



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN STUDI DELL'AFRICA E DELL'ASIA

OLTRE LA SOGLIA DELLA FERTILITÀ FEMMINILE:
UN'ETNOGRAFIA DELLA MENOPAUSA TRA MEDICALIZZAZIONE DEL
CORPO E RIDEFINIZIONE DEL SÉ

Relatore:

Chiar.mo Prof. Marco Gardini

Correlatore:

Chiar.ma Dott.ssa Gloria Frisone

Tesi di laurea di
Arianna Albertini
Matricola n. 541171

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

*A mia madre,
da sempre la persona che ammiro di più,
e alle donne che ho incontrato nel mio lavoro sul campo:
le vostre storie continueranno a essere un insegnamento prezioso.*

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. CORNICI TEORICHE PER UNO STUDIO ANTROPOLOGICO DELLA MENOPAUSA	12
1.1 Il corpo come costruito culturale: habitus, incorporazione e potere... 14	
1.2 Potere incarnato: norme interiorizzate e sorveglianza della corporeità femminile	18
1.3 La menopausa come rottura simbolica e culturale.....	21
1.3.1 Governare la trasformazione: pratiche di medicalizzazione e biopolitica del corpo in menopausa.....	23
1.3.2 Breve storia della medicalizzazione della menopausa.....	26
1.3.3 Il relativismo della menopausa: decostruire il discorso medico occidentale.....	29
1.4 Conclusioni	34
2. LA MENOPAUSA NEGLI SPAZI DELLA MEDICALIZZAZIONE: VISSUTI FEMMINILI TRA CLINICA E TERAPIA	36
2.1 “Vacanze sanitarie”: la medicalizzazione dello spazio e del tempo	36
2.2 “È mutuabile?”: il tabù della terapia ormonale sostitutiva (TOS) e l’economia della menopausa	41
2.3 Agency femminile nel rapporto medico-paziente: la negoziazione della cura.....	48
2.4 Conclusioni	54
3. RELATIVIZZARE LA MENOPAUSA: VOCI, ESPERIENZE, VISSUTI	57
3.1 Attraversare corpi e confini: racconti transnazionali di menopausa... 58	
3.2 In controtempo: narrazioni di menopausa precoce e tardiva	68
3.2.1 Smarrimento e inadeguatezza dell’esperienza “fuori norma”	69
3.2.2 Il tempo biologico e il tempo sociale: aspettative infrante e corpi fuori ritmo	72
3.2.3 “Trovare la ragione per guarire sé stesse”: identità, riconoscimento e adattamento	76

3.3 “La malattia come spartiacque”: quando la malattia accompagna la menopausa	79
3.4 Conclusioni	81
4. IL CORPO IN METAMORFOSI: TRA VULNERABILITÀ E RISIGNIFICAZIONE DI SÉ	84
4.1 “Che bella la giovinezza, non invecchiare mai”: il peso del corpo e dello sguardo sociale in menopausa	85
4.2 Silenzi assordanti: intimità taciute e stigmatizzate.....	91
4.3 Sopravvivere al ritmo: salute mentale e lavoro nella transizione menopausale	98
4.4 Conclusioni	103
CONCLUSIONE	106
APPENDICE	112
BIBLIOGRAFIA	117

INTRODUZIONE

L'elaborato esplora come la menopausa viene esperita, rappresentata e trattata all'interno degli spazi di cura, attraverso la lente dell'antropologia medica, disciplina che si occupa dei significati sociali e culturali della salute, della malattia e dei percorsi di cura. Nello specifico, la ricerca mira a comprendere le pratiche attraverso cui le donne negoziano la propria esperienza di menopausa in relazione alle istituzioni mediche, alle terapie e ai discorsi che definiscono cosa significhi "invecchiare bene".

Adottando un approccio qualitativo e interpretativo, la tesi combina l'analisi della letteratura antropologica con la ricerca etnografica svolta in un contesto ospedaliero – in particolare, presso un ambulatorio dedicato alla menopausa complessa – dove sono state condotte osservazioni e interviste con donne in menopausa e con il personale medico.

La menopausa è ancora oggi considerata una soglia simbolica che segna il passaggio dalla giovinezza alla vecchiaia nella vita delle donne. A essa vengono attribuiti numerosi significati e rappresentazioni, spesso connotati negativamente. Nella percezione comune, la menopausa è associata a una serie di perdite: la perdita della giovinezza, della capacità riproduttiva, della femminilità e, più in generale, della rilevanza sociale. Questa fase della vita femminile viene dunque inscritta in una dimensione di decadenza e di fine, piuttosto che di trasformazione o rinnovamento, riflettendo una concezione del tempo e del corpo fortemente segnata da valori culturali e sociali.

Nel linguaggio quotidiano, la menopausa e l'invecchiamento femminile tendono spesso a sovrapporsi, quasi fossero sinonimi. Tale associazione non è neutrale, ma deriva da un costrutto sociale che pone al centro la giovinezza e la fertilità come valori dominanti, mentre marginalizza tutto ciò che ne è escluso. La cultura occidentale, in particolare, ha costruito l'immagine della donna intorno alla sua capacità di essere giovane, bella e fertile. La bellezza, intesa come capitale sociale e simbolico, è stata tradizionalmente il principale criterio di riconoscimento e

visibilità per le donne, conferendo loro un ruolo e uno status all'interno della collettività.

Questa logica si riflette in una molteplicità di pratiche quotidiane che alimentano il mito dell'eterna giovinezza: skincare, haircare, depilazione, manicure, pedicure e altri trattamenti di bellezza vengono promossi come strumenti necessari per mantenere un aspetto giovane e conforme agli standard estetici dominanti. La pressione sociale a preservare la giovinezza diventa così una forma di disciplinamento del corpo femminile, un modo attraverso cui il sistema culturale regola la percezione del tempo e del valore delle donne.

In questo contesto, la menopausa rappresenta una frattura: il corpo femminile, soggetto a cambiamenti ormonali irreversibili, si trasforma e si sottrae al controllo estetico e simbolico che la società impone. Questa trasformazione può tradursi in un processo di invisibilizzazione, in cui la donna perde centralità nello spazio sociale e mediatico. Eppure, se da un lato la menopausa segna una progressiva marginalizzazione simbolica, dall'altro apre un nuovo campo di attenzione da parte della medicina. Il corpo menopausale diventa infatti oggetto privilegiato dello sguardo biomedico, che interviene attraverso diagnosi, trattamenti e prescrizioni terapeutiche volte a gestire i sintomi e, in molti casi, a "normalizzare" la condizione.

Tale prospettiva permette di considerare la menopausa come luogo d'intersezione tra corpo, cultura e potere. Lungi dall'essere un semplice evento fisiologico, essa si presenta come un'esperienza situata, modellata dai discorsi che la circondano e dalle pratiche che la regolano. Diversi fattori contribuiscono alla produzione dei significati e dei modi unici di sperimentare e raccontare la menopausa: il contesto culturale, il sistema sanitario, la classe sociale, l'età e il rapporto con il proprio corpo rappresentano tutti elementi che incidono notevolmente sulla percezione di questo evento.

Il fenomeno della menopausa consente, inoltre, di investigare, più in generale, i processi di medicalizzazione che la governano, ovvero quei meccanismi per mezzo dei quali la medicina tende a definire e regolare aspetti dell'esistenza umana, trasformandoli in oggetti di diagnosi e trattamento. Prendere in esame la medicalizzazione della menopausa significa, dunque, interrogarsi su come il sapere biomedico costruisca i confini tra normalità e patologia, salute e malattia, ma soprattutto su come tali categorie che si radichino nei corpi e nei vissuti delle donne.

