

## VIII Incontro internazionale "Donna e salute"

Rio de Janeiro, 14-20 marzo 1997

1. Questo incontro internazionale è l'ultimo di una serie che ha avuto inizio a Roma nel 1975, proseguendo ad Hannover nel 1978, a Ginevra nel 1981 e Amsterdam nel 1984, con una quasi esclusiva partecipazione di sole donne europee in anni in cui il movimento per la salute era molto attivo, in Europa, sui temi della depenalizzazione dell'aborto, della prevenzione, della salute riproduttiva. In seguito tali battaglie si sono spostate nei Paesi del Terzo mondo e così i successivi incontri hanno avuto luogo in Costa Rica nel 1987, nelle Filippine nel 1990, in Uganda nel 1994. L'incontro del 1994 fu di preparazione alla Conferenza ONU del Cairo e a quella di Pechino, e il risultato di tale collegamento è stato molto evidente anche nell'Incontro di Rio.

Il tema centrale di questo VIII incontro è stato "*Salute della donna, Povertà e Qualità della vita*". L'obiettivo dichiarato dal Comitato organizzatore era quello di «valutare la diffusione dei concetti e delle proposte di azione scaturite dai precedenti incontri internazionali "*Donna e salute*"; valutare l'impatto del movimento internazionale per la salute della donna sulle Conferenze mondiali organizzate dall'ONU; valutare l'impatto delle Conferenze sulle prospettive e la dinamica del movimento delle donne; analizzare le politiche pubbliche nazionali e internazionali e il loro impatto sulla salute e la qualità della vita delle donne».

Il tema della Povertà, unito a quello della Qualità della vita era un invito particolare alla partecipazione delle donne dell'America latina, dell'Africa e dell'Asia che infatti hanno rappresentato la maggioranza delle presenze. L'Europa è stata significativamente rappresentata solo dalle olandesi che hanno un'importante tradizione di movimento per la salute.

Il Comitato organizzatore era composto sia dalla Rede Nacional Feminista, brasiliana, sia da vari Centri donna delle diverse città o università (brasiliane), tra cui il *Núcleo de estudos e pesquisas sobre a saúde da mulher*, Universidade de São Paulo (USP).

I finanziamenti del convegno sono venuti soprattutto dagli Stati Uniti (ad esempio la Ford Foundation) e dall'Olanda (ad esempio il Ministero degli affari esteri). È interessante notare che i finanziamenti venivano anche da organizzazioni religiose che sostengono la legalizzazione dell'aborto laddove è ancora illegale (ad esempio i *Catholics for a free choice*).

2. Il convegno era ben organizzato, suddiviso in sessioni plenarie e sessioni tematiche al mattino, gruppi di lavoro al pomeriggio seguiti da uno "spazio aperto" in cui era possibile presentare, in modo informale, tematiche specifiche. Le lingue ufficiali per la traduzione simultanea erano quattro: portoghese-brasiliano, spagnolo, francese, inglese.

Grande è stata la ricchezza di temi e problematiche, che andavano dalle sessioni plenarie relative alle politiche pubbliche nazionali e internazionali rispetto alla salute delle donne, ai diritti riproduttivi e sessuali, alla medicalizzazione del corpo femminile, alle forme di organizzazione del movimento per la salute; i gruppi di lavoro discutevano i temi generali in modo da produrre dei sotto-documenti in vista della dichiarazione finale e si aggregavano secondo la lingua usata per la discussione; i temi dello "spazio aperto" erano moltissimi e coprivano argomenti quali la violenza in famiglia, la

diffusione dell'AIDS, la gravidanza nelle adolescenti, la menopausa, la contraccezione, la mortalità materna e perinatale, l'aborto, la salute mentale, ecc.

3. Uno dei temi più dibattuti è stato quello relativo alle conseguenze delle politiche di "aggiustamento strutturale" (*adjustment* o *ajuste*) sulla salute delle donne, cioè la fine del Welfare State attraverso i tagli alla spesa pubblica e quindi la privatizzazione dei servizi sanitari e gli incentivi a questa connessi. Ciò significa, per molti Paesi del Terzo mondo, da una parte non ricevere più i finanziamenti internazionali, e dall'altra non sviluppare la propria sanità pubblica.

Ciò appare evidente dall'esempio brasiliano, in cui la sanità pubblica riguarda solo coloro che percepiscono il "salario minimo garantito" di 100 dollari mensili mentre chi ne guadagna di più si rivolge alle assicurazioni private se vuole avere un minimo di garanzia di essere curato. I più poveri molto spesso possono solo ricorrere a gruppi di volontari o missionari che riescono ad organizzare ambulatori o centri di assistenza.

