzazione interna (Vescio, 2024)<sup>88</sup>. Nel frattempo, le donne in età da menopausa rappresentano uno dei segmenti in maggiore crescita nella forza lavoro, soprattutto nei paesi occidentali e ad alto reddito (ibid.). Con l'innalzamento dell'età pensionabile, molte trascorrono fino a vent'anni della loro carriera in menopausa, spesso nel pieno della propria maturità professionale. I sintomi - dalla stanchezza cronica all'insonnia, dalle vampate all'ansia - possono compromettere le performance lavorative e spingere alcune a ridurre l'orario o persino ad abbandonare il lavoro.

87 Disponibile presso: <https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/publicazioni/catalogo-generale/catalogo-generale-dettaglio.2017.09.lavoratrici-in-menopausa-e-corrette-abitudini-di-vita.html>

88 L'Equality and Human Rights Commission (EHRC) del Regno Unito ha pubblicato delle linee guida riguardanti gli obblighi legali dei datori di lavoro nei confronti delle dipendenti che vivono la menopausa, sottolineando che i sintomi più invalidanti possono essere considerati una disabilità. Di conseguenza, le lavoratrici che soffrono di questi sintomi rientrano tra le categorie protette dall'Equality Act 2010, la legge antidiscriminazione britannica. I datori di lavoro sono quindi obbligati ad adottare “ragionevoli aggiustamenti” per consentire alle dipendenti in menopausa di proseguire il proprio lavoro senza subire discriminazioni dirette o indirette, come la regolazione della temperatura negli ambienti di lavoro, la creazione di aree per il riposo e la flessibilità degli orari o la possibilità di lavorare da casa. Queste linee guida si basano su studi che evidenziano le difficoltà lavorative delle donne in menopausa e perimenopausa, con quasi 1 donna su 2 che ha riportato conseguenze negative sulla propria carriera e 1 su 10 che ha dovuto dimettersi. Per molte donne è l'assenza di policy e supporto in azienda l'ostacolo principale allo svolgimento della propria professione in menopausa. Tuttavia, l'idea di considerare la menopausa come una potenziale disabilità ha suscitato numerose critiche, accusata di contribuire alla patologizzazione del corpo femminile (Vescio, 2024).

In Italia, circa 1 lavoratrice su 10 lascia il proprio impiego a causa della menopausa, e molte altre scelgono il part-time. (Sisti, 2024). Ignorare questa realtà significa non solo alimentare discriminazioni di genere e ageismo, ma anche perdere competenze preziose.

È quindi urgente ripensare i luoghi di lavoro in modo che siano in grado di accogliere la diversità dei corpi e dei tempi. È necessario rompere il silenzio, superare lo stigma che lega menopausa e inadeguatezza, e costruire ambienti in cui la salute riproduttiva e l'invecchiamento femminile non siano più invisibili. Questo richiede azioni concrete: flessibilità, formazione, ascolto, spazi di confronto, permessi retribuiti e, soprattutto, una rivoluzione culturale nei modi in cui pensiamo e organizziamo il lavoro. È essenziale riconoscere anche le esperienze delle persone trans\* e non binarie che vivono la menopausa. La narrazione dominante, centrata esclusivamente sulle donne cisgender, esclude chi non si identifica in questa categoria, generando un doppio stigma: invisibilità nei percorsi di cura e nei contesti sociali, e difficoltà nel conciliare i cambiamenti corporei con la propria identità di genere. Per questo, è necessario adottare un approccio più inclusivo e informato, che valorizzi la pluralità dei vissuti legati alla menopausa.

In Italia, circa 1 lavoratrice su 10 lascia il proprio impiego a causa della menopausa, e molte altre scelgono il part-time.

(Sisti, 2024).



## La parola ai dati

Dal sondaggio WeWorld-Ipsos, emerge come molte persone conoscano poco la terminologia legata alla menopausa e in generale hanno una comprensione limitata di cosa significhi attraversare questa fase della vita. Il termine “menopausa” è abbastanza noto: il 60% delle persone intervistate associa correttamente la parola alla definizione, con una leggera differenza tra uomini (55%) e donne (65%). Tuttavia, parole come “perimenopausa” o “postmenopausa” risultano molto meno familiari e spesso non vengono comprese<sup>89</sup>. Anche quando si parla dell'età in cui la menopausa di solito arriva, emergono molti dubbi. Questo dimostra che le informazioni sul tema non sono ancora



89 Si veda il box. Le parole per capire a pagina xx.

diffuse in modo chiaro o accessibile. Quasi 4 persone su 10 (il 39%) pensano che la menopausa sia ancora un argomento tabù. Questo vale sia per gli uomini (38%) che per le donne (40%). Il dato cresce tra le persone giovani (67%) e tra chi ha un livello di istruzione universitario (54%). Al contrario, solo il 28% di chi ha già vissuto la menopausa la considera ancora un tabù: probabilmente perché, avendola sperimentata, ha più consapevolezza e sente maggiore libertà a parlarne.

Alle persone intervistate è stato anche chiesto cosa pensano che una donna “dovrebbe” fare durante la menopausa. Le risposte mostrano quanto siano ancora diffusi stereotipi legati alla socializzazione dell'invecchiamento femminile, che influenzano sia la rappresentazione sociale della menopausa sia le aspettative nei confronti di chi la vive.

Inoltre, il 55% delle persone intervistate pensa che si parli troppo del disagio legato alla menopausa, sostenendo che alla fine si tratti di una fase naturale della vita. Alcuni atteggiamenti mostrano quanto la menopausa venga ancora considerata un tema poco adatto a certi contesti. Il 33% del campione, ad esempio, pensa che parlarne sul lavoro sia poco professionale, con un dato più basso tra chi è già in menopausa (22%) ma più alto tra chi sta vivendo la perimenopausa (36%). Il 22% del campione generale ritiene che la menopausa dovrebbe restare un fatto privato e non essere condiviso apertamente, una visione più diffusa tra gli uomini (24%) e tra le persone in perimenopausa (33%), ma solo nel 12% tra chi ha già vissuto questa fase.

Nonostante gli stereotipi ancora diffusi, emerge con forza il desiderio di parlare più liberamente della menopausa. L'86% delle persone intervistate è d'accordo sul fatto che se ne dovrebbe poter parlare apertamente, con una percentuale ancora più alta tra le donne (89%, rispetto all'82% degli uomini) e tra chi sta vivendo o ha vissuto questa fase (84% tra le persone in perimenopausa, 89% tra chi è in menopausa). Molte persone ritengono utile una maggiore presenza di pubblicità e messaggi informativi sulla menopausa: lo pensa il 71% del totale, con un consenso simile tra uomini e donne, e leggermente inferiore (68%) tra chi è già in menopausa. Il 67% delle persone intervistate vorrebbe ricevere più informazioni sull'argomento.

Il bisogno di informazione è particolarmente sentito da chi si trova nella fase di transizione: il 79% delle persone in perimenopausa dichiara di volerne sapere di più, rispetto al 59% di chi ha già attraversato questa fase.

**Tabella 5**  
**Chi è in menopausa**  
(Voti 6-10, d'accordo con l'affermazione)

	Totale	Uomini	Donne
Dovrebbe accettare che il suo aspetto è cambiato senza cercare di voler ringiovanire	61 %	65 %	58 %
Dovrebbe accettare il rallentamento del metabolismo e non tentare di combatterlo con diete drastiche o esercizio fisico intenso	55 %	59 %	52 %
Non dovrebbe prendere farmaci per il benessere sessuale, come lubrificanti o estrogeni, perché è naturale che l'interesse sessuale diminuisca	29 %	33 %	26 %
Dovrebbe evitare di parlare troppo dei suoi sintomi, come le vampate di calore perché l'argomento è privato	26 %	30 %	22 %
Dovrebbe evitare di indossare abiti troppo leggeri, come top senza maniche, per non sembrare fuori luogo	24 %	26 %	23 %
La menopausa rende le persone più arrabbiate, sensibili, emotive, irrazionali	56 %	59 %	53 %
Chi è in menopausa e soffre di vampate di calore non dovrebbe fare attività fisica o lavorare in ambienti troppo caldi	34 %	36 %	31 %
Non dovrebbe cercare di perdere peso perché potrebbe compromettere la salute	33 %	40 %	27 %
Dovrebbe ridurre l'orario di lavoro per non compromettere la sua salute o benessere emotivo	30 %	36 %	25 %
Non dovrebbe fare sport troppo intensi, come la corsa, perché potrebbe essere dannoso per il corpo	28 %	34 %	22 %
Dovrebbe evitare di assumere ruoli di leadership perché è difficile mantenere l'autocontrollo durante i cambiamenti ormonali	23 %	25 %	20 %

### LO SGUARDO MEDICO

Nel corso della storia della medicina occidentale, i corpi femminili sono stati trattati in maniera ambivalente: da un lato, l'esclusione sistematica delle donne dalla ricerca clinica e dalla produzione scientifica; dall'altro, il controllo normativo attraverso la medica-



**1 uomo su 4** pensa che chi è in menopausa dovrebbe evitare di assumere ruoli di leadership perché è difficile mantenere il controllo durante i cambiamenti ormonali.

lizzazione delle esperienze corporee femminili. Questi due aspetti si riflettono nel modo in cui è stata (e continua a essere) trattata la menopausa (Voda, 2018).

**Per decenni, la menopausa è stata vista principalmente come una patologia causata dalla carenza ormonale, classificata come una condizione endocrinologica da trattare farmacologicamente.** Questa visione, radicata in un approccio androcentrico e spesso patriarcale, ha contribuito a delineare l'immagine della donna in menopausa come fragile, sessualmente inattiva e carente<sup>90</sup>. In questa prospettiva, il corpo femminile veniva visto come "difettoso" rispetto al modello maschile, da correggere attraverso terapie ormonali<sup>91</sup> o altri interventi. **Questa medicalizzazione ha reso**

<sup>90</sup> Nel 1966, ad esempio, il ginecologo Robert A. Wilson, nel suo libro *Feminine Forever*, considerava la menopausa come una malattia da curare per ristabilire la perdita femminilità data dalla possibilità di riprodursi.

<sup>91</sup> La stessa terapia ormonale sostitutiva (TOS), tra le soluzioni più discusse per alleviare i sintomi menopausali, è stata oggetto di oscillazioni nel discorso medico: prima proposta come

difficile considerare la menopausa come un evento fisiologico naturale, e ha impedito di riconoscere la sua dimensione soggettiva, che varia a seconda delle esperienze culturali e sociali di ciascuna persona.