La scelta del campo è stata condizionata dalla volontà di investigare tipologie di menopausa più rare e complesse, capaci di esaltare il contrasto tra norme sociali e cambiamenti fisiologici, costituendo casistiche spesso definite “fuori norma”. Dopo svariate ricerche online, è stata individuata una struttura ospedaliera che ospitava un ambulatorio dedicato alla menopausa complessa, rivelatosi il luogo più adatto per svolgere l'indagine. Sono state inviate alcune e-mail alla struttura per concordare l'avvio e la modalità della ricerca secondo un protocollo¹ condiviso e, in seguito, si è tenuto un colloquio con la responsabile del reparto. Successivamente, sono stata affiancata a una ginecologa, con la quale ho definito nel dettaglio il periodo di osservazione, la frequenza della presenza in ambulatorio e il profilo delle persone da intervistare; la ginecologa ha inoltre facilitato i primi contatti telefonici con alcune pazienti per concordare giorno e orario degli incontri.

Il lavoro etnografico si è svolto da maggio 2025 a luglio 2025. In accordo con la ginecologa di riferimento, è stata concordata la mia presenza in ambulatorio una volta alla settimana, il martedì, giorno in cui era attivo il servizio dedicato alla menopausa. Solitamente svolgevo le mie osservazioni a partire dal mattino, con una pausa durante l'ora di pranzo, per poi proseguire nel pomeriggio. Durante l'orario pomeridiano, infatti, l'ospedale risultava più tranquillo, permettendomi di trovare ambulatori liberi dove condurre le interviste.

¹ Cfr. appendice.

Le osservazioni hanno costituito una parte fondamentale del mio lavoro sul campo. Ogni martedì erano previste circa trentacinque pazienti, suddivise tra tre diversi ambulatori. La maggior parte delle mie osservazioni si è svolta nell'ambulatorio più grande, dove erano presenti una ginecologa e, di norma, due o tre specializzande. In questo spazio è stato possibile osservare tutte le fasi che compongono la visita. La prima parte era costituita dal colloquio iniziale, durante il quale le pazienti descrivevano i sintomi, venivano esaminati referti ed esami precedenti e si rifletteva sull'efficacia delle terapie già prescritte; seguiva quindi la visita sul lettino, con l'eventuale esecuzione del pap-test. La seconda fase della visita consisteva nella riunione tra ginecologa e specializzandi per valutare le informazioni raccolte e formulare la diagnosi. Infine, la paziente veniva fatta rientrare in ambulatorio per la comunicazione della terapia o delle indicazioni cliniche, con una possibile negoziazione delle modalità e delle scelte terapeutiche.

Per quanto riguarda le interviste, spesso venivano selezionate donne già seguite durante le osservazioni, la cui situazione risultava rilevante per gli obiettivi della ricerca. In alcuni casi, invece, le pazienti sono state contattate telefonicamente o via e-mail sulla base del quadro clinico condiviso dalla ginecologa. Tutte le interviste sono state condotte in presenza negli ambulatori o nelle sale d'attesa dell'ospedale, ad eccezione di una, svolta in modalità telematica. Le due interviste rivolte al personale sanitario, invece, si sono svolte in due modalità diverse: una telefonicamente con la ginecologa, l'altra dal vivo con una specializzanda, dopo la conclusione dell'orario di visita.

Ho condotto interviste semi-direttive della durata compresa tra mezz'ora fino a due ore con undici donne, di età compresa tra i 24 e i 70 anni, un range determinato dall'interesse verso le esperienze di menopausa "precoce" e "tardiva", così come vengono qualificate dalla scienza biomedica. La maggior parte delle intervistate è nata e cresciuta in Italia, mentre tre provengono da contesti extraeuropei – Perù, Ecuador e Marocco – e si sono trasferite in Italia in età adulta. Le loro storie si sono rivelate particolarmente preziose, dal momento che hanno contribuito a

mettere in prospettiva e relativizzare i discorsi dominanti sulla menopausa. Nel complesso, le testimonianze raccolte hanno permesso di restituire la complessità dell'esperienza menopausale, evidenziando tensioni, ambivalenze e forme di resistenza che emergono nel rapporto quotidiano con la salute e con il proprio corpo.

Per quanto riguarda il campo di ricerca, l'ospedale, così come la clinica e l'ambulatorio, si presenta come un terreno delimitato, frequentato da un numero ristretto di persone e caratterizzato da prestazioni scandite da protocolli ben definiti e ripetuti nel tempo. Eppure, al suo interno, si intreccia una molteplicità di storie che si sfiorano per un breve momento, per poi disperdersi nella quotidianità di ciascuna. A unire queste narrazioni, nel qui e ora dell'ambulatorio, è l'esperienza stessa della visita: pur con motivazioni differenti, tutte le pazienti attraversano lo stesso spazio e le stesse procedure mediche.

Sul campo, il mio ruolo è stato quello di tesista in antropologia: così mi presentavo alle pazienti e al personale sanitario, ed è in questi termini che venivo a mia volta identificata. Le ginecologhe e le specializzande con cui sono entrata in contatto si sono dimostrate fin da subito disponibili e collaborative, supportando la mia ricerca in diversi modi: aiutandomi nella selezione delle pazienti da intervistare, chiarendomi termini medici che non conoscevo e facendomi sentire parte integrante del loro gruppo.

In questo contesto, dunque, la mia presenza si collocava in una posizione privilegiata per l'osservazione partecipante. Il posizionamento rimaneva esterno alla relazione medico-paziente, ma allo stesso tempo si inseriva al suo interno grazie all'accesso diretto allo spazio clinico e alle sue dinamiche. Il mio ruolo corrispondeva a quello di un'osservatrice esterna dotata di conoscenze interne, per questo mi è stato possibile osservare, ascoltare e analizzare ciò che accadeva con la distanza necessaria per mantenere lucidità e razionalità interpretativa. Le interviste, invece, sono state svolte in ambulatori o in altri spazi dell'ospedale che

permettessero di creare un contesto intimo e riservato, favorendo così un dialogo libero da interferenze esterne.

L'elaborato si divide in quattro capitoli principali.

Il primo capitolo è dedicato alla costruzione della cornice teorica, attraverso l'analisi della letteratura esistente nell'ambito dell'antropologia medica e degli studi di genere. L'obiettivo è fornire gli strumenti concettuali per comprendere come corpo, salute ed esperienza femminile siano intrecciati a dinamiche culturali e di potere, mostrando inoltre come norme, discorsi e strutture sociali contribuiscano a modellare l'esperienza della menopausa.

Nel secondo capitolo si entrerà nel vivo del lavoro etnografico. A partire dalle osservazioni svolte in ambulatorio e dalle interviste con il personale sanitario, si analizzerà come la medicalizzazione si inserisca nella vita delle pazienti, ridefinendo progressivamente lo spazio e il tempo della loro quotidianità. In seguito, si approfondirà il rapporto delle donne con la terapia ormonale sostitutiva, esplorando anche i costi – materiali e simbolici – che si celano dietro l'evento menopausale. Il capitolo si concentrerà, infine, sulle dinamiche che governano il rapporto tra medico e paziente, mostrando come lo spazio clinico costituisca un luogo di negoziazione in cui le donne partecipano attivamente alla definizione dei percorsi di cura.

Il terzo capitolo sarà dedicato alle dimensioni sociali e simboliche della menopausa, indagate attraverso le testimonianze raccolte sul campo. La prima parte del capitolo sarà dedicata alle narrazioni transnazionali, che mettono in relazione menopausa, migrazione e invecchiamento. Successivamente, l'analisi delle storie di menopausa precoce e tardiva - esperienze "fuori norma" rispetto alle aspettative sociali e biologiche – permetterà di evidenziare il carattere plurale e situato della menopausa. Infine, il capitolo esaminerà i racconti delle donne che hanno sperimentato una menopausa iatrogena, offrendo una riflessione sul rapporto tra corpo, malattia e trasformazioni imposte dal trattamento medico.