A volte questi centri si rivelano di buona qualità per l'impegno di singole figure spesso collegate con Paesi "sviluppati". Un bell'esempio era portato al convegno da un'ostetrica tedesca che ha una lunga esperienza di parto in casa sia in Germania che in Brasile e gestisce un centro per le donne di una *favela* di São Paulo, in cui la mortalità materna e perinatale è crollata in seguito alla sua attività; il tasso dei parti cesarei per le donne accompagnate all'ospedale è del 13% (in una zona come São Paulo dove raggiunge il 50% in molti ospedali).

Una delle conseguenze dei tagli alla spesa sanitaria è data dall'aumento della disuguaglianza tra ricchi e poveri e da un accesso ai servizi sanitari sempre più difficile.

Sulle donne africane invece ricade il mal funzionamento degli ospedali: esse accompagnano i malati, li lavano, li cambiano e preparano per loro da mangiare poiché l'ospedale garantisce solo le cure mediche.

Su questo argomento altri due esempi significativi sono quello della Russia, dove il passaggio da un sistema sanitario completamente pubblico ad uno semi privato, assume aspetti drammatici, e quello della Turchia che pur non avendo in precedenza un sistema sanitario nazionale ha ugualmente registrato un forte peggioramento dei servizi sanitari dovuto agli ulteriori tagli alla spesa pubblica e all'incentivazione dei servizi privati.

Anche in Paesi come il Sud Africa, che cerca di diminuire le disuguaglianze nei servizi, si rilevano grandi difficoltà e grandi discrepanze economiche: le donne più povere sono nere e disoccupate, con un'alta mortalità materno-infantile.

La discussione ha avuto come sfondo il tema della globalizzazione visto come rapporto ineguale tra Paesi sviluppati e Paesi non sviluppati che diventano mercato di espansione per le multinazionali medico-farmaceutiche.

4. Un secondo tema rilevante è stato quello del fondamentalismo religioso che pur diversamente in ciascun Paese ha conseguenze simili sulla vita e sul benessere delle donne. Problema molto sentito nei Paesi islamici, attorno a cui si è costituito un gruppo attivo dal nome "Donne che vivono sotto le leggi musulmane", un «network di donne la cui vita è disegnatata, condizionata o governata dalla legge, scritta o non scritta, delineata dalle interpretazioni del Corano e legata alle tradizioni locali». Non è stato analizzato solo il fondamentalismo islamico ma anche quelli cattolico, induista, ebraico, ecc, quale problema che unisce le donne di molti Paesi e che ha serie conse-

guenze sulla loro qualità della vita. Per esempio l'indiana Gita Sen paragonava alcuni principi del fondamentalismo religioso a quelli del mercato e sottolineava la grande inequità e il difficile accesso ai servizi sanitari per le donne quando invece molte tecnologie e prodotti farmaceutici e contraccettivi vengono sperimentati su centinaia di esse in modo illegale.

Il fondamentalismo religioso è stato analizzato anche da donne di Paesi sviluppati, come la nordamericana Kisseling, che in quanto cattoliche ne denunciavano la forza e la pervasività dimostrata alle conferenze del Cairo e di Pechino. Il fondamentalismo è quindi visto come reazione al successo e alla maggiore presenza delle donne in campo sociale e politico in molti Paesi.

Ci si chiedeva perché il fondamentalismo ha successo e perché molte donne lo accettano: la risposta sta nella capacità di questi gruppi politico-religiosi di inserirsi negli spazi lasciati vuoti dalle istituzioni e dai governi nei settori dell'educazione, della salute, del diritto e del disagio giovanile e femminile, offrendo privatamente servizi altrimenti non garantiti. Hanno inoltre, la capacità di usare agevolmente i media e raggiungere larghi strati della popolazione.

D'altra parte i Paesi occidentali hanno limitato il flusso dell'immigrazione e chiuso alcuni finanziamenti internazionali: rispetto all'Italia, Codou Bop, una consulente senegalese di organismi internazionali, ha fatto l'esempio delle borse di studio per studenti universitari del suo Paese che, diminuite presso l'Università di Roma, aumentano presso quella di Teheran: «Mentre le agenzie internazionali usano i fondamentalismi perché più rassicuranti dei governi locali, dal canto loro i fondamentalisti si appoggiano sulla religione per la conservazione di pratiche tradizionali».

5. Da vari Paesi (Filippine, Malaysia, Brasile, Argentina e America Latina in generale) è emerso un capillare lavoro di ricerca e di attività sul territorio a proposito della violenza sulle donne: violenza in famiglia, stupri e violenze nelle zone di guerra o di conflitti interni armati. Una particolare forma di violenza analizzata è quella legata alle malattie mentali, tanto che nel documento finale sulla medicalizzazione si denuncia l'elettroshock (tornato in auge anche nei Paesi sviluppati) come strumento di violenza e non di cura. Sui temi della salute mentale e della violenza contro le donne, Patrizia Romito, una delle due italiane partecipanti al convegno, ha presentato le sue ricerche.