In parallelo alla patologizzazione, si è anche verificata una minimizzazione del disagio: **molte persone riferiscono di non essere ascoltate quando descrivono sintomi intensi, che spesso vengono normalizzati o ignorati anche in ambito medico** (Gransnet, 2016). Questi fenomeni sono il risultato di un'esclusione storica delle donne dalla ricerca scientifica. Fino agli anni Novanta, le donne in età fertile venivano regolarmente escluse dagli studi clinici a causa dei presunti "disturbi" legati al ciclo mestruale. Solo nel 1993<sup>92</sup>, il Congresso degli Stati Uniti ha stabilito che le donne dovevano essere incluse nelle ricerche cliniche (Liu & Dipietro Mager, 2016). Questa lunga esclusione ha creato un vuoto di conoscenza che ancora oggi influisce sulla comprensione della salute femminile, inclusi aspetti cruciali come la menopausa.

Negli ultimi anni, la medicina di genere ha iniziato a svilupparsi come una disciplina che integra le differenze biologiche, sociali e culturali nella cura e nella ricerca clinica<sup>93</sup>. **In Italia, il dibattito sulla medicina di genere è iniziato negli anni Novanta, culminando nel 2018 con l'approvazione di una legge per promuoverla nel Servizio Sanitario Nazionale. L'anno successivo è stato varato il piano attuativo, che ha sottolineato l'importanza di considerare il sesso e il genere nelle cure sanitarie e nella ricerca clinica. Tuttavia, l'applicazione di queste politiche è ancora parziale e disomogenea, con persistenze di discriminazioni di genere, come la scarsa attenzione al dolore femminile e la sottovalutazione della salute mestruale** (Vescio, 2023).

*“Su tutte le controindicazioni della menopausa, che cosa sappiamo davvero? Quelle che conosciamo meglio sono l'aumento di peso, il mal di testa, gli sbalzi d'umore e le vampate di calore. Però, in realtà ci sono tante altre cose di contorno, che magari non sai nemmeno tu, come la mancanza di energia... Ma nel momento in cui riporti dei sintomi che non conosci, per esempio, “Mi vengono le bolle al naso ogni mese”; nessuno ti dice “Guarda che la menopausa può farti venire le bolle al naso, stai tranquilla”. Non*

rimedio universale, poi demonizzata a seguito degli allarmi della FDA per il possibile aumento di rischio di malattie cardiovascolari e cancro al seno. Solo più recentemente, rianalizzando i dati, si è compreso che i rischi variano notevolmente a seconda dell'età, della storia clinica individuale e del momento di inizio del trattamento. La TOS può essere utile, ma solo se valutata caso per caso, in ascolto delle esigenze di chi attraversa questa fase, e non come risposta automatica a un presunto "difetto".

<sup>92</sup> L'inclusione è diventata legge federale attraverso l'inserimento di una sezione nel Revitalization Act, intitolata "Inclusione di donne e minoranze nella ricerca clinica" (Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research). Per approfondire, visitare la pagina: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236531/>

<sup>93</sup> Un segno del cambiamento in corso è la pubblicazione di un editoriale della rivista scientifica *The Lancet*, una delle più prestigiose a livello mondiale, dedicato interamente alla menopausa. Questo rappresenta un tentativo significativo di riportare al centro le esperienze legate a questa fase della vita, affrontandole con una medicina che non solo è scientificamente rigorosa, ma anche attenta e consapevole delle esigenze delle persone e dei loro vissuti. La serie è disponibile presso: <https://www.thelancet.com/series-do/menopause-series-2024>

*c'è nemmeno quella sorta di “Calma, va tutto bene” per farti sentire che la situazione è normale, capisci? Dovrebbero esserci dei canali, dovremmo far uscire il fatto che, sì, va bene così, che i sintomi possono essere questo, questo, questo e questo, e che sono normali.” - donna, 53 anni*

Un altro aspetto importante riguarda l'esperienza menopausale delle persone non cisgender. **La salute menopausale viene generalmente trattata solo in relazione alle donne cisgender, senza considerare le esperienze di persone trans\* e non binarie, che affrontano condizioni ormonali e fisiologiche complesse.** Gli uomini trans\* che assumono testosterone, ad esempio, smettono di avere il ciclo mestruale già in giovane età, ma con l'invecchiamento possono manifestarsi variazioni ormonali simili ai sintomi della menopausa. Al contrario, gli uomini trans\* che non seguono una terapia ormonale possono sperimentare sintomi analoghi alla menopausa (Stroumsa et al., 2019).

**Per quanto riguarda le donne trans\*, l'esperienza ormonale è particolarmente complessa. Le persone che seguono una terapia ormonale femminilizzante non attraversano una menopausa biologica tradizionale, ma l'interruzione di questa terapia può causare sintomi simili alla menopausa, come vampate, sbalzi d'umore e secchezza vaginale, in particolare dopo una vaginoplastica. Tuttavia, non esistono linee guida standard che affrontino questi sintomi nel contesto della menopausa, creando difficoltà nell'accesso a cure adeguate** (Herea, 2024).

In conclusione, la menopausa non deve essere ridotta a una patologia né ignorata, poiché rappresenta un processo fisiologico e sociale complesso. È una tappa naturale della vita che può comportare sfide, ma anche trasformazioni significative. Affrontare apertamente il tema della perimenopausa, menopausa e postmenopausa, condividere esperienze e offrire informazioni affidabili e accessibili è un passo fondamentale per superare la cultura del silenzio e riconoscere il valore delle diverse modalità con cui le persone vivono questa fase della vita.

### LA MENOPAUSA COME ESPERIENZA PLURALE

L'esperienza della menopausa non può essere ridotta a una sequenza di eventi biologici misurabili, ma rappresenta una fase profondamente soggettiva e relazionale, le cui manifestazioni fisiche, emotive e simboliche sono fortemente mediate dal contesto socioculturale, economico e storico in cui le persone vivono. Come si attraversa la menopausa, il significato che le si attribuisce e i modi di rappresentarla variano non solo da un individuo all'altro, ma anche tra diverse culture e sistemi simbolici.

**Numerosi studi hanno evidenziato come l'esperienza della menopausa sia influenzata da narrazioni collettive, stereotipi e**

**aspettative sociali legate all'invecchiamento e alla femminilità** (Voda, 2018; Dillaway, 2020). In alcuni contesti culturali - come in India, in Messico o in Grecia - le persone in postmenopausa acquisiscono prestigio, libertà e autorevolezza, e la transizione menopausale non è associata a malattia o decadimento. In queste società, l'assenza delle mestruazioni non segna una perdita, ma un guadagno simbolico e sociale. **Al contrario, nei contesti occidentali, come quello italiano, la menopausa è spesso presentata come una soglia che segna la fine della fertilità e, con questa, dell'"utilità" e della desiderabilità dei corpi, soprattutto quelli delle donne** (Pigmei & Pieri, 2025). Da ciò deriva una diffusa invisibilità sociale delle persone in menopausa, e con essa la difficoltà di trovare ascolto, comprensione e adeguati strumenti di supporto.

Nonostante la frequenza dei sintomi fisici associati alla transizione menopausale - come vampate di calore, sudorazioni notturne, insonnia, secchezza vaginale, dolori articolari, irritabilità, difficoltà di concentrazione, cambiamenti del tono dell'umore - il dolore delle persone che vivono questa fase continua a non essere riconosciuto. **A differenza di altri fenomeni fisiologici, il dolore menopausale viene spesso interpretato come "naturale" e quindi non meritevole di cura, o addirittura ignorato del tutto, confermando un pattern più ampio che riguarda il trattamento storico del dolore femminile nella medicina occidentale** (Voda, 2018).

Questa mancanza di riconoscimento ha effetti profondi: molte persone si ritrovano a vivere sintomi anche invalidanti in un clima di disinformazione, superficialità clinica e isolamento. A ciò si aggiunge una dimensione spesso trascurata, ma rilevante: quella economica. **Affrontare la transizione menopausale può comportare costi significativi, sia diretti che indiretti.** Diversi studi mostrano come la menopausa imponga un carico economico rilevante per chi la attraversa, che si traduce nella necessità di ricorrere a visite specialistiche, terapie farmacologiche e trattamenti di vario tipo (cfr. WeWorld (2024) *enCICLOpedia. Le cose che dovresti sapere sulla giustizia mestruale*). A livello globale, il mercato legato alla menopausa - tra farmaci, prescrizioni mediche e servizi sanitari - è stimato attorno ai 600 miliardi di dollari. (Hinchliffe, 2020).

**A livello globale, il mercato legato alla menopausa - tra farmaci, prescrizioni mediche e servizi sanitari - è stimato attorno ai 600 miliardi di dollari.**

(Hinchliffe, 2020).



Inoltre, l'aumento dei livelli di ansia e depressione, riscontrati in questa fase, comporta un ulteriore aggravio economico in termini di cure sanitarie (Keshishian et al., 2016). **Non di rado, infine, i sintomi rendono difficile la piena partecipazione alla vita lavorativa, portando ad assenze ricorrenti o a una riduzione della produttività, con effetti concreti sul reddito e sulla stabilità occupazionale.**

*“La menopausa mi preoccupa. Non tanto per la fine del ciclo mestruale o l'impossibilità di riprodursi, ma per quello che significa in termini di cambiamenti corporei. Durante la gravidanza e il primo anno dopo il parto ho avuto la sensazione che il mio corpo stesse combattendo contro di me. Aveva ritmi che non capivo, cambiamenti che non controllavo, e non riuscivo a stargli dietro né ad accettarlo. Ho paura che con la menopausa possa succedere lo stesso: che i cambiamenti, più o meno evidenti, mi diano di nuovo la sensazione di non avere controllo su ciò che accade.” - donna, 37 anni*

In questo senso, la sofferenza non è soltanto individuale, ma sociale: la mancanza di linguaggi condivisi, di spazi di parola e di rappresentazioni culturalmente legittimate contribuisce a costruire un'esperienza segnata da solitudine e invisibilità. Eppure, accanto alle difficoltà, **le ricerche mostrano che molte persone vivono questa transizione anche come un'opportunità di rinegoziazione identitaria, di riscoperta del proprio corpo e di riorganizzazione dei ruoli sociali.** In particolare,

**la fine della capacità riproduttiva può esser vissuta anche come una forma di liberazione, soprattutto sul piano sessuale:**

l'assenza del rischio di gravidanza consente una nuova libertà erotica, più autonoma, consapevole o soddisfacente (Voda, 2018; Dillaway, 2020).