Infine, il quarto capitolo affronterà il tema del corpo in metamorfosi e delle sue implicazioni emotive, relazionali e identitarie. Dopo una riflessione critica sulle norme che regolano il confine tra giovinezza e vecchiaia, si analizzerà il rapporto delle donne con il proprio peso corporeo e con gli ideali estetici che permeano il contesto sociale. In seguito, il capitolo si soffermerà su racconti relativi alla sfera dell'intimità, al fine di comprendere i cambiamenti che la menopausa introduce nelle dinamiche affettive e nelle relazioni interpersonali. Infine, si approfondirà l'effetto della menopausa sulla salute mentale e sulle dinamiche lavorative, evidenziando le lacune nella tutela delle donne in questa fase della vita.

Nel suo insieme, la tesi mira a relativizzare la menopausa, restituendole la sua complessità culturale e soggettiva. L'obiettivo è spostare l'attenzione dal corpo patologizzato al corpo vissuto, dai discorsi normativi alle biografie individuali, mettendo in dialogo le voci delle donne con le cornici teoriche e mediche che ne definiscono l'esperienza.

1. CORNICI TEORICHE PER UNO STUDIO ANTROPOLOGICO DELLA MENOPAUSA

La menopausa è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la cessazione permanente delle mestruazioni, conseguente alla perdita definitiva della funzione follicolare ovarica. Si tratta dunque di un evento fisiologico che segna la fine della capacità riproduttiva della donna, generalmente diagnosticato dopo dodici mesi consecutivi di amenorrea non attribuibile ad altre cause. Tuttavia, al di là della definizione strettamente biologica, la menopausa rappresenta un fenomeno complesso che coinvolge dimensioni corporee, psicologiche, sociali e culturali, e che non può essere pienamente compreso se ridotto a un mero processo fisiologico.

Per comprendere a fondo la complessità della menopausa e le sue molteplici implicazioni sociali, culturali e simboliche, è utile adottare gli strumenti interpretativi sviluppati dall'antropologia medica. A partire dagli anni Sessanta, questa disciplina ha indagato i modi in cui le società "altre" concepiscono, vivono e gestiscono la salute e la malattia, adottando una svolta negli ultimi anni, con la decisione di prendere come oggetto di analisi critica proprio la biomedicina² occidentale (Pizza, 2005). Tale svolta ha permesso di interrogare criticamente i presupposti culturali che orientano la medicina moderna e analizzare come essa costruisca e legittimi determinate rappresentazioni del corpo, del genere e dell'età.

Concetti chiave come il corpo inteso come luogo di trasformazione, il binomio natura-cultura, la medicalizzazione e le logiche biopolitiche che attraversano la salute risultano fondamentali per comprendere in che modo il sapere medico contribuisca a definire ciò che viene considerato "normale", "curabile" o "patologico". Attraverso tali processi, la biomedicina esercita così un potere non soltanto clinico, ma anche sociale e simbolico, influenzando le rappresentazioni

² Si intenda per "biomedicina" la definizione data da Giovanni Pizza (2005:75) secondo cui "*si tratta di una medicina che tende a privilegiare l'aspetto biologico e a ridurre, o addirittura a negare, la dimensione socioculturale della malattia*".

del corpo e della soggettività. In questa prospettiva, l'antropologia medica si configura come una disciplina che analizza "i processi attraverso cui i fenomeni biologici, politico-economici e socioculturali si determinano reciprocamente" (Quaranta, 2006: IX), mettendo in luce le interconnessioni tra dimensioni materiali, istituzionali e culturali dell'esperienza umana.

Confrontare i modi in cui vengono concepite e trattate malattie, sofferenze o disturbi in diversi contesti culturali permette di ampliare lo sguardo critico oltre i confini del modello biomedico occidentale. In quest'ultimo, l'individuo sembra spesso privato della possibilità di interpretare autonomamente il proprio stato di salute, affidandosi completamente a un sapere specialistico che tende a ridurre la complessità dell'esperienza soggettiva. Analizzare le variazioni nei sintomi, nelle anamnesi, nelle forme di sofferenza e nei trattamenti tra società diverse consente dunque di mettere in discussione l'idea che la medicina occidentale rappresenti un sapere neutro e universale (Pizza, 2005).

In questo quadro, il tema della menopausa si inserisce perfettamente nelle problematiche riguardanti l'indiscutibilità del sapere medico e la questione dell'"invecchiamento di successo" promossa dalle società occidentali e la condizione di marginalità che caratterizza la donna durante questa fase. Di conseguenza, l'antropologia medica, grazie al suo sguardo comparativo, fornisce gli strumenti per decostruire le questioni legate all'universalità dell'esperienza menopausale, mostrando come questa possa essere vissuta e pensata in diversi modi a seconda del contesto socioculturale.

Nel 1988 Patricia Kaufert affermava che "tutti i discorsi sulla menopausa, siano essi medici o femministi, psicologici o antropologici, devono confrontarsi con le stesse domande. Quali sono i confini tra menopausa e non-menopausa? Quali i confini tra menopausa naturale e non naturale? La menopausa è forse un evento o un processo?" (Kaufert, 1988: 338). Queste domande mettono in evidenza la natura complessa, sfuggente e profondamente ambigua del fenomeno menopausale, il

quale può essere compreso appieno solo adottando un approccio interdisciplinare e interculturale.

Per affrontare in modo critico tale complessità, è indispensabile partire da una decostruzione del concetto stesso di menopausa, interrogandosi sui significati, le implicazioni e le rappresentazioni che esso porta con sé. Nel presente capitolo verrà analizzata la letteratura sviluppatasi nell'ambito dell'antropologia medica, con l'obiettivo di fornire gli strumenti teorici essenziali per comprendere il vissuto corporeo e i significati simbolici legati alla menopausa e all'invecchiamento femminile.

1.1 Il corpo come costruito culturale: habitus, incorporazione e potere

Prima di analizzare il fenomeno della menopausa, vale la pena addentrarsi nei concetti cardine dell'antropologia medica, a partire dall'idea di corpo, che rappresenta il principale oggetto di analisi nell'ambito biomedico. Il corpo viene inteso come un'entità biologica, all'interno della quale si racchiudono le cause scientifiche ed empiriche della malattia e dei disturbi. Per secoli, la prospettiva cartesiana del corpo come oggetto separato dallo spirito ha dominato il pensiero biomedico, portando a concepire i problemi legati al corpo esclusivamente come materiali (Scheper-Hughes & Lock, 1987:9).

Tuttavia, l'antropologia medica e i gender studies hanno messo in discussione questa visione riduzionista, criticando il materialismo del pensiero scientifico dominante ed evidenziando il ruolo fondamentale che la cultura e la società hanno nel modellare l'esperienza corporea di ciascun individuo. Il corpo rappresenta lo strumento attraverso cui il singolo si relaziona con il mondo, formando un rapporto interdipendente tra esso e ciò che lo circonda, ovvero tra piano naturale e piano culturale.

Già nel 1934, infatti, Marcel Mauss concepiva il corpo come “il primo e più naturale oggetto tecnico e, allo stesso tempo, mezzo tecnico, dell'uomo” e le tecniche del corpo come “modi in cui gli uomini, nelle differenti società, e secondo

la tradizione, sanno servirsi dei loro corpi”. Con queste parole, Mauss introduceva l’idea del corpo come strumento naturale mediante cui l’uomo apprende gesti e pratiche create e diffuse all’interno della società in cui è immerso.