6. Un altro grande punto di discussione è stato quello sui diritti riproduttivi collegati significativamente ai diritti sessuali: diritto alla contraccezione, all'aborto, al parto sicuro delle donne; è da rilevare che tutto ciò viene affermato a partire da Paesi culturalmente e storicamente contrari all'autodeterminazione delle donne. Un aspetto su cui ha insistito anche la nordamericana Rosalind Petchesky, rilevando la necessità di contestualizzare la libera scelta delle donne all'interno delle loro condizioni di vita (alimentazione, educazione, trasporti, servizi); solo a certe condizioni è possibile uno sviluppo positivo che permetta l'affermazione del piacere femminile. La Petchesky ha portato l'esempio del progetto di ricerca IRRAC da lei diretto in sette Paesi del mondo (Brasile, Egitto, Malaysia, Messico, Nigeria, Filippine, Stati Uniti) su campioni di popolazione diversi per estrazione economica e culturale, in cui si analizza in quali condizioni le donne di diverse età esprimano il loro diritto alla sessualità e alla riproduzione.

7. Collegato a questo tema dei diritti riproduttivi vi è quello della medicalizzazione di cui al convegno venivano riportati molti esempi:

- uso di contraccettivi pericolosi e abusivi o non abbastanza testati come la DES o i vaccini contro la fertilità (su cui è in corso un'azione internazionale di opposizione attraverso cartoline dirette all'OMS); viene rilevato il collegamento preciso tra l'aumento dell'istruzione delle donne, il miglioramento delle loro condizioni di vita, e l'uso della contraccezione con conseguente calo della fertilità;
- aumento dei parti cesarei dovuto alla medicalizzazione indiscriminata e all'esperienza negativa in cui le donne vivono il parto;
- abuso della chirurgia plastica e delle diete utilizzate dalle donne meno povere, ma che sottolinea una modalità distorta di percepire il corpo femminile;
- discussione sulle tecnologie riproduttive e sulla bioetica a queste collegata;
- espansione dell'intervento medico sulla menopausa attraverso la somministrazione di ormoni alle donne, la cura dei sintomi ad essa collegati quali l'osteoporosi, il tasso di colesterolo nel sangue, l'aumento di peso, l'instabilità psichica, ecc. (per esempio la svizzera Rina Nissim ha portato la sua esperienza di una medicina alternativa basata sulla fitoterapia, mentre il gruppo argentino Cinquenteando ha lavorato su questo tema focalizzando le problematiche sociali e psicologiche delle donne di tale età;
- in contrapposizione alla medicalizzazione veniva rilevata la mancanza di prevenzione: per esempio la mortalità materna e perinatale è ancora troppo alta in molti Paesi e in Brasile si verifica anche un aumento della mortalità per cancro al seno;
- molte donne sudamericane denunciano la difficoltà di accesso all'ospedale per partorire (vedi Franca Pizzini, *Incontri e confronti dal Brasile: salute delle donne e riproduzione umana (aborto, parto, riproduzione assistita)*, "Qualità/Equità", n. 7, 1997).

8. In conclusione, il convegno era interessante per la varietà di punti di vista e il desiderio di relazione reciproca su un tema così importante per le donne, anche se le difficoltà di comunicazione non sono mancate, soprattutto dovute alla molteplicità di lingue e Paesi diversi (un esempio veniva dalle donne africane francofone che si sentivano poco rappresentate in un convegno che aveva quattro lingue ufficiali, ma in cui le più utilizzate erano, ovviamente, l'inglese e il portoghese-brasiliano).

Il gruppo francofono, cui io stessa ho partecipato, evidenziava la presenza e le attività delle donne africane provenienti da Paesi diversi per storia e cultura, e per situazione economica e politica: Senegal, Benin, Burkina Faso, Zaire, Niger, Nigeria, ecc. Paesi rappresentati da donne medico, consulenti internazionali e organizzatrici di reti sulla salute delle donne in Africa, con evidenti capacità di direzione e aggregazione nel loro Paese di origine, donne che avevano preso posizione pubblica, e quindi rischiosa, contro l'aborto clandestino e contro le mutilazioni sessuali femminili (infibulazione).

Questo convegno dava alle partecipanti la certezza (che si è provata anche a Pechino e al Cairo) che esiste un movimento internazionale che lavora per il miglioramento delle condizioni di vita delle donne e che è emerso, in anni relativamente recenti, il punto di vista delle donne africane, asiatiche e latino-americane, più presente e più interessante per le prospettive che apre. Il problema per le donne dei Paesi "ricchi" è come rapportarsi a questi punti di vista ed esperienze differenti, arricchendo il confronto delle proprie esperienze.

Franca Pizzini