La menopausa può apparire, dunque, come uno spartiacque simbolico che apre a nuove possibilità: tempo per sé, desideri che emergono, relazioni che cambiano, una maggiore libertà dai condizionamenti sociali legati alla maternità o alla performance giovanile. **In questo senso, il corpo in cambiamento diventa spazio di resistenza, ma anche di invenzione di nuovi modi di essere nel mondo.**

*“Durante un incontro con altre donne, ho chiesto loro di dirmi tutto ciò che vedono come risorsa nella menopausa, e ognuna ha trovato un aspetto positivo. Qualcuna ha detto: “Mi sono tolta un problema, non spendo più soldi in assorbenti, non devo più preoccuparmi di usare la coppetta, e non ho più dolore mestruale”. Un'altra ha detto: “In realtà, ora che sono in menopausa, posso andare più piano, ho i figli più grandi, ho più tempo per me”. Insomma, hanno raccontato degli aspetti positivi alla situazione. Quello che mi è piaciuto è che erano libere di dirlo. È stato bello ribaltare la situazione, capisci? Ogni volta che abbiamo un problema, siamo portati a concentrarci su quello: “A me ha fatto male, a me ha fatto quello, a me ha fatto quell'altro”. Anche perché si ha bisogno di sfogarsi. Però, in questo caso è stato interessante perché hanno tirato fuori tanti aspetti positivi, e quando abbiamo finito, tutte erano entusiaste.” - donna, 53 anni*

*“Mi è rimasto in mente un monologo della serie tv Fleabag, in cui una donna di potere con cui la protagonista si trova al bar parla della liberazione legata alla menopausa, cioè il fatto che ti toglie dalla dimensione di generare figli. Non sono più solamente una persona che si riproduce, una che deve essere bella, che deve essere questo, deve essere quell'altro. È come se questa parte di me si fosse spenta e subentrasse una riappropriazione totale del mio corpo. Mi piace prendere questo modo di pensare e farlo mio per dire: “Ah sono libera?!” - donna, 41 anni*

**Ciò che emerge con forza è la variabilità del vissuto menopausale: mentre alcune persone vivono un percorso complesso, segnato da difficoltà fisiche e psicologiche, altre lo descrivono come un passaggio anche positivo, di possibilità e riscoperta.** Questa differenza non può essere spiegata esclusivamente su base ormonale, ma deve essere letta alla luce dei fattori biografici e contestuali: il livello di sostegno sociale, la qualità delle relazioni, la posizione socioeconomica, le opportunità professionali, il rapporto con il proprio corpo e la storia riproduttiva. **In altre parole, la menopausa è sempre un'esperienza situata, intrecciata con i ruoli che si assumono nella società, con le aspettative e i limiti imposti da norme di genere, età, classe e cultura.**

*“A 46 anni, improvvisamente sono cominciate le vampate di calore. Ho avuto anche un'emorragia che mi ha fatto perdere un sacco di sangue. Allora ho iniziato la terapia ormonale, che continuo tuttora. Il sintomo più devastante per me è stato l'associazione della menopausa con la vecchiaia. L'ho presa malissimo all'inizio. Pensavo che fosse la fine, ma ora, sinceramente, non mi sento più così. Se riesco a gestire bene i sintomi, mi sento comunque giovane e voglio essere una risorsa per le donne che stanno vivendo la stessa cosa.” - donna, 53 anni*

**Il panorama italiano risente ancora di un forte ritardo nell'affrontare la menopausa come questione pubblica e culturale, oltre che sanitaria<sup>94</sup>.** Il discorso dominante resta concentrato su aspetti strettamente clinici o cosmetici, mentre sono rari i tentativi di valorizzare la pluralità delle esperienze, le potenzialità trasformative di questa fase e la sua rilevanza sociale<sup>95</sup>. È quindi urgente promuovere una narrazione più complessa, capace di riconoscere la diversità dei vissuti e delle soggettività coinvolte. Questa narrazione non può prescindere da una prospettiva intersezionale, che includa anche le persone trans\* e non binarie, le cui esperienze ormonali e corporee sfuggono alle categorie binarie tradizionali e sono spesso escluse tanto dal discorso scientifico quanto da quello mediatico e sociale.

<sup>94</sup> In questo vuoto culturale e istituzionale che circonda ancora oggi la menopausa, si inserisce un importante segnale politico: la costituzione di un intergruppo parlamentare dedicato alla menopausa, composto da deputati e deputate sia di maggioranza che di opposizione, e coordinato dall'onorevole Martina Semenzato, presidente anche della Commissione parlamentare d'inchiesta sul femminicidio e sulla violenza di genere. L'on. Semenzato ha promosso una mozione di legge per la tutela delle donne in menopausa, con l'obiettivo di elaborare un piano programmatico di informazione, consapevolezza, comunicazione, prevenzione e salute. Lo scopo dichiarato dell'intergruppo è quello di contrastare l'invisibilità sociale e politica delle persone che attraversano questo passaggio naturale, andando incontro a trasformazioni fisiologiche significative, troppo spesso accompagnate da stigma, silenzi e pregiudizi. Se i cambiamenti corporei devono essere accolti e compresi come parte integrante della fisiologia umana, i pregiudizi e le discriminazioni che li accompagnano devono invece essere affrontati e decostruiti con decisione.

<sup>95</sup> Alcuni studi suggeriscono che la sofferenza psicologica vissuta in menopausa - spesso interpretata come "depressione ormonale" - sia in realtà riconducibile alla perdita di ruoli sociali valorizzati, come quello di madre, o all'impossibilità di immaginare alternative significative nella mezza età. Il cosiddetto "nido vuoto", in questo senso, può rappresentare per molte persone un momento critico, più della menopausa stessa. La difficoltà, in questi casi, non è il cambiamento biologico, ma la mancanza di spazi simbolici e reali per ricostruire un'identità sociale pienamente riconosciuta. Anche la paura di non essere più desiderate, l'invisibilizzazione nei media e nel mondo del lavoro, l'assenza di politiche inclusive e di linguaggi pubblici non stigmatizzanti, contribuiscono a generare disagio, senso di perdita e marginalizzazione (Voda, 2018).

## La parola ai dati

Secondo il sondaggio WeWorld-Ipsos, l'82% delle persone intervistate sono entrate in menopausa per cause naturali, mentre il 5% per cause oncologiche e l'8% per menopausa chirurgica. L'età media di ingresso in menopausa è stata di 50 anni.



I sintomi più comuni includono vampate di calore (52%), aumento di peso (37%), sudorazione notturna (37%), e disturbi del sonno (36%), seguiti da problemi di memoria (16%) e perdita di massa muscolare (13%). Il 10% del campione non ha riportato alcun sintomo. Solo il 35% ritiene che il personale sanitario abbia una conoscenza adeguata dei sintomi della perimenopausa e sia in grado di diagnosticare correttamente questo stato.

Per quanto riguarda le fonti di informazioni, il 40% del campione ha cercato supporto sui sintomi della perimenopausa, principalmente attraverso mediche e medici specialisti (50%) e motori di ricerca (44%). Nonostante ciò, il 38% ha avuto difficoltà a reperire informazioni o a trovare supporto medico, con il 21% che ha riscontrato ostacoli nell'accesso a servizi specialistici e il 14% nell'ottenere informazioni chiare.

Inoltre, il 38% delle persone intervistate ha provato imbarazzo a causa dei sintomi della perimenopausa. Questo disagio è particolarmente evidente in ambito familiare (26%), dove si riscontra la mancanza di dialogo. Anche nel contesto lavorativo, il 21% ha avvertito disagio con colleghi o clienti uomini e il 20% con colleghe o clienti donne, sottolineando la persistente difficoltà di affrontare apertamente la menopausa, anche tra donne.



**Solo il 35%** ritiene che il personale sanitario abbia una **conoscenza adeguata** dei sintomi della perimenopausa e **sia in grado di diagnosticare** correttamente questo stato.



Il 13% ha avuto disagio con medici uomini e il 7% con mediche donne, evidenziando la difficoltà di ricevere un supporto adeguato. **L'impatto della menopausa non si limita solo al disagio fisico ed emotivo, ma ha anche rilevanti conseguenze sociali ed economiche.**



Il **21%** delle donne ha dovuto **rinunciare a impegni sociali**, e **1 donna su 10 ha perso giorni di lavoro** a causa dei sintomi, con una media di **9 giorni persi**.

Il 21% delle donne ha dovuto rinunciare a impegni sociali, e 1 donna su 10 ha perso giorni di lavoro a causa dei sintomi, con una media di 9 giorni persi.

**Questo evidenzia come le politiche lavorative non siano ancora adeguate a supportare le donne in questa fase della vita, non esistendo soluzioni specifiche per gestire i sintomi debilitanti.**

Infine, il 43% delle intervistate segnala di dover sostenere spese annuali per la gestione dei sintomi, con il 18% che spende oltre 50 euro all'anno. Quasi 1 donna su 5 spende oltre 50 euro all'anno per la gestione dei sintomi della perimenopausa.

Tuttavia, la maggior parte (57%) non ha sostenuto alcuna spesa, il che potrebbe riflettere una mancanza di consapevolezza riguardo alla necessità di trattamenti o difficoltà economiche. **Le donne che affrontano la menopausa con un impegno economico tendono a investire somme significative, evidenziando un ulteriore aspetto della disuguaglianza che questa fase comporta.**

**Quasi 1 donna su 5 spende oltre 50 euro all'anno** per la gestione dei sintomi della perimenopausa.



## CAPITOLO 3. Conclusioni e raccomandazioni

Nel 2024, a trent'anni dalla Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo (ICPD)<sup>96</sup>, l'ICPD+30<sup>97</sup> ha rappresentato un momento cruciale per fare il punto sullo stato dei diritti sessuali e riproduttivi a livello globale. I risultati di questa revisione sono chiari: sono stati fatti progressi, ma sono lenti, fragili e disuguali, minacciati da derive autoritarie, politiche reazionarie e persistenti barriere culturali.

**Tra gli obiettivi rilanciati figurano l'accesso universale alla contraccezione, la piena implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi, il contrasto alle gravidanze precoci e l'educazione sessuale e affettiva integrata per tutte le fasce d'età.** Ma è soprattutto l'enfasi sui diritti, l'equità e la partecipazione delle persone in condizioni di maggiore marginalizzazione a rendere l'ICPD+30 un punto di riferimento imprescindibile anche per i paesi ad alto reddito, come l'Italia.

Nel frattempo, lo scenario internazionale continua a generare nuove criticità. **Il ripristino del Global Gag Rule da parte dell'amministrazione statunitense ha nuovamente sottratto risorse a milioni di persone, impedendo il finanziamento a ONG che forniscono servizi o anche solo informazioni su aborto, contraccezione e pianificazione familiare.**

Questa misura non solo sta avendo, e continuerà ad avere, effetti devastanti nei paesi a basso reddito, ma ha anche rafforzato i movimenti anti-scelta, alimentato la diffusione di retoriche misogine e normalizzato, anche in Europa, un clima culturale ostile all'autonomia dei corpi, specialmente delle donne.

In Italia, i dati mostrano una situazione ambivalente: **da un lato, esistono diritti formalmente garantiti - come il diritto all'aborto - ma, dall'altro, persistono barriere ideologiche, territoriali e culturali che ne compromettono l'attuazione concreta.**

L'elevato numero di personale sanitario obietto, l'assenza di un'educazione sessuale e affettiva sistematica, la stigmatizzazione della scelta di non diventare madri, l'invisibilità della menopausa e l'ageismo di genere nel mondo del lavoro sono solo alcune delle espressioni di un sistema che ancora sottovaluta la dimensione politica e collettiva dei corpi, in particolare di quelli femminili e di quelli ritenuti non conformi.