Sul tema del corpo e la sua relazione con il contesto sociale tornerà negli anni Settanta Pierre Bourdieu elaborando il concetto di incorporazione (1972) ripreso successivamente anche da Thomas Csordas (1990). Secondo il sociologo l’incorporazione rappresenta il processo mediante cui le strutture sociali riescono a interiorizzarsi nei corpi con la costruzione dell’habitus, ovvero un insieme di pratiche acquisite – norme, abitudini, modi di agire, parlare e sentire - che riflettono il posizionamento dell’individuo all’interno del campo sociale.

L’habitus, secondo Bourdieu, si configura come un dispositivo in grado di generare una corrispondenza quasi perfetta tra la struttura oggettiva del campo³ e la dimensione soggettiva dell’agire individuale. Tuttavia, nel momento in cui il soggetto si relaziona con un nuovo campo, caratterizzato da pratiche e norme differenti, riesce a sollevare questo “velo di maya”, rivelando la frattura tra il proprio habitus e il nuovo contesto. In tal senso, il disallineamento tra habitus e campo può essere colto come un’occasione per disvelare la costruzione sociale e politica di ciò che prima appariva come naturale.

Il corpo contribuisce così a determinare il posizionamento dell’individuo all’interno della società, condizionando la sua esperienza del mondo circostante. Allo stesso modo, le strutture sociali e i modelli culturali definiscono come quel corpo verrà percepito dagli altri, e talvolta anche come l’individuo percepirà sé stesso. In molti casi, il disagio o il malessere non derivano da un’anomalia biologica, ma dalle modalità con cui la società costruisce e attribuisce significati ai corpi.

³ Bourdieu (2003) definisce il concetto di campo come segue: *“il campo è uno spazio sociale entro il quale agiscono specifiche istituzioni. Ogni campo è regolato da rapporti di forza entro i quali agiscono gli agenti che abitano quel campo”*.

In tal senso, il confronto culturale rappresenta uno degli strumenti fondamentali dell'analisi antropologica, in particolare nello studio delle concezioni di salute e malattia. Proprio attraverso questo approccio, Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987), analizzano criticamente le concezioni dominanti del corpo nella medicina occidentale, confrontandole con quelle presenti in contesti culturali differenti.

Le antropologhe, dunque, mettono in discussione la tradizionale dicotomia mente-corpo, proponendo una visione alternativa del corpo inteso come entità simultaneamente biologica, sociale, simbolica e politica. Questo tipo di analisi risulta utile al fine di evitare il rischio di ricadere nella “fallacia biologica” ovvero la presunzione che le cause della malattia e della sofferenza possano essere spiegate unicamente attraverso i processi biologici e biochimici, ignorando così le dimensioni, relazionali e storiche dell'esperienza corporea (1987:6).

Nell'articolo si ripercorrono tre diversi livelli di analisi legati all'idea di corpo, distinguendone tre tipologie principali: il corpo individuale, il corpo sociale e il corpo politico.

Al primo livello si trova, dunque, il corpo individuale, considerato nel senso fenomenologico dell'esperienza vissuta dal corpo stesso. Si può presumere che ciascun individuo abbia un certo livello di consapevolezza dell'incorporazione del proprio sé rispetto agli altri corpi individuali; tuttavia, è necessario considerare anche la relazione che il corpo ha con le sue componenti – mente, psiche, materia, anima etc. – soprattutto nei diversi modi di vivere il benessere e la malattia.

Il corpo sociale si colloca invece al secondo livello di analisi, riferendosi agli usi figurativi del corpo, ad esempio, il corpo come simbolo naturale (Mary Douglas, 1970). Di fatto per gli antropologi strutturalisti, mentre il corpo sano esprime compattezza e integrità sociale, il corpo malato offre un modello di disarmonia, conflitto sociale e disintegrazione. Allo stesso modo, scrivono le due antropologhe,

una società sana o una società malata origineranno modelli diversi di percezione del corpo.

Infine, al terzo livello di analisi vi sarà il corpo politico, che si riferisce alla regolazione, alla sorveglianza e al controllo dei corpi (individuali e collettivi) nella riproduzione e nella sessualità, nel lavoro e nel tempo libero, nella malattia e in altre forme di devianza e differenza umana. La maggior parte degli scritti riguardanti il controllo politico dei corpi nelle società industriali si rifanno alle opere di Foucault (1973, 1975, 1979, 1980a).

Lock e Scheper-Hughes evidenziano l'importanza dell'interazione dinamica tra mente e corpo, così come tra corpo individuale, sociale e politico, nella produzione e manifestazione della salute e della malattia. La malattia, sottolineano le autrici, non è né un evento isolato, né il semplice esito di uno sfortunato incontro con la natura; al contrario, essa rappresenta una forma di comunicazione, un vero e proprio "linguaggio degli organi" attraverso cui natura, società e cultura parlano simultaneamente (1987:31).

In questo quadro teorico, la menopausa può essere letta come un evento in cui si intrecciano i tre livelli del corpo: vissuto soggettivo (individuale), norme sociali legate al genere e all'età (sociale), e dispositivi istituzionali come la diagnosi e il trattamento medico (politico).

Secondo le antropologhe "il corpo individuale dovrebbe essere considerato come il terreno più immediato dove si giocano verità sociali e contraddizioni culturali, nonché un luogo di resistenza, creatività e lotta personale e sociale" (trad. mia, 1987:31). Tale riflessione enfatizza l'importanza di indagare quali forme di resistenza, creatività e lotta attraversano il corpo femminile nella fase menopausale, concepita come momento di transizione e di ridefinizione del proprio ruolo all'interno della società.

Nel processo di invecchiamento, il corpo abitato è attraversato da memorie, esperienze, norme interiorizzate e aspettative – spesso disattese- che si stratificano

nel tempo. Un corpo che, pur trasformandosi, continua a parlare e a negoziare con i modelli culturali, le relazioni di potere e le istituzioni mediche che lo circondano.

1.2 Potere incarnato: norme interiorizzate e sorveglianza della corporeità femminile

Nella storia del pensiero occidentale, il corpo femminile è sempre stato un terreno particolarmente fertile per la proiezione di norme, simboli e rapporti di potere. Si pensi al grande classico di Simone de Beauvoir, *Il secondo sesso* (1949), dove viene descritta la condizione della donna considerata “l’Altro” per eccellenza, definita cioè in relazione all’uomo e ridotta al suo corpo, in particolare alla sua funzione riproduttiva. In questa visione, il corpo femminile non è mai neutro ma viene ridotto a oggetto passivo definito e controllato dall’esterno.

Simone de Beauvoir nel suo saggio traccia una genealogia della femminilità come costruzione sociale, mostrando come la corporeità della donna venga costantemente sorvegliata lungo tutte le fasi della vita.

A cominciare dall’infanzia la bambina viene educata alla passività e alla docilità, disciplinando così il suo corpo secondo le norme che limitano la libertà di sognare, di ambire, di sperimentare, riservate esclusivamente ai coetanei maschi. “Donna non si nasce: lo si diventa” (1949:325), così inizia il capitolo dedicato alla formazione della donna. È una formula breve, ma che sintetizza perfettamente l’idea di de Beauvoir secondo cui l’essere donna non è un fatto biologico, bensì il risultato di un processo di incorporazione di norme e ruoli sociali.

Nel periodo dell’adolescenza, il controllo e la pressione sociale sul corpo femminile si intensificano. Con la pubertà, infatti, le ragazze iniziano ad entrare in contatto con la sfera sessuale, diventando così anche più vulnerabili allo sguardo altrui.

L’autrice descrive la pubertà femminile come un momento di crisi e di turbamento che porta le bambine a percepire con angoscia la trasformazione del proprio corpo. “Qualcosa sta accadendo, qualcosa che non è una malattia, che è implicita nella

legge stessa della vita e che frattanto è lotta, dissidio.” (1949:361) il corpo fugge al controllo, diventa estraneo e questa scissione si riflette anche a livello sociale. Gli sguardi e i commenti sulla corporeità mettono a disagio le ragazze, le quali cominciano a nascondere la propria carne o cercando di cambiarla attraverso la dieta.

Come osserva Sandra Lee Bartky (1990) in un articolo dove riprende la dottrina foucaultiana:

“Today, massiveness, power, or abundance in a woman's body is met with distaste. The current body of fashion is taut, small-breasted, narrow-hipped, and of a slimness bordering on emaciation; it is a silhouette that seems more appropriate to an adolescent boy or a newly pubescent girl than to an adult woman. Since ordinary women have normally quite different dimensions, they must of course diet” (1990:28).

L'autrice critica il pensiero di Foucault in *Sorvegliare e punire* (1975) riguardo alle pratiche sociali che producono “corpi docili”, mettendo in evidenza la problematicità di non distinguere le esperienze corporee degli uomini e delle donne. Entrambi, infatti, interagiscono in maniera differente con le istituzioni moderne ovvero scuole, ospedali, prigioni, manicomi e fabbriche⁴ di conseguenza, afferma Bartky, è necessario fare un passo indietro e considerare le pratiche disciplinari che producono una modalità di incorporazione unicamente femminile.

Secondo l'autrice, infatti, il corpo della donna è modellato da una disciplina invisibile che impone posture, gesti, regole estetiche e modi di occupare lo spazio che non si verifica invece per i soggetti di sesso maschile. Tale potere disciplinare, scrive l'autrice (1990:41), può essere considerato moderno nel senso foucaultiano: un potere anonimo e disperso che non si rifà a nessun tipo di coercizione o sanzione

⁴ Foucault indica come moderne le istituzioni che rappresentano spazi dove si esercita un potere volto a disciplinare i corpi, a normalizzare i loro comportamenti e produrre soggetti “docili”. Foucault, M. (2014). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* (A. Tarchetti, Trad.). Einaudi.

pubblica, né tantomeno limita la libertà del corpo femminile di spostarsi da un luogo all'altro.

Anche Susan Bordo (1993) discute su come le norme di genere in occidente non si impongono più solo attraverso istituzioni rigide ma anche tramite la trasmissione e la condivisione di immagini standardizzate e normalizzate di femminilità. Bordo commenta così l'avvento dei film e della televisione, mezzi utilizzate al fine di diffondere ancor di più gli stereotipi legati al modello di "corpo femminile perfetto":

"With the advent of movies and television, the rules for femininity have come to be culturally transmitted more and more through standardized visual images. As a result, femininity itself has come to be largely a matter of constructing [...] the appropriate surface presentation of the self" (Bordo, 1993:312).

Con l'arrivo delle mestruazioni, la corporeità femminile comincia ad essere associata alla fertilità e alla maternità. «In gran parte è l'angoscia di essere donna che rode il corpo femminile» (de Beauvoir, 1949:388): de Beauvoir descrive così il sentimento provato al pensiero di possedere un destino già scritto, una funzione biologica e sociale intrinseca nel corpo femminile, che porta di conseguenza a un iniziale rifiuto del proprio corpo da parte delle ragazze. D'altronde, l'infanzia e l'adolescenza hanno portato all'interiorizzazione di norme legate al ruolo riproduttivo della donna, che deve compiersi nell'età adulta.

Tuttavia, è proprio con la maturità che questo destino acquisisce una forma più prescrittiva. Il corpo, infatti, viene totalmente assorbito nella funzione riproduttiva, intesa come il compimento naturale della femminilità. Come nota Emily Martin (1987), ciò è particolarmente evidente nel linguaggio meccanico e produttivista utilizzato dalla cultura biomedica nei confronti della donna adulta. L'utero diventa una "fabbrica" per la (ri)produzione, il ciclo mestruale un "processo industriale", la menopausa un "guasto" o una "fine della produzione". Il corpo è metaforicamente paragonato a un mezzo di produzione, secondo la logica

capitalistica. Il discorso biomedico, pur presentandosi come neutro, spesso riproduce metafore e rappresentazioni che rispecchiano a pieno gli schemi sociali che attribuiscono all'esperienza corporea femminile valori legati alla sua capacità generatrice.

In questo modo, la maternità descritta come esperienza fondativa dell'identità femminile, diventerà un evento atteso e talvolta imposto dall'immagine sociale costruita attorno alla donna. Come hanno osservato alcune antropologhe (Kaufert & Gilbert, 1986; Lock, 1993) la normatività della fertilità è legata a pratiche di sorveglianza, diagnosi e medicalizzazione che disciplinano sia il corpo che la vita della donna. Tutto ciò che devia da questo standard – sterilità, non maternità, menopausa precoce – tende ad essere trattato come problema o anomalia da correggere.

Non c'è solo un fattore biologico al centro del discorso sul corpo ma anche un'imposizione sociale che vincola la soggettività femminile alla sua fertilità. In questo modo l'identità di genere viene profondamente ancorata alla biologia portando le donne ad aspirare a un modello di femminilità basato sulla disponibilità emotiva, sulla cura degli altri e sulla funzione riproduttiva. In tal senso, si può affermare che il corpo è culturalmente modellato per rispondere all'aspettativa della maternità, come evidenzia Adrienne Rich (1976), secondo cui l'istituzione della maternità ha storicamente espropriato le donne del controllo sul proprio corpo e sulla propria narrazione, trasformando una possibilità esistenziale in un obbligo sociale.

1.3 La menopausa come rottura simbolica e culturale

L'arresto del ciclo mestruale, accompagnato all'insorgenza di nuovi sintomi, a un corpo che cambia, a un umore più altalenante, porta spesso la donna a vivere negativamente questo periodo della sua vita. La fertilità che prima era al centro dell'essere donna viene scalzata via e con essa tutto il valore attribuito alla sua femminilità.

“La donna è brutalmente spogliata della sua femminilità; è ancora giovane quando perde l’attrattività erotica e la fecondità da cui traeva, ai suoi occhi e a quelli della società, la giustificazione della sua esistenza e ogni probabilità di essere felice: le resta da vivere, priva di ogni avvenire, circa la metà della sua vita di adulta” (de Beauvoir, 1949:671).

Questo è ciò che scrive de Beauvoir riguardo alla donna che attraversa il momento della fine della sua età fertile, per trasformarsi in quello che lei descrive come “terzo sesso”, ovvero un soggetto che non appartiene più alla sfera simbolica della femminilità e allo stesso tempo non ha accesso ai privilegi dell’universo maschile. Una categoria, insomma, simile a quella degli ermafroditi, che è portata inevitabilmente ad essere esclusa perché impossibile da collocare nelle categorie tradizionali di genere.

Mary Douglas in *Purezza e Pericolo* (1966) descrive proprio come ciò che è considerato al di fuori delle categorie normate viene marginalizzato ed etichettato come minaccioso per l’ordine stabilito. Le distinzioni di genere e i tabù sessuali, perciò, sono considerati strumenti per definire e proteggere le categorie di genere dominanti.

Sono molti gli stereotipi che circondano il periodo della menopausa; spesso viene percepita come una fase di malattia, decadenza, sterilità, improduttività. spegnimento del desiderio sessuale: tutti sostantivi riconducibili al campo semantico della vecchiaia (Pizzini e Lombardi, 1999). L’idea della menopausa è collegata alla concezione di un corpo che si “virilizza”, uscendo dai canoni di bellezza che valorizzavano la vita della donna fino a quel momento.