**“ In questo contesto, parlare di giustizia sessuale e riproduttiva non significa “solo” parlare di salute, ma di potere, libertà, diritto a decidere. La giustizia sessuale e riproduttiva è il terreno dove si gioca l'equilibrio tra autonomia individuale e controllo sociale, tra liberazione e subordinazione.**

Per questo, i dati che abbiamo raccolto in questo rapporto andrebbero letti non come fatti isolati, ma come sintomi di una cultura ancora patriarcale, che medicalizza la gravidanza, idealizza la maternità, silenzia la menopausa e marginalizza i corpi che non si conformano alla norma della giovinezza produttiva e al binarismo di genere.

La Dichiarazione di Nairobi (ICPD+25)<sup>98</sup> e ora l'ICPD+30 offrono una cornice politica e valoriale fondamentale: ribadiscono che ogni persona ha diritto alla propria sessualità, alla propria riproduzione, alla propria identità corporea e sociale, libera da coercizioni, discriminazioni e violenze.

**Per tradurre questi impegni in azioni concrete, è necessario un cambio di paradigma che coinvolga istituzioni, aziende e società civile, con responsabilità condivise e azioni coordinate.**

È in quest'ottica che WeWorld ha sviluppato una serie di raccomandazioni, articolate per attori e aree tematiche, con l'obiettivo di costruire una società più equa, libera e giusta per tutte le persone.

<sup>96</sup> Per maggiori informazioni sulla Conferenza del Cairo si veda <https://www.unfpa.org/icpd>

<sup>97</sup> Per maggiori informazioni sull'ICPD+30 si veda <https://www.unfpa.org/icpd/icpd30-global-dialogues>

<sup>98</sup> Per maggiori informazioni sulla Conferenza di Nairobi si veda <https://www.nairoisummitcpd.org/content/icpd25-commitments>

## AUTONOMIA CORPOREA E ACCESSO AI DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

### PER LE ISTITUZIONI

- > **Rendere pienamente esigibile la Legge 194/78, contrastando l'obiezione di coscienza sistemica.** Servono una mappatura pubblica delle strutture e personale obiettore, sanzioni per l'obiezione di struttura e garanzia del servizio in ogni ASL. È fondamentale che l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) sia garantito senza ostacoli. Una mappatura trasparente delle strutture e del personale obiettore, con sanzioni per le strutture che non assicurano il servizio, è cruciale per eliminare le discriminazioni e le violazioni che continuano a verificarsi.
- > **Garantire contraccezione gratuita e accessibile, come strumento di equità sociale per tutte le persone.** La contraccezione gratuita deve essere un diritto universale. È essenziale che la contraccezione sia accessibile a tutte le persone, senza distinzioni, così da garantire pari opportunità nella gestione della propria salute sessuale e riproduttiva.
- > **Istituire percorsi di educazione sessuale e affettiva obbligatori e laici in tutte le scuole, con un approccio intersezionale, centrati su consenso, sviluppo di relazioni paritarie e positive e corporeità secondo le linee guida OMS e UNESCO.** Un'educazione sessuale comprensiva (*comprehensive sex education*) deve trattare temi come il consenso, il rispetto delle diverse identità di genere, la sessualità e l'affettività in modo intersezionale. Questo tipo di educazione aiuta a prevenire violenze e discriminazioni, promuovendo relazioni sane e rispettose. Un approccio di questo tipo prepara le nuove generazioni a vivere la sessualità e le relazioni con maggiore consapevolezza e rispetto verso tutte le diversità.
- > **Garantire l'accesso universale alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) e depenalizzare la gestazione per altri (GPA).** Depenalizzare e rimuovere le barriere all'accesso alla gestazione per altri, e a tutte le altre tecniche di PMA, riconoscendo anche le motivazioni sociali come pienamente legittime, è fondamentale per garantire il diritto alla riproduzione tutte le persone<sup>99</sup>.
- > **Promuovere il diritto alla salute e l'accesso a trattamenti di affermazione di genere, senza depotenziare i percorsi di autoaffermazione<sup>100</sup>.** È essenziale continuare a garantire l'ac-

cesso alla triptorelina e ad altri trattamenti ormonali o medici necessari per l'affermazione di genere, rispettando le scelte individuali delle persone trans\* ed evitando la stigmatizzazione dei loro percorsi. Le politiche sanitarie dovrebbero adottare un approccio di cura affermativa di genere, che riconosca e sostenga tutte le identità di genere. Ciò significa non solo trattare la disforia di genere, ma anche riconoscere l'incongruenza di genere<sup>101</sup>, garantire una transizione sicura, che rispetti l'autonomia corporea e l'integrità delle persone trans\*, senza imporre percorsi psichiatrici obbligatori o trattamenti patologizzanti<sup>102</sup>.

-----  
sui percorsi di affermazioni di genere e sull'uso della triptorelina, un farmaco che blocca la pubertà e viene utilizzato nel trattamento della disforia e dell'incongruenza di genere nei minori. Tuttavia, le principali associazioni delle persone trans\* sono state escluse da questo tavolo, suscitando preoccupazione nella comunità LGBTQIA+ e tra i sindacati. Le organizzazioni denunciano un approccio "verticale e centralizzato" che non considera le reali esigenze delle persone trans\*. In particolare, si teme che l'assenza di rappresentanti diretti della comunità trans\* possa portare a decisioni che non rispecchiano le loro esperienze, compromettendo la qualità e l'efficacia delle linee guida. Un altro rischio riguarda la schedatura delle persone trans\*, con l'introduzione di percorsi psichiatrici obbligatori per il riconoscimento legale dell'identità di genere. Questo rischia di stigmatizzare i percorsi di autaffermazione, trattando la transizione come una condizione patologica da "curare" invece che un'espressione legittima dell'identità. Inoltre, potrebbe aumentare la discriminazione e limitare la libertà di autodeterminazione delle persone trans\*. Per maggiori informazioni si veda [https://www.editorialedomani.it/fatti/triptorelina-affermazione-generi-trans\\*-izione-tavolo-tecnico-trans\\*-xg7z694u](https://www.editorialedomani.it/fatti/triptorelina-affermazione-generi-trans*-izione-tavolo-tecnico-trans*-xg7z694u)

101 L'incongruenza di genere è la discrepanza tra il genere assegnato alla nascita e quello vissuto dalla persona, riconosciuta oggi come una condizione non patologica. La disforia di genere, invece, è il disagio emotivo o psicologico che può derivare da questa incongruenza, ma non tutte le persone trans\* o non binarie lo sperimentano. Distinguere tra le due è fondamentale nei percorsi di affermazione, perché consente di rispettare l'identità senza ridurla a una questione clinica. L'ICD-11 ha rimosso l'incongruenza di genere dalle categorie relative alla salute mentale, favorendo un approccio depatologizzante. Tuttavia, in alcuni sistemi sanitari, è ancora richiesta la diagnosi di disforia per accedere a trattamenti o al riconoscimento legale del genere. Questa distinzione aiuta a costruire percorsi più inclusivi, personalizzati e liberi da stigma. Riconoscere l'identità senza vincolarla alla sofferenza protegge il diritto all'autodeterminazione. Inoltre, promuove un supporto basato sull'ascolto e non sul giudizio clinico.

102 La legge italiana che regola la transizione di genere è la 164 del 1982, che stabilisce che il cambiamento anagrafico del sesso deve essere autorizzato da un tribunale, che può anche autorizzare l'adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali. Il percorso di transizione, che include l'iter legale, è regolato da linee guida, principalmente quelle dell'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere), che sono in fase di revisione. Il processo inizia con una valutazione psicologica che dura almeno sei mesi, durante la quale viene riconosciuta la disforia di genere e autorizzata la terapia ormonale, che è un trattamento a vita per modificare i caratteri sessuali. Nel 2020, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha incluso i farmaci ormonali per le transizioni nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico dal Servizio sanitario nazionale. Dopo la fase psicologica e ormonale, la persona deve affrontare un periodo di "test di vita reale" di circa 10-12 mesi, durante il quale vive nel genere con cui si identifica. Solo a questo punto viene presentata la relazione diagnostica al tribunale. L'iter legale, che varia nei tempi e nei costi a seconda del tribunale, prevede che la riattribuzione chirurgica di sesso debba essere autorizzata dal tribunale, che può concederla con una sentenza. La chirurgia include l'asportazione degli organi genitali primari e secondari e la ricostruzione dei tratti sessuali desiderati (neo-vagina o neo-pene).

99 Attualmente in Italia, l'accesso alla procreazione è fortemente limitato: strumenti come la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono riservati esclusivamente a coppie eterosessuali stabili e con diagnosi di infertilità, escludendo di fatto persone single, coppie omogenitoriali, persone trans\* e non binarie. Il congelamento oocitario è disponibile solo per motivi medici e, se reso accessibile solo a scopo preventivo, senza un accesso esteso alla PMA, non rappresenta una reale garanzia del diritto alla genitorialità. Inoltre, la gestazione per altri è non solo vietata, ma anche criminalizzata in Italia, dove è configurata come reato universale (L. 169/2024); chi vi ricorre all'estero rischia sanzioni anche al rientro nel Paese. Questa impostazione non solo ostacola l'accesso alla genitorialità, ma perpetua una discriminazione sistemica fondata su modelli familiari escludenti e non rappresentativi della realtà sociale contemporanea.

100 A maggio 2024, il governo italiano ha istituito un tavolo tecnico per rivedere le linee guida

### PER LE AZIENDE

- > **Introdurre policy aziendali che garantiscano riservatezza, supporto e assenze retribuite per procedure di IVG, PMA, GPA, contraccezione d'emergenza e percorsi di affermazione di genere.** Le aziende dovrebbero creare un ambiente che rispetti la privacy e il diritto alla salute di ogni dipendente, indipendentemente dalla sua identità di genere. Offrire supporto e assenze retribuite per procedure legate alla salute sessuale e riproduttiva è un passo importante per garantire l'accesso equo ai servizi sanitari senza penalizzare economicamente chi ne fa uso.
- > **Includere nei piani sanitari integrativi (welfare aziendale) coperture specifiche per salute sessuale e riproduttiva, anche per dipendenti single, LGBTQIA+ o non genitori.** È essenziale che i piani sanitari aziendali siano estesi per coprire le esigenze di salute sessuale e riproduttiva di tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione di genitorialità o orientamento sessuale. Ciò garantirebbe che tutte le persone dipendenti, incluse le persone single o appartenenti alla comunità LGBTQIA+, abbiano accesso a cure e servizi sanitari adeguati.
- > **Promuovere la formazione del personale sanitario su diversità di genere, salute sessuale e riproduttiva, e approcci non discriminatori.** Le aziende sanitarie, in quanto datrici di lavoro e fornitrici di servizi, hanno la responsabilità di formare il proprio personale per garantire cure inclusive, rispettose e competenti verso tutte le persone, in particolare quelle trans\* e non binarie.
- > **Riconoscere e implementare carriere alias nei contesti aziendali, permettendo alle persone trans\* e non binarie di usare il nome scelto in tutti i documenti aziendali interni.** Questo riconoscimento è fondamentale per il benessere lavorativo, la dignità della persona e la prevenzione di episodi di *misgendering*<sup>103</sup> o outing involontari all'interno dell'ambiente di lavoro.