Per questo motivo, sono due le indicazioni principali che vengono fornite alla donna per superare questa fase critica (Piazza, 1997). Da una parte, è necessario puntare su pratiche che mirano alla rimozione della vecchiaia, seguendo i canoni dell’eterna giovinezza. Da qui i consigli su come prendersi cura di sé per rimanere giovani: fare molto movimento, seguire una dieta sana, assumere ormoni al

momento giusto, investire su una skin-care adatta a nascondere i segni dell'età. Dall'altra parte invece, prevalgono delle regole implicite che impongono alla donna in menopausa di potersi comportare esclusivamente come "nonna".

C'è una profonda contraddizione, dovuta soprattutto al tabù che ancora oggi circonda l'esperienza della menopausa. Questa, infatti, non coinvolge solo donne della terza età, come si pensa solitamente, ma anche giovani ragazze. Come si può intuire dall'etimologia della parola, in realtà, menopausa significa letteralmente fine delle mestruazioni – dai termini greci *menes* (mestruo) e *pausis* (pausa) – non sempre quindi questa fase coincide con l'inizio della vecchiaia.

1.3.1 Governare la trasformazione: pratiche di medicalizzazione e biopolitica del corpo in menopausa

La medicalizzazione viene definita come un processo di controllo dei corpi e delle soggettività da parte del sapere medico che tende a etichettare come patologie condizioni biologiche naturali presenti nella vita di ogni essere umano. Peter Conrad, sociologo che ha a lungo analizzato il fenomeno della medicalizzazione, sottolinea come questo processo non sia neutrale né meramente scientifico, ma implichi dinamiche di potere che coinvolgono il sistema sanitario, l'industria farmaceutica e le istituzioni sociali.

In particolare, Conrad e Schneider (1992:8) ritengono che il potere sociale più influente risieda nella capacità di definire e classificare determinati comportamenti, individui o condizioni. La medicalizzazione si inserisce proprio in questa dinamica: attraverso la creazione di categorie diagnostiche e definizioni cliniche, essa consolida e rafforza il controllo della medicina sulla vita sociale, trasformando aspetti dell'esistenza umana in ambiti di intervento medico. L'ideazione di nuove malattie è resa possibile attraverso la stretta cooperazione con l'industria farmaceutica. L'esistenza di un nuovo farmaco o una tecnologia innovativa in campo biomedico, rende qualsiasi sintomo percepito come insopportabile – e quindi *patologico* - in quanto risolvibile attraverso ausili farmacologici: "l'uomo perde la capacità di capirlo, utilizzarlo e controllarlo e si affida alla medicina; ma

la perdita di autocontrollo ed autogestione della propria espressione biologica è una perdita imposta perché dichiarata come gestione impossibile” (Chiechi, 2006:90).

Anche Ivan Illich (1976), con la sua critica alla "nemesi medica", ha evidenziato i rischi della sovra-medicalizzazione, mettendo in luce il modo in cui la medicina moderna, invece di limitarsi a curare le malattie, finisce per ridefinire interi aspetti dell'esistenza umana come patologie. Per il sociologo, infatti, la medicina non solo è essa stessa artefice della malattia ma diventa anche un modo efficace per creare consumatori incapaci di avere consapevolezza e arbitrio per gestire da soli la propria salute.

Attraverso il processo di medicalizzazione, dunque, la menopausa veniva inserita in un modello biomedico, in cui i medici sono obbligati a prescrivere la terapia ormonale, mentre le donne sono portate a cercarla, in una logica domanda-offerta che ha dei riscontri sull'intera comunità (Kaufert & Gilbert, 1986:11). Non c'è da sorprendersi, scrivono le autrici, se i critici della medicalizzazione ritengono che la menopausa sia già soggetta a un controllo medico stringente.

Il crescente interesse verso le problematiche endocrinologiche che riscontravano le donne in menopausa, ha fatto sì che questa venisse gradualmente medicalizzata. Tale processo ha portato alla definizione della cosiddetta *sindrome menopausale*, inserendo così un passaggio fisiologico del ciclo di vita femminile all'interno di una categoria clinica. Così facendo, si creavano i presupposti per trasformare la menopausa in una condizione patologica da trattare, come hanno osservato da Kaufert e Gilbert nel loro articolo riguardo alla medicalizzazione della menopausa:

“The definition of menopause as an estrogen deficiency disease turns it from being a stage in the normal processes of aging into a hazard to health. Indeed, the terms 'deficiency' and 'disease' carry with them their own overtones of meaning” (Kaufert & Gilbert, 1986:9).

D'altronde, anche secondo il pensiero foucaultiano, la menopausa può essere letta come una soglia critica che attiva meccanismi di classificazione, sorveglianza e controllo del corpo femminile, una volta terminata la sua funzione riproduttiva. Sfuggendo alle logiche della produttività biologica e sociale, il corpo della donna in menopausa viene percepito come eccentrico rispetto alla norma. Di conseguenza, esso diviene oggetto di regolazione biopolitica, che cerca di riportarlo alla "normalità" o gestirlo come "problema clinico".

Accanto a questa dimensione regolatrice dei corpi, si colloca il concetto di *biolegittimità*, elaborato da Didier Fassin (2009), che si riferisce al riconoscimento del diritto alla vita come principio centrale nella definizione delle priorità politiche e istituzionali. In questo quadro, la vita biologica acquista un valore etico e politico tale da giustificare interventi, risorse e attenzioni pubbliche, spesso a scapito di altri aspetti sociali, storici o culturali delle persone coinvolte. La centralità del corpo vivo, in particolare in ambiti come la sanità, le politiche migratorie o l'assistenza umanitaria, diventa così un criterio fondamentale per stabilire quali esistenze siano meritevoli di cura, protezione o ascolto.

In tal senso, è possibile interrogarsi su quali vissuti corporei e biologici ottengano legittimazione culturale e attenzione istituzionale, e quali invece restino ai margini del discorso medico o pubblico. Sebbene la menopausa sia oggi oggetto di crescente interesse clinico, in particolare in relazione alla sintomatologia ormonale, il modo in cui viene riconosciuta e trattata rimane parziale e selettivo.

Come osserva Maluf (2015) nel contesto delle politiche sanitarie brasiliane, le tappe del "ciclo di vita riproduttivo" delle donne — inclusa la menopausa — diventano spesso categorie biologiche attraverso cui si costruisce il diritto all'ascolto e alla cura. Tuttavia, questo riconoscimento tende a legittimare solo quelle esperienze che rientrano nei parametri della sofferenza clinicamente trattabile, mentre rischia di ignorare o marginalizzare le dimensioni soggettive, simboliche e culturali di questa transizione.

Nel caso della menopausa, ciò può tradursi in una situazione ambigua: la donna viene presa in carico quando manifesta sintomi da correggere, ma il vissuto personale, non patologico, o addirittura positivo, rimane spesso privo di spazio discorsivo. In questo senso, il concetto di biolegittimità può offrire una lente per leggere le asimmetrie di riconoscimento che attraversano il corpo in menopausa, mostrandone la dipendenza da logiche mediche e produttiviste che definiscono quali vite corporee meritano attenzione e quali no.

1.3.2 Breve storia della medicalizzazione della menopausa

Nel quadro della medicalizzazione, l'esperienza delle donne costituisce uno spazio privilegiato per osservare come il sapere biomedico contribuisca a definire e regolare i confini tra normalità e patologia. Restringendo lo sguardo all'esperienza clinica del genere femminile, Pizzini e Lombardi (1999:19) scrivono "l'esperienza stessa delle donne sulla maternità, sulla sessualità, sulla gestazione, sono modellate dalle definizioni mediche in una dialettica domanda-offerta che vedremo, in seguito, essere presente anche ai giorni nostri."