103 Il *misgendering* è l'atto di riferirsi a una persona utilizzando pronomi, appellativi o espressioni di genere che non corrispondono alla sua identità di genere. Può avvenire in modo intenzionale o involontario, ma in entrambi i casi ha un impatto significativo sul benessere psicologico della persona coinvolta, contribuendo alla sua invisibilizzazione e marginalizzazione. Il *misgendering* è particolarmente dannoso per le persone trans\* e non binarie, poiché nega il loro diritto all'affermazione di genere e al riconoscimento.

### PER LA SOCIETÀ CIVILE

- > **Contrastare la stigmatizzazione dell'aborto e della contraccezione tramite campagne di sensibilizzazione, narrazioni visibili e azioni culturali che restituiscano agency ai corpi.** È fondamentale abbattere il tabù che circonda l'aborto e l'uso della contraccezione attraverso una comunicazione inclusiva, che rappresenti la pluralità delle esperienze e delle decisioni personali. Le campagne dovrebbero riflettere e legittimare la varietà delle esperienze di salute riproduttiva, rendendo visibili le voci di tutte le persone coinvolte, comprese quelle trans\* e non binarie.
- > **Fare advocacy su base territoriale, costruendo alleanze tra chi fa attivismo, consultori, scuole e sanità pubblica, affinché i diritti siano garantiti ovunque, non solo sulla carta.** Le alleanze tra queste figure e istituzioni sono essenziali per garantire che i diritti sessuali e riproduttivi siano effettivamente accessibili a tutte le persone e in ogni territorio.

## NUOVE VISIONI DELLA MATERNITÀ

### PER LE ISTITUZIONI

- > **Riformare i congedi genitoriali, introducendo obbligatorietà e pari durata per tutti i generi e per tutte le tipologie di famiglia.** I congedi genitoriali devono essere riformati, in particolare equiparando il congedo di paternità a quello di maternità, per garantire che tutte le persone, indipendentemente dal genere, possano prendersi cura dei propri figli e figlie senza subire penalizzazioni sul posto di lavoro.
- > **Contrastare la violenza ostetrica, garantire percorsi personalizzati di parto e accompagnamento alla gravidanza, e promuovere la disseminazione del piano del parto.** È necessario attuare politiche che prevenano e contrastino la violenza ostetrica, promuovendo percorsi di gravidanza e parto più rispettosi e personalizzati, che rispondano alle esigenze e scelte individuali. Inoltre, le istituzioni dovrebbero garantire una maggiore diffusione delle informazioni riguardanti il piano del parto, affinché ogni persona possa essere informata e consapevole delle proprie opzioni, potendo pianificare il parto in modo autonomo e informato, con un supporto adeguato alle proprie esigenze.
- > **Investire nei consultori pubblici, rilanciandoli come spazi multidisciplinari per ascolto, supporto e orientamento, anche in fase pre-concezionale o in caso di indecisione sulla genitorialità.** I consultori devono evolversi in luoghi accoglienti e competenti, dove ogni persona possa trovare supporto, sia che stia valutando una gravidanza, che stia esplorando altre opzioni.

### PER LE AZIENDE

- > **Valorizzare la genitorialità come dimensione non solo femminile, creando un ambiente lavorativo in cui anche padri e persone che non sono madri possano prendersi cura.** La genitorialità dovrebbe essere riconosciuta come una responsabilità condivisa tra tutti i genitori, non solo le donne. Le aziende devono creare un ambiente che supporti le persone, di qualsiasi genere, nell'assumersi il ruolo di *caregiver*, rimuovendo le barriere che limitano la libertà di scelta rispetto alla cura familiare.
- > **Prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione in fase di assunzione o carriera, legate alla potenziale o effettiva maternità, attivando controlli interni e audit periodici di genere.** È importante che le aziende mettano in atto politiche di prevenzione contro le discriminazioni legate alla maternità o alla genitorialità, comprese quelle nei confronti delle persone trans\* e non binarie. In questo modo, si evita che chiunque venga penalizzato o escluso dal mondo del lavoro per decisioni legate alla propria famiglia.

### PER LA SOCIETÀ CIVILE

- > **Decostruire il mito della maternità naturale come unico destino, valorizzando voci divergenti: madri non biologiche, persone *childfree*, storie di IVG attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione.** È necessario decostruire l'idea che la maternità biologica sia l'unico percorso valido, dando spazio alle diverse esperienze di genitorialità e non genitorialità. Valorizzare le esperienze di persone non cisgender, come quelle delle persone trans\* e non binarie che diventano genitori, aiuta a promuovere una visione più inclusiva e complessa della genitorialità.
- > **Creare reti di supporto comunitario per le madri, in alternativa alla solitudine imposta da un sistema che idealizza la maternità, ma non la sostiene concretamente.** Le reti di supporto tra pari e comunitarie sono fondamentali per alleviare la solitudine che spesso accompagna la maternità. Creare spazi di scambio e sostegno permette a tutte le madri, incluse quelle che non rientrano nei binarismi di genere, di condividere esperienze, difficoltà e risorse, migliorando il benessere collettivo.

## MENOPAUSA, AGEISMO E DIRITTI NEL CICLO DI VITA

### PER LE ISTITUZIONI

- > **Inserire tutti i trattamenti (ormonali e non) dei sintomi della perimenopausa nei LEA<sup>104</sup>, con accesso gratuito a visite, terapie, supporti psicologici e farmacologici per gestire i sintomi e le conseguenze sul lavoro e sulla qualità della vita.** La menopausa è una fase fisiologica della vita che dovrebbe essere riconosciuta come tale nel sistema sanitario pubblico. Questo significa garantire che tutte le persone che attraversano questa fase, comprese le persone trans\* e non binarie, possano accedere gratuitamente a terapie e supporto psicologico.
- > **Formare il personale sanitario a vario livello sulla medicina di genere, affinché sappia riconoscere e trattare correttamente i sintomi della perimenopausa e gli effetti della postmenopausa.** La formazione del personale sanitario è essenziale per trattare i sintomi della perimenopausa in modo sensibile e appropriato, evitando la medicalizzazione o il trattamento discriminatorio. In particolare, è necessario sensibilizzare il personale sanitario sulla diversità di esperienze che questa fase di vita comporta.
- > **Includere l'età come categoria di discriminazione nei piani nazionali antiviolenza e di parità, con misure specifiche contro l'ageismo di genere.** L'ageismo, in particolare quando incrocia il genere, è una forma di discriminazione che influisce negativamente sulla qualità della vita delle persone, con un impatto maggiore sulle donne, ma anche sulle persone LGBTQIA+. Le politiche pubbliche devono affrontare questi pregiudizi, proteggendo le persone anziane da esclusioni e stereotipi, anche nel contesto economico e sanitario.

### PER LE AZIENDE

- > **Implementare politiche di welfare per la menopausa: possibilità di smart-working, pause flessibili e congedi specifici.** Le aziende devono creare ambienti di lavoro che riconoscano i bisogni legati alla menopausa, come il bisogno di pause, la flessibilità oraria e ambienti di lavoro adeguati (ad esempio, temperature confortevoli). È cruciale che queste politiche siano estese a tutte le persone che attraversano questa fase, includendo anche chi non si identifica come donna cis, come le persone trans\* e non binarie. Creare spazi di lavoro a misura di tutte le persone e dei loro bisogni aumenta il benessere complessivo del personale, prevenendo anche il rischio di discriminazione.
- > **Sensibilizzare manager e personale sui pregiudizi legati alla menopausa e all'invecchiamento, per prevenire mobbing, esclusione e commenti sessisti.** Manager e team HR devono essere sensibilizzati a riconoscere e prevenire il mobbing e le discriminazioni legate all'età e al genere. Questo approccio aiuterebbe a evitare comportamenti sessisti o pregiudizi nei confronti delle persone anziane e a garantire che nessuna persona, indipendentemente dall'identità di genere, venga penalizzata per il suo stato di salute o per l'età.

104 Al momento, solo la terapia ormonale sostitutiva (TOS) è inclusa nei LEA.

## PER LA SOCIETÀ CIVILE

> **Rompere il silenzio sulla menopausa, con campagne di sensibilizzazione, testimonianze ed eventi culturali, per renderla parte della conversazione pubblica.** La menopausa è ancora trattata come un argomento tabù o come qualcosa da nascondere. Creare spazi di discussione pubblica, attraverso manifestazioni culturali, eventi e testimonianze, aiuta a normalizzare questa fase della vita e a rendere visibile l'esperienza di tutte le persone che la vivono, comprese le persone trans\* e non binarie.

> **Contrastare la sessualizzazione selettiva del corpo femminile (giovane, magro, fertile), proponendo rappresentazioni vivive e narrative più varie, reali e ampie.** I prototipi di bellezza femminile devono evolversi per includere persone di tutte le età, corpi e identità di genere. La sessualizzazione del corpo giovanile e fertile deve essere sostituita con rappresentazioni che riflettano la realtà di tutti corpi, inclusi i corpi che invecchiano e i copri non conformi.

La giustizia sessuale e riproduttiva non è una questione settoriale né un tema da relegare alla sfera privata: è una questione politica, culturale e strutturale. **Dove si controllano i corpi, si limitano anche le libertà.** Dove si impone il silenzio su scelte riproduttive, sessualità, menopausa o invecchiamento, si alimenta un sistema che marginalizza e isola. **Il corpo, in questo senso, è uno spazio politico: non neutro, non universale, ma segnato da relazioni di potere, da norme sociali, da aspettative che vanno continuamente decostruite.** Affermare il diritto all'autonomia corporea non significa solo garantire accesso ai servizi o modificare leggi: significa ripensare il modo in cui la società si prende cura delle persone nei momenti di maggiore vulnerabilità, stigmatizzazione, se non invisibilizzazione. E, per farlo, serve uscire dalla logica dell'individualismo, del merito, della "resilienza" come responsabilità personale e privata.

È tempo di parlare di cura collettiva. Cura collettiva come responsabilità condivisa tra istituzioni, comunità, famiglie, luoghi di lavoro, media. Cura collettiva come capacità di riconoscere che i bisogni delle donne, delle persone LGBTQIA+, delle persone che invecchiano, delle persone giovani, delle madri, di chi attraversa esperienze mediche o sociali complesse, non sono eccezioni, ma parte della vita quotidiana di ogni persona. Cura collettiva come strumento politico per garantire dignità, accesso, ascolto, autodeterminazione. **Una società giusta non è quella che chiede ai corpi di adattarsi alle regole, ma quella che cambia le regole per far spazio alla complessità dei corpi. E questo spazio si chiama giustizia. Si chiama libertà. Si chiama possibilità. Si chiama cura collettiva.**

## BIBLIOGRAFIA

Abrams, Z. (2022), *The facts about abortion and mental health*, <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health>, consultato ad aprile 2025.

Age UK (2023), *Ageism and Age Equality*, <https://www.ageuk.org.uk/siteassets/documents/policy-positions/ageism-and-equalities/ageism-and-age-equality-sept-2023.pdf> consultato ad aprile 2025.

Aidos (2020), *Atlas italiano sull'accesso alla contraccezione*, [https://aidos.it/wp-content/uploads/2020/02/AtlasWeb\\_compressed.pdf](https://aidos.it/wp-content/uploads/2020/02/AtlasWeb_compressed.pdf), consultato ad aprile 2025.

Amabile, F. (2024), *Aborto, sì al decreto associazioni pro-vita dentro i consultori. Via il fondo ospedali*, [https://www.lastampa.it/politica/2024/04/24/news/aborto\\_si\\_al\\_decreto\\_associazioni\\_pro-vita\\_dentro\\_i\\_consultori\\_via\\_il\\_fondo\\_ospedali-14249911/](https://www.lastampa.it/politica/2024/04/24/news/aborto_si_al_decreto_associazioni_pro-vita_dentro_i_consultori_via_il_fondo_ospedali-14249911/), consultato ad aprile 2025.

Amnesty International (2024), *"Reato universale" di gestazione per altri: il nostro commento*, <https://www.amnesty.it/reato-universale-di-gestazione-per-altri-il-nostro-commento/#:~:text=Amnesty%20International%20Italia%2C%20riconoscendo%20la%20complessit%C3%A0%20etica%20del,di%20%E2%80%9Ccreato%20universale%E2%80%9D%2C%20interpretabile%20come%20una%20forzatura%20giuridica>, consultato ad aprile 2024.

Arcovio, V. (2025), *Violenza ostetrica: per 4 donne su 10 il parto è un trauma*, <https://www.donnamoderna.com/news/attualita/violenza-ostetrica-per-4-donne-su-10-il-parto-e-un-trauma>, consultato a maggio 2025.

Associazione Luca Coscioni (2022), *Aborto*, <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/aborto>, consultato ad aprile 2025

Bartley, E.G. & Fillingim, R.B. (2013), *Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794645/>, consultato a febbraio 2025.

Bourdieu, P. (2014), *Il dominio maschile*, Milano: Feltrinelli.

Burnette, C. B. et al. (2017), *"I don't need people to tell me I'm pretty on social media:" A qualitative study of social media and body image in early adolescent girls*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28965052>, consultato ad aprile 2025.

Centini, A. (2024), *Cos'è il congelamento degli ovuli: come funziona, quando è consigliato e i rischi del social freezing*, <https://www.fanpage.it/innovazione/scienze/cose-il-congelamento-degli-ovuli-come-funziona-quando-e-consigliato-e-i-rischi-del-social-freezing/>, consultato ad aprile 2025.

Dakanalis, A., et al. (2014), "Internalization of sociocultural standards of beauty and disordered eating behaviours: The role of body surveillance, shame and social anxiety", in the *Journal of Psychopathology*, 20(1), 33–37.

De Sanctis, D. et al., (2020), *Sociologia della maternità*, Milano-Udine: Mimesis.

Di Braccio, A. (2024), *Bellezza: il canone lo dettano i social*, <https://changes.unipol.it/society-3-0/bellezza-il-canone-lo-dettano-i-social>, consultato a marzo 2025.

Di Gesto, C., et al. (2022), "Misurare le attività relative alle immagini su Instagram e il confronto relativo all'apparenza: validazione della Instagram Image Activity Scale e della Instagram Appearance Comparison Scale", in *Psicologia della salute*, 3, 109-128.

Dillaway, H. (2020), "Living in Uncertain Times: Experiences of Menopause and Reproductive Aging", in Bobel, C. et al. (a cura di), *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, pp 253–268, Singapore: Palgrave Macmillan.

Duffy, C. (2024), *Your body, my choice: Attacks on women surge on social media following election*, <https://edition.cnn.com/2024/11/11/business/your-body-my-choice-movement-election/index.html>, consultato a marzo 2025.

Eurispes (2023), *La dittatura del corpo. Come la società influenza la (auto)rappresentazione della donna*, <https://eurispes.eu/news/la-dittatura-del-corpo-come-la-societa-influenza-la-autorappresentazione-della-donna/>, consultato a marzo 2025.

Ferri, A. (2023), *Cimiteri dei feti: come il caso del Flaminio di Roma non ha cambiato la storia*, <https://www.vanityfair.it/article/cimiteri-feti-legge-aborto>, consultato ad aprile 2025.

Ferrero, L. & Pulice, E. (2021), *Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità*, Bologna: il Mulino.

Gancitano, M. (2022), *Specchio delle brame. La prigione della bellezza*, Roma: Tlon.

Ghigi, R. e Sassatelli, R. (2018), *Corpo, genere e società*, Bologna: Il Mulino.

González, F. (2023), *La pillola anticoncezionale maschile è più vicina*, <https://www.wired.it/article/pillola-anticoncezionale-maschile-yct-529-inizio-sperimentazione-umana/>, consultato ad aprile 2025.

Gransnet (2016), *Invisibility in later life*, <https://www.gransnet.com/online-surveys-product-tests/feeling-invisible-survey>, consultato a febbraio 2025.

Guerra, J. (2018), *La contraccezione è un problema di tutti. Perché solo le donne devono prendere la pillola?*, <https://thevision.com/innovazione/contraccezione-uomini-pillola/>, consultato ad aprile 2025.

Guerra, J. (2023), *Da dove viene la legge sull'obbligo di ascoltare il battito del feto prima di abortire*, <https://www.fanpage.it/politica/come-unassociazione-antiabortista-usa-ha-ispinato-la-legge-sullo-bbligo-di-ascoltare-il-battito-fetale/>, consultato ad aprile 2025.

Herea (2024), *Cosa sappiamo della menopausa nelle persone transgender*, <https://herea-network.com/it/news/28-menopause-and-transgender>, consultato ad aprile 2025.

Hill, M. (2021) *Perimenopause Power: Navigating your hormones on the journey to menopause*, London: GreenTree.

Hinchliffe, E. (2020), *Menopause is a \$600 billion opportunity, report finds*, <https://fortune.com/2020/10/26/menopause-startups-female-founders-fundreport/>, consultato a marzo 2025.

Il Post (2025), *Le decisioni di Trump sull'aborto avranno conseguenze anche fuori dagli Stati Uniti*, <https://www.ilpost.it/2025/02/02/trump-aborto-secondo-mandato/>, consultato ad aprile 2025.

Il Sole24Ore (2023), *Che cos'è la depressione post-partum e cosa dicono i dati sulla sua reale diffusione?*, <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2023/10/02/che-cosa-e-la-depressione-post-partum-e-cosa-dicono-i-dati-sulla-sua-reale-diffusione/>, consultato ad aprile 2025.

Istat (2017), *La salute riproduttiva della donna*, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna-1.pdf>, consultato ad aprile 2025.

Keshishian, A. et al. (2016), *The economic impact of symptomatic menopause among low-socioeconomic women in the United States*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26289732/>, consultato a marzo 2025.

Lalli, C. & Montegiove, S. (2022), *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Roma: Fandango.

Liu, K.A & Dipietro Mager, N.A (2016), *Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800017/>, consultato a marzo 2025.

Lock, M. (1994), *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, <https://doi.org/10.1525/california/9780520082212.001.0001>, consultato ad aprile 2024.

Lombardi, L. & De Zordo, S. (2021), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano: FrancoAngeli.

Malik, N. et al (2023), "When Does Beauty Pay? A Large-Scale Image-Based Appearance Analysis on Career Transitions", in *Information Systems Research*, 35(5).

Mattalucci, C. (2017), *Antropologia della riproduzione. Attese, fratture, e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Milano: Edizioni Libreria Cortina.

Ministero della Salute (2022), *Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2020*, [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3236](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3236), consultato ad aprile 2025.

Ministero della Salute (2024), *Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2023*, <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/Ministero-della-Salute-Relazione-annuale-2024-sull-attuazione-della-legge-194-1978>

Montelli, A. (2018), *Depilazione uomo*, <https://beauty.thewom.it/viso-e-corpo/depilazione-uomo-metodi-prodotti>, consultato ad aprile 2025.

Morison, T. (2021), *Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology*, <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12605>, consultato ad aprile 2025

Moro, E. (2023), *Arriveremo mai ad avere un congedo per la menopausa?*, <https://www.elle.com/it/magazine/women-in-society/a45423198/menopausa-congedo/>, consultato ad aprile 2025.

Murgia (2024), *Dare la vita*, Bologna: Rizzoli.

O'Reilly, A. (2024), *Maternità femministe*, Milano: Prospero Editore.

Osservatorio Violenza Ostetrica (2017), *Le donne e il parto*, <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>, consultato ad aprile 2025.

Parkkinen, S. (2022), *How The Convergence Of Beauty, Health And Wellness Is Impacting Commerce*, <https://www.forbes.com/councils/forbestechcouncil/2022/07/25/how-the-convergence-of-beauty-health-and-wellness-is-impacting-commerce/>, consultato a marzo 2025.

Piazzesi, C. (2023), *The Beauty Paradox: Femininity in the Age of Selfies*, Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Pigmei, V. & Pieri, L. (2025), *Perché in Italia non si parla di menopausa?* <https://lucysulacultura.com/perche-in-italia-non-si-parla-di-menopausa/>, consultato ad aprile 2025.

Pellegrini De Luca, A. (2021), *Chi sono i Seahorse Dad, i papà trans che concepiscono e partoriscono i propri figli*, <https://thevision.com/attualita/seahorse-dad-trans/>, consultato ad aprile 2025.

Perianes, M. B. & Kissling, E. A. (2020), "Transnational Engagements: Women's Experiences of Menopause", in Bobel, C. et al. (a cura di), *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, pp 253-268, Singapore: Palgrave Macmillan.

Perilli, V. (2023), *Come le donne italiane vivono la menopausa sul posto di lavoro*, <https://www.marieclaire.it/bellezza/viso-corpo/a44209834/menopausa-e-lavoro/>, consultato ad aprile 2025.

Pirani, E., Matera, C. (2020), "Who is at risk? Gendered psychological correlates in Italian students' sexual risk profiles", in *Genus* 76, 11.