Analogamente a quanto avviene per la menopausa, anche il parto costituisce un caso emblematico di medicalizzazione. Come evidenziato da Sara Fariello e Irene Strazzeri (2021, pp. 33-53), la medicalizzazione del parto si manifesta soprattutto nel totale spostamento dell'esperienza del parto dall'ambito naturale a quello patologico. Il cambiamento della scena del parto, gradualmente ospedalizzata, stravolge il ruolo della partoriente: prima centrale e imprescindibile, oggi totalmente estromesso da interventi medici standardizzati e dalla violenza ostetrica⁵.

In tal senso, ogni fase della vita delle donne viene permeata e sorvegliata dal sapere medico. La medicina tenta di mettere ordine in questa linea temporale, definendo il periodo della menopausa come "periodo "nuovo" della fisiologia femminile, sia

⁵ La violenza ostetrica viene definita come segue dalle due sociologhe: "La violenza ostetrica è una forma estrema di violenza simbolica e corporea, che comporta la cancellazione della soggettività femminile." (Fariello S. & Strazzeri I., 2021, p. 37).

esso sotto forma d'intervallo, di fine, di pausa, ma comunque un tempo di passaggio" (Diasio, 2007:144). Sin dai primi trattati medici del XVIII-XIX secolo, il tempo della menopausa – situato tra i 45 e i 50 anni - diventa un "età critica" (Gardenne, 1816:ij) associata da alcuni alla morte dei piaceri d'amore e della vanità (Bompard, 1834:11), da altri a una fase che viene seguita da un "età del ritorno" con l'illusione di una seconda giovinezza (Menvielle de Ponsan, 1858:471), altri ancora invece la descrivono come "l'inferno delle donne" dove tutto è appassito e distrutto (Roussel, 1775:85). Da qui, dunque, alla menopausa viene attribuito un significato negativo, che arriva fino ai giorni nostri.

Negli stessi trattati si evidenziano i rischi che l'età critica porta con sé come polipi, emorragie all'utero, metriti, ulcere, cancro, isteria e malattie del sistema cardiovascolare (Jallon, 1805), che ricevono da parte di molti studiosi spiegazioni riferibili al comportamento delle donne piuttosto che a ragioni anatomiche. I pericoli per la salute nel tempo della menopausa sono distribuiti in maniera diseguale, con maggiori rischi riconducibili alle donne altolocate che vivono una vita senza freni, fatta di ozio, di piaceri e banchetti, oppure alle donne senza figli o che li trascurano. La menopausa di successo, dunque, sarà propria di quelle donne che invece conducono una vita umile, compiendo i loro doveri da sposa, madre e lavoratrice.

Inizia così a delinearsi l'idea che la cessazione delle mestruazioni portasse le donne a virilizzarsi, con la sopraggiunta di malattie presenti solitamente negli uomini. A partire dal XIX secolo, quindi, la menopausa comincia ad essere percepita come un disturbo da curare, e soprattutto oggi si sente la necessità di intervenire in quanto l'aumento dell'aspettativa di vita si è tradotto in un più lungo periodo di convivenza con questa fase (Pizzini, 1999:148).

Dal XX secolo la menopausa era ormai da tempo oggetto di medicalizzazione, rafforzata ancor di più negli anni Settanta quando la medicina ha iniziato a interpretare questa fase attraverso l'ottica della carenza o deficienza ormonale causata dalla cessazione dell'attività endocrina ovarica. In questa prospettiva, i

cambiamenti e i disagi che l'accompagnano sono stati reinterpretati come segni di una patologia da "curare" attraverso terapie basate soprattutto sulla somministrazione di estrogeni e progesterone.

Si diffonde in questi anni la tendenza a ridurre i sintomi legati all'inizio della fase menopausale a mere ragioni biomediche, dimenticando l'importanza di fattori economici, sociali e culturali. Il benessere o malessere di una donna in menopausa non dipende solo dalla terapia ma, come scrive Franca Pizzini (1999:146), "come le donne vivono la fine della possibilità di procreare dipende in buona misura dal contesto culturale e sociale, dalla loro situazione individuale e dal rapporto con chi si prende cura di loro, sia esso un rapporto affettivo, medico o psicologico". Considerato ciò, è fondamentale mettere in discussione l'universalità delle soluzioni proposte dalla medicina occidentale, ricordando che non c'è un unico modo di reagire a questo evento biologico.

Tuttavia, in tempi recenti il rapporto tra medicina e paziente sembra essersi evoluto verso una maggiore comprensione dei fattori socioeconomici e culturali. Inoltre, il medico cerca di occuparsi non solo della risoluzione dei disturbi di causa ormonale, ma anche del benessere generale della donna, attraverso un maggiore focus sulla prevenzione.

Per quanto riguarda quest'ultima, l'incremento di check up consigliati aumenta inevitabilmente il peso della medicalizzazione sulla vita delle donne che attraversano la fase menopausale. Sebbene l'azione medica miri frequentemente a tutelare e migliorare il benessere complessivo dell'individuo, tale finalità non è sempre riconosciuta o interpretata dal paziente come favorevole.

"La ritualizzazione delle fasi della vita è un fatto tutt'altro che nuovo; quella che è nuova è la loro intensa medicalizzazione. [...] La supervisione medica permanente [...] fa di tutta la vita una serie di periodi di rischio, ciascuno dei quali richiede una tutela speciale. [...] la vita diventa un pellegrinaggio tra test e cliniche verso la corsia dove essa ebbe inizio", la metafora usata da Illich descrive perfettamente la

sensazione provata dai pazienti che periodicamente devono effettuare visite di prevenzione o controllo.

Infine, è necessario considerare anche il potere definitivo della medicalizzazione, con tutte le categorie create per etichettare e classificare le diverse condizioni che ricadono sotto l'ombrello della menopausa. Premenopausa, postmenopausa, perimenopausa, menopausa precoce, menopausa tardiva sono alcune delle denominazioni che vengono usate per descrivere diverse casistiche solitamente "misurate" rispetto alla "normale" età di menopausa della donna⁶.

Come si vedrà però, non sempre questo range è uguale a quello che si riscontra nella realtà, spesso infatti ci si trova davanti a casi di insufficienza ovarica prematura – quindi già presente in pubertà – o al contrario casi dove i sintomi continuano anche dopo anni dall'insorgenza della menopausa, con donne di oltre i 60 anni che ancora riscontrano i sintomi come vampate di calore e cefalee.

Nei mesi recenti, ho avuto l'opportunità di svolgere una ricerca etnografica presso un ambulatorio dedicato alla menopausa che mi ha permesso di osservare visite e dialogare sia con il personale sanitario che con diverse pazienti. Nei prossimi capitoli, mediante le informazioni emerse dalle interviste e dalle osservazioni effettuate, cercherò di mettere a confronto i rispettivi punti di vista e analizzare come la medicalizzazione si inserisce nei vissuti, nelle pratiche e nelle percezioni di entrambi.

1.3.3 Il relativismo della menopausa: decostruire il discorso medico occidentale

Quanto discusso finora, riguardo al controllo esercitato dall'istituzione sanitaria e dal pensiero medico occidentale esercitano nel definire l'esperienza menopausale,

⁶ "The regularity and length of the menstrual cycle varies across a woman's reproductive life span, but the age at which natural menopause occurs is generally between 45 and 55 years for women worldwide". (World Health Organization: WHO, 2024).

e “l’invecchiamento di successo”, pone le premesse per ampliare lo sguardo e confrontare i vissuti di donne provenienti da contesti culturali differenti.

L’etnografia, strumento privilegiato dagli antropologi, ha la finalità di cogliere le esperienze soggettive, individuali o di gruppo, per metterle a confronto e contribuire alla decostruzione di categorie universali che, seppur nate in determinati contesti storici e culturali, si sono poste nel tempo come verità oggettive. In questo caso, le ricerche etnografiche svolte negli anni aventi come soggetti le donne in età menopausale (Lock and Kaufert 2001; Brown et al. 2009; Crawford 2007) favoriscono la messa in discussione della definizione medica occidentale di menopausa, svelandone il carattere normativo e culturalmente costituito.

Clinicamente una donna è considerata come “in menopausa” quando sono passati almeno 12 mesi dall’ultima mestruazione, questo lasso di tempo che precede la menopausa è definito “perimenopausa” in cui iniziano a comparire i primi sintomi legati al declino del livello di estrogeni prodotti dalle ovaie. Tuttavia, Margaret Lock e Patricia Kaufert (2001) analizzando il contesto giapponese, hanno individuato nel termine *konenki*, traducibile come “menopausa”, una sfumatura diversa di significato più vicina al termine “climaterio” definito come un lungo processo in cui la cessazione delle mestruazioni è solo uno dei fenomeni che lo compongono. La fine del ciclo mestruale, dunque, non è vista come una soglia nell’immaginario giapponese, ma semplicemente come uno degli eventi che definiscono il periodo del *konenki* che, per le donne giapponesi, va da prima dei 45 anni fino all’età di quasi 60 anni.

Anche nella lingua cinese, si nota (Shea, 1998) come il termine *gengnianqi*, letteralmente “fase ulteriore” (trad. mia), abbia una connotazione più ampia, che indica la transizione tra l’età adulta e l’anzianità. non riferibile unicamente alla popolazione femminile e di conseguenza nemmeno alla cessazione delle mestruazioni, che viene definita invece attraverso il termine *juejing*.

Secondo questi studi nei rispettivi paesi asiatici, le donne vedono la fine delle mestruazioni come un evento relativamente positivo, i cui sintomi sono raramente associati alle vampate di calore, come succede invece nei paesi occidentali. In Giappone, infatti, il periodo del *konenki* è associato principalmente a sintomi come dolori articolari e costipazione, mentre nel contesto cinese, il *gengnianqi* è descritto come una fase caratterizzata da un aumento della suscettibilità emotiva e da una maggiore irritabilità. Shea (1998) suggerisce di evitare di generalizzare l'esperienza menopausale delle donne in Estremo Oriente, in quanto le differenze e le somiglianze nei sintomi non possono essere attribuite semplicemente a un nesso causale diretto con il declino endogeno dei livelli di estrogeni, né ridotte esclusivamente a fenomeni come le vampate di calore o la depressione.

Margaret Lock (1993) in particolare, si interroga sulle motivazioni sociali e culturali alla base della differenza sulla sintomatologia e sulla percezione dell'invecchiamento femminile in Giappone. Attraverso una lunga ricerca sul campo, durante la quale ha avuto modo di dialogare sia con pazienti che con ginecologi, la ricercatrice ha rilevato che, già a partire dagli anni Trenta, i medici giapponesi avevano adottato l'idea di una stretta correlazione tra sistema endocrino e il sistema nervoso autonomo, associando così i disturbi di quest'ultimo al periodo del *konenki*.

Inoltre, Lock (1980) osserva come la narrazione sull'invecchiamento femminile in Giappone risulti meno focalizzata sul declino ovarico e sulla diminuzione dei livelli di estrogeni rispetto al discorso medico occidentale. Questa differenza sarebbe legata al fatto che, nei primi decenni del XX secolo, i medici giapponesi praticavano meno chirurgia ginecologica, in parte a causa della persistenza del sistema medico tradizionale, basato sull'erboristeria e su una concezione fisiologica più armonica del corpo.

Per questi motivi, secondo l'antropologa, lo sguardo medico giapponese è rimasto orientato verso una lettura più fisiologica che anatomica del corpo femminile, attribuendo così all'invecchiamento e al *konenki* un significato legato

principalmente al deterioramento del sistema nervoso piuttosto che al solo declino ovarico.

Fu lei stessa sulla base di questa ricerca (1993) ad elaborare il concetto di *local biologies* ovvero l'idea che i processi biologici, oltre a essere dei fenomeni naturali universali, possono risultare dall'interazione dinamica tra corpo, cultura, ambiente e storia medica locale. Questo è particolarmente evidente nel caos della menopausa, fenomeno che non viene percepito allo stesso modo ma che si manifesta universalmente. Le cosiddette "biologie locali" mostrano quindi come non esista una sola menopausa, ma una pluralità di vissuti corporei culturalmente situati.

Queste considerazioni servono anche a rivalutare l'universalità dei sintomi comunemente associati alla menopausa nei contesti occidentali, che col tempo sono stati normalizzati e considerati come tratti inevitabili dell'invecchiamento femminile. In realtà, è importante riflettere su quanto questi vissuti siano stati in parte prodotti e rinforzati dal discorso medico, che ha reso legittimo un certo modo di raccontare il corpo in menopausa, e in parte trasmessi per via sociale, attraverso il passaparola tra donne, familiari o generazioni. Ciò ha fatto sì che si naturalizzassero specifici stati fisici ed emotivi che di fatto non riflettono l'esperienza soggettiva spontanea.

Come hanno dimostrato Lock e Shea (1993; 1998), i vissuti individuali legati alla menopausa possono differire notevolmente a seconda dei fattori culturali e sociali che caratterizzano il contesto in cui si vive. Tuttavia, non sono solo le *local biologies* a determinare l'unicità dell'esperienza menopausale: anche elementi personali, come le narrazioni soggettive, la situazione familiare e socioeconomica, la storia clinica e altri fattori contestuali, contribuiscono a plasmare i modi attraverso cui ciascuna donna vive la cessazione del ciclo mestruale.

Pertanto, considerare l'esperienza della menopausa va compresa come un intreccio complesso tra corpo, biografia e relazioni sociali, e richiede un'attenzione ai singoli casi, piuttosto che l'applicazione rigida di categorie generalizzanti. Le

categorie mediche nascono infatti con l'obiettivo di classificare e organizzare i fenomeni, etichettando diverse tipologie di menopausa secondo criteri sintomatologici o biologici. Tuttavia, all'interno della stessa categoria clinica, le donne possono vivere sintomi simili in modi profondamente differenti, influenzati dal loro vissuto personale, dal contesto socioaffettivo e dalle rappresentazioni culturali.

Sebbene la medicina, in quanto sapere scientifico, abbia il compito di costruire modelli attraverso strumenti classificatori, è fondamentale riconoscere che tali modelli non esauriscono la complessità dell'esperienza soggettiva, né possono sostituirsi alla pluralità dei vissuti individuali (Ciolfi Felice et al., 2021).

Spesso, dunque, le donne tendono a rinegoziare la connotazione negativa che viene socialmente attribuita alla cessazione delle mestruazioni, portando davanti al medico e nella loro quotidianità una narrazione ben diversa della menopausa, vissuta per molte come un momento positivo o semplicemente come un momento neutro della loro vita, surclassato ad esempio da altri eventi più significativi.

Come dimostrano nel loro studio Winterich e Umberson (1999), condotto su donne in menopausa, eventi di vita più impattanti – come malattie, divorzi o lutti – spesso relativizzano l'importanza attribuita ai cambiamenti corporei, portando alcune