Quaglia, V. (2021), *Abortire in Italia: un diritto a rischio?* <https://www.rivistailmulino.it/a/abortire-in-italia-un-diritto-a-rischio>, consultato ad aprile 2025.

Quotidiano Sanità (2024), *Giornata mondiale della menopausa*, [https://www.quotidiano-sanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=125147](https://www.quotidiano-sanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=125147), consultato ad aprile 2025.

Rollero, C. (2013), "Men and women facing objectification: The effects of media models on well-being, self-esteem and ambivalent sexism", in *International Journal of Social Psychology*, 28(3), pp. 373-382.

Scaglioni, A. (2022), *Non devi per forza amare o odiare il tuo corpo: cos'è la body neutrality*, [https://27esimaora.corriere.it/22\\_giugno\\_29/body-neutrality-positivity-amare-odiare-corpo-e752c778-f619-11ec-8350-fcb93af951e7.shtml](https://27esimaora.corriere.it/22_giugno_29/body-neutrality-positivity-amare-odiare-corpo-e752c778-f619-11ec-8350-fcb93af951e7.shtml), consultato a marzo 2025.

Simpson, M. (1994). "Here come the mirror men", in *The Independent*.

Sironi, L. (2021), *Menopausa senza tabù, i falsi miti sfatati dall'esperto*, <https://www.elle.com/it/salute/benessere/a37523293/menopausa-falsi-miti/>, consultato ad aprile 2025.

Sisti, C. (2024), *Senza sostegno, molte donne in menopausa stanno lasciando il lavoro*, <https://www.elle.com/it/magazine/women-in-society/a60496233/donne-menopausa-lasciano-lavoro-dati/>, consultato ad aprile 2025.

Sontag, S. (2023), *On Women*, Docklands: Penguin Books.

Stefanello, V. (2025), *La "manosfera" è sempre più visibile*, <https://www.ilpost.it/2025/03/27/definizione-fenomeno-manosfera/>, consultato ad aprile 2025.

Stroumsa, D. et al. (2019), "Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care", in *Med Education*, n°53, pp.398-407.

The Lancet (2023), *Perinatal depression: a neglected aspect of maternal health*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01786-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01786-5/fulltext), consultato ad aprile 2025.

Thompson, C. (2015), *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

Tripladi, L. (2023), *Gender tech. Come la tecnologia controlla il corpo delle donne*, Bari: Laterza

UN (2022), *WHO issues new guidelines on abortion to help deliver lifesaving care*, <https://news.un.org/en/story/2022/03/1113612>, consultato a marzo 2025.

Unipol/Kkienn (2024), *GENERATIONSHIP 2024. Smartphone e benessere mentale dei giovani*, [https://www.ripartelitalia.it/wp-content/uploads/2025/01/GenerationShip2024\\_Smartphone-e-benessere-psicologico\\_Completo\\_3-dicembre-2024.pdf](https://www.ripartelitalia.it/wp-content/uploads/2025/01/GenerationShip2024_Smartphone-e-benessere-psicologico_Completo_3-dicembre-2024.pdf), consultato a marzo 2025.

UNFPA (2024), *The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights*, [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2.%20SRHR\\_ICPD30\\_ThinkPiece\\_050724\\_FINAL\\_WEB\\_V2%20%281%29.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2.%20SRHR_ICPD30_ThinkPiece_050724_FINAL_WEB_V2%20%281%29.pdf), consultato a marzo 2025.

Van der Meulen Rodgers, Y. et al. (2021), *The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes*, [https://www.researchgate.net/publication/351366115\\_The\\_macroconomics\\_of\\_abortion\\_A\\_scoping\\_review\\_and\\_analysis\\_of\\_the\\_costs\\_and\\_outcomes](https://www.researchgate.net/publication/351366115_The_macroconomics_of_abortion_A_scoping_review_and_analysis_of_the_costs_and_outcomes), consultato ad aprile 2025.

Vecchiato, C. (2020), *Selezione della razza: la storia delle isterectomie forzate negli Stati Uniti*, <https://pasionaria.it/selezione-della-razza-isterectomie-forzate-stati-uniti/>, consultato a marzo 2025.

Vendramin, M. (2011), *La stereotipizzazione dei personaggi femminili nel caso della Walt Disney*, [https://thesis.unipd.it/retrieve/9ed8abacd-e73e-46b3-a18f-eff4e0815be2/vendramin\\_martina.pdf](https://thesis.unipd.it/retrieve/9ed8abacd-e73e-46b3-a18f-eff4e0815be2/vendramin_martina.pdf), consultato ad aprile 2025.

Vescio, A. (2023), *La salute è un diritto di genere*, People: Varese.

Vescio, A. (2024), *Menopausa e lavoro: cosa succede all'estero, cosa non si fa in Italia*, <https://www.editorialedomani.it/economia/disuguaglianze/menopausa-e-lavoro-cosa-succede-allestero-cosa-non-si-fa-in-italia-maztuc75>, consultato ad aprile 2025.

Voda, A.M. (2018), *Menopause, me and you: the sound of women pausing*, New York: Routledge.

Wainwright, S. et al. (2023), *Screening fathers for postpartum depression in a maternal-child health clinic: a program evaluation in a midwest urban academic medical center*,

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05966-y>, consultato ad aprile 2025.

Webster, R.W. (2002), *Aboriginal Women and Menopause*, [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)30591-6/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)30591-6/pdf), consultato ad aprile 2025.

WHO (2022), *Menopause*, <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/menopause>, consultato ad aprile 2025.

WHO (2023), *Family planning/contraception methods*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, consultato a marzo 2025.

Wolf, N. (2022), *Il mito della bellezza*, Roma: Tlon. Prima pubblicazione: 1990.

## LE PUBBLICAZIONI DI WEWORLD

WeWorld (2021), *La cultura della violenza. Curare le radici della violenza maschile contro le donne*, [https://back.weworld.it/uploads/2021/11/La-cultura-della-violenza\\_2.pdf](https://back.weworld.it/uploads/2021/11/La-cultura-della-violenza_2.pdf)

WeWorld (2022), *Papà, non Mammo. Riformare i congedi di paternità e parentali per una cultura della condivisione della cura*,

<https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2022/05/Pap%C3%A0-non-mammo.pdf>

WeWorld (2022), *WeWorld Index 2022. Women and children breaking barriers to build the future*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2022/11/INDEX-9\\_preview-web-single-pages.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2022/11/INDEX-9_preview-web-single-pages.pdf)

WeWorld (2023), *Parole di parità. Come contrastare il sessismo nel linguaggio per abbattere gli stereotipi di genere*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/03/Parole-di-parita%CC%80-base\\_preview.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/03/Parole-di-parita%CC%80-base_preview.pdf)

WeWorld (2023), *WE CARE. Atlante della salute sessuale, riproduttiva, materna, infantile e adolescenziale nel mondo*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/04/ATLANTE-preview-affiancate.pdf>

WeWorld (2023), *Chiacchierata femminista. Torniamo a parlarci!*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/05/Brief-CFpreviewsingole.pdf>.

WeWorld (2023), *Mai più Invisibili 2023. Indice sulla condizione di donne, bambine, bambini e adolescenti in Italia*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/04/INDEX-mai piu invisibili 2023-digital-affiancate\\_compressed-1.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/04/INDEX-mai piu invisibili 2023-digital-affiancate_compressed-1.pdf).

WeWorld (2023), *INTER-ROTTE. Storie di donne e famiglie al confine di Ventimiglia*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/07/BRIEF21-Ventimiglia-4-preview-singole.pdf>.

WeWorld (2023), *Ciò che è tuo è mio. Fare i conti con la violenza economica*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2023/11/CIO-CHE-E-TUOE-MIO-previewsingole-3.pdf>.

WeWorld (2024), *Flowing Futures. Atlas on Water, Sanitation and Hygiene*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/03/Flowing-Futuresweb\\_compressed.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/03/Flowing-Futuresweb_compressed.pdf).

WeWorld (2024), *It's a man's world. Decostruire modelli maschio-centrici per promuovere l'empowerment femminile*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/05/Report-EFeEF-4-web-affiancate.pdf>.

WeWorld (2024), *enCICLOpedia: Le cose che dovresti sapere sulla giustizia mestruale*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/05/ReportGiustizia-Mestruale-3\\_web-affiancate.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/05/ReportGiustizia-Mestruale-3_web-affiancate.pdf).

ChildFundAlliance (2024), *ChildFund Alliance World Index on the Rights of Women and Children. Focus. Children's Voices on Their Right to The Future*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/11/INDEX-2024-7-web-pagine-affiancate-1.pdf>

WeWorld (2024), *Violenza maschile contro le donne: come intervenire? Evidenze dal progetto Women in the Pandemic*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/11/Report-Women-in-the-Pandemic-preview-affiancate-DEF1.pdf>

WeWorld (2024), *Non staremo al nostro posto. Per il diritto a un lavoro libero da molestie e violenze*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2024/11/Report-Violenza-sul-Lavoro-03-MB-pagine-affiancate.pdf>

WeWorld (2025), *Guida all'azienda a misura di persona*,

<https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2025/02/Lavoriamoci-4-preview-singole.pdf>

WeWorld (2025), *Her Future at Risk. The Cost of Humanitarian Crisis on Women and Girls. Focus. Afghanistan's Dual Crisis*, <https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2025/02/WeWorld-WomenHumanitarianCrises-05-002.pdf>

WeWorld (2025), *WeWorld Index Italia 2025. I diritti di donne, bambine e bambini Focus: Un Paese (non) a misura di famiglie*, [https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2025/03/WeWorld-Index-Italia-2025\\_WeWorld.pdf](https://ejbn4fjvt9h.exactdn.com/uploads/2025/03/WeWorld-Index-Italia-2025_WeWorld.pdf)

“Mi viene in mente una ragazza che conosco con cui ho fatto delle trasferte di lavoro, che è madre da un paio d'anni. Siamo andate via un mese fa e lei era la prima volta che dormiva distaccata dalla sua bambina. Si è messa a parlare con un'altra sua collega, che invece ha figli più grandi, perché si sentiva molto in colpa ad aver lasciato sola la bambina, ma diceva “Lo sto facendo per lavoro”. L'altra, nonostante sia una persona molto consapevole, che ha lavorato molto anche sullo smantellare dei dogmi retrogradi, le rispondeva “Esatto, qual è il problema?”. Quindi, ti senti meno in colpa in quanto ti stai dicendo che lo stai facendo per lavoro. Anche quella che ha figli più grandi, che si avvicinano ai dieci anni, quindi ha avuto tempo per riflettere su certe cose, tuttora mi dice che si sente meno in colpa se viaggia per lavoro, che se viaggia per piacere. Se viaggia per piacere il senso di colpa la divora.” - donna, 26 anni

“A parte che nessuno mi ha mai parlato del social freezing, neanche il ginecologo. Io non la prendo in considerazione per tre motivi: uno, mi sento troppo giovane. Poi, per motivi economici: è una procedura che ha un bel costo, e per il momento non ne vedo la necessità. Terzo, sono d'accordissimo con il farla, però, se devo fare questa scelta per i ritmi che la società mi impone, mi dà veramente, veramente, veramente fastidio. Un conto se sono mie motivazioni personali, malattie, perché non ho un compagno... Però, se devo fare questa scelta perché me la impone la società capitalistica, ecco, lì anche no. Poi, purtroppo viviamo in questa realtà. Ma non sarebbe il mio obiettivo prenderla in considerazione, spero anche di non doverci ricorrere.” - donna, 26 anni

“A me sono venuti i capelli bianchi, io la sto vivendo malissimo. Io odio invecchiare. Infatti, vorrei sposarmi entro i 30 anni, perché, considerandomi molto carina, cioè una carina ragazza... Sto per dire una cosa stupida... Ma vorrei sposarmi nella giovinezza. La vivo malissimo la cosa dell'invecchiare. In generale, perché ho paura del deteriorarsi del corpo, in un certo senso, sia a livello di salute, che estetico. Non do troppa importanza all'aspetto estetico, in realtà, ma invecchiare mi spaventa. È come se l'invecchiamento fisico rappresentasse quello della persona e, quindi, penso che alcune cose vissute nella mia giovinezza stiano sparendo e non posso più considerarmi giovane. Quando ho visto delle rughe, dei capelli bianchi, mi sono presa molto male. E farò il botox”. - donna, 24 anni

“Riguardo all'invecchiamento ho due pensieri contrastanti. Da un lato, lo vedo come un momento di serenità, perché dopo tanti anni di corsa e fatica, posso finalmente sistemare le cose e godermi una certa tranquillità. Dall'altro, però, mi sembra un peccato, perché il tempo è passato molto in fretta. Guardandomi indietro, mi chiedo: “come sono arrivata fino a qui?” Non sono tanto preoccupata del decadimento fisico quanto del non avere più l'energia per vivere certe esperienze con l'intensità della gioventù. Ho anche dei pensieri un po' negativi. Io sdrammatizzo molto, ma è innegabile che la mia faccia, con la gravità, stia un po' cadendo. Oppure mi accorgo di portarmi addosso dei segni del tempo... Mi rido un po' addosso, ma sono anche dispiaciuta. D'altro canto, mi rendo conto che, tutto sommato, sto invecchiando abbastanza bene. Per il momento, non lo accuso in maniera così potente, ma so anche che, se mi voglio bene, posso mantenermi. Certo, possiamo fare il possibile per prenderci cura di noi stesse, ma il corpo invecchia comunque. Però non lo vedo solo come una caduta libera.” - donna, 53 anni

“Io tingo i capelli bianchi e penso molto spesso all'invecchiamento. Ma credo sia legato all'indole nostalgica che ho dentro, quindi ci penso da sempre. Però, mi fa molta paura l'idea di invecchiare dentro, nel senso che, molta della vivacità che ho, deriva, oltre al fatto di essere in forze, dalla prospettiva di avere dei progetti, delle cose da fare. A volte ho paura che, con il passare del tempo, riducendosi le possibilità fisiche, e quindi anche l'arco temporale che hai a disposizione, avrò sempre meno cose da cui trarre entusiasmo. Quella è una mia grandissima paura. Esteticamente non sento così tanto la pressione, però sento che le persone intorno a me la sentono. Comunque siamo animali sociali, se vivi in un contesto in cui tutti intorno a te la pensano in un certo modo, anche per un meccanismo psicologico protettivo per evitare di sentirti pazzo, inizi a pensarlo anche tu. Personalmente, non è un problema. Però, vedo che per tutti è un problema e alla fine lo diventa in qualche modo anche per me. Secondo me, dovremmo proprio cambiare rapporto con la vecchiaia.” - donna, 31 anni

“Per prima cosa, almeno per quanto mi riguarda, l’invecchiamento è un processo molto graduale; quindi, non ne hai una percezione netta. Il tuo corpo cambia, il tuo viso cambia, ma non è che un giorno sei in un modo e il giorno dopo ti svegli completamente diversa. Personalmente, ho un rapporto positivo con l’invecchiamento. Ho sempre adottato l’idea che il mio corpo racconti la mia storia: ogni cambiamento riflette le esperienze vissute, i traumi, gli incidenti... come se fossero tatuaggi sulla pelle. In generale, questo è il mio approccio, anche per non cadere in drammatizzazioni eccessive. Non ho quella paura ossessiva di invecchiare, ma allo stesso tempo non posso dire di amare vedere i cambiamenti, soprattutto sul mio viso. Devi imparare ad affezionarti a una nuova versione di te stessa. Essendo un processo graduale, alla fine ti abitui, ma l’impatto a volte è forte. Ad esempio, l’altro giorno cercavo delle foto da mandare a un’amica e ho trovato immagini di noi due di quindici anni fa. È stato strano: ho pensato “quella non sono più io”. C’è una dimensione di identità che cambia, ma è normale, perché gli anni passati hanno segnato la mia vita, sia fisicamente che interiormente. Un altro esempio: dopo che il mio gatto è stato male, mi sono spuntati due capelli bianchi. Non ne avevo mai avuti prima. Da un lato, mi fa tenerezza. C’è qualcosa di dolce nel vedere il proprio corpo cambiare con l’invecchiamento. Ma è anche vero che, guardandomi intorno, tutto mi spinge nella direzione opposta. Uso creme antirughe, faccio di tutto per rallentare il processo. Non è che me ne infischi, anzi: faccio di tutto per prendermi cura del mio corpo. Uso acido ialuronico, creme diverse, nutro i miei capelli. Lo faccio anche per una questione estetica, oltre che di benessere. Non voglio lasciarmi andare. Però, ammetto che l’idea mi spaventa. Non è solo una questione di accettazione e percorso naturale della vita. Non so come mi sentirò quando non sarò più considerata attraente. Non mi piace pensare a quel momento.” - donna, 41 anni

“Noi donne siamo costantemente commentate. Mi viene in mente che, appena una donna non si fa più la tinta, quanto è veloce il commento “Ma ti stai trascurando!”, “Non ci tieni più a te!”. Sia nella vita di tutti i giorni, che appena compare una donna con i capelli brizzolati in televisione.” - donna, 26 anni

“La cura collettiva, nel contesto italiano, è ancora qualcosa di sotterraneo, perché non è ancora emersa del tutto. Dico che la cura collettiva è “sotterranea” perché, prima di tutto, c’è un bisogno primario: difendersi. Proteggersi. Esiste una necessità di supportarsi a vicenda, e questo porta con sé anche un forte istinto di difesa. Questo accade perché, storicamente, le persone trans\* sono tra le più stigmatizzate, già a partire dall’aspetto visivo. Sono spesso soggette a violenza, marginalizzazione e blocchi sistemici. E poi c’è la consapevolezza del contesto in cui viviamo: la violenza è presente nella narrativa dei media, è presente nel tipo di educazione con cui cresciamo, è presente nelle politiche che ci riguardano. Per questo, la cura collettiva diventa qualcosa di fondamentale. Nel confucianesimo esiste un termine, paishan daohai, che significa “supera le montagne e ribalta i mari”. La cura collettiva è quindi come un’energia travolgente dallo slancio inarrestabile, come una forza tanto immensa da rimodellare le montagne e mutare i mari, cambiare i confini naturali. La cura collettiva è questo: la capacità di sovvertire qualsiasi tipo di ordine per costruire reti di solidarietà e protezione, affinché la cura sia davvero un supporto reale per le persone. Ed è qui che sta anche la sua bellezza: quando trovi un sistema di supporto, ti rendi conto di quanto possa essere potente. Se dovessi descriverlo in modo più semplice, almeno per come lo conosco io, direi che è un gruppo di persone che creano uno spazio sicuro. Uno spazio in cui c’è un continuo processo di autoeducazione. La cura collettiva esiste dove ci sono spazi sicuri, dove le persone continuano questo processo di autoeducazione e si aprono sempre di più, imparando a non giudicare. Il fatto che la mia esperienza sia personale e unica non deve in alcun modo dettare il percorso o le esperienze di un’altra persona. Per me, la cura collettiva significa trovare accoglienza, non giudizio. Quando c’è cura collettiva, c’è gioia. E quando ci si trova in una situazione di cura, si diventa incredibilmente forti. Perché anche se le esperienze sono personali, il corpo rimane politico. E nella diversità, nel riconoscimento delle differenze, la cura collettiva diventa un atto di solidarietà e supporto costante. Trovare questi spazi è difficile, ma con il tempo si spera che diventino sempre più numerosi, più accessibili, più ampi. Ecco perché si parla tanto di visibilità e rappresentazione. Perché, alla fine, essere trans o gender diverse è un’esperienza di liberazione e gioia. Ma non si può affrontare in solitudine.” - persona trans\*, età non specificata



WeWorld è un'organizzazione italiana indipendente impegnata da oltre 50 anni con progetti di cooperazione allo sviluppo e di aiuto umanitario per garantire i diritti a tutte le persone a partire dalle comunità più vulnerabili.

I progetti di WeWorld - 179 progetti in 26 Paesi inclusa l'Italia - mettono al centro chiunque sia ai margini, geografici e/o sociali, promuovendone lo sviluppo umano ed economico, affinché possa autodeterminarsi e diventare protagonista del proprio cambiamento. Con quasi 10 milioni di beneficiari diretti e oltre 49 milioni di beneficiari indiretti WeWorld si occupa di diritti umani, aiuti umanitari, sicurezza alimentare, acqua, igiene e salute, istruzione ed educazione, sviluppo socio-economico e protezione ambientale, educazione alla cittadinanza globale e volontariato internazionale.

#### **Mission**

La nostra azione si rivolge soprattutto a bambine, bambini, donne e giovani, attori di cambiamento in ogni comunità per un mondo più giusto e inclusivo. Aiutiamo le persone a superare l'emergenza e garantiamo una vita degna, opportunità e futuro attraverso programmi di sviluppo umano ed economico (nell'ambito dell'Agenda 2030).

#### **Vision**

Vogliamo un mondo migliore in cui tutti, in particolare bambini e donne, abbiano uguali opportunità e diritti, accesso alle risorse, alla salute, all'istruzione e a un lavoro degno.

Un mondo in cui l'ambiente sia un bene comune rispettato e difeso; in cui la guerra, la violenza e lo sfruttamento siano banditi. Un mondo, terra di tutti, in cui nessuno sia escluso.

WEWORLD

VIA SERIO 6,  
20139 MILANO - IT  
T. +39 02 55231193  
F. +39 02 56816484

VIA BARACCA 3,  
40133 BOLOGNA - IT  
T. +39 051 585604  
F. +39 051 582225

[www.weworld.it](http://www.weworld.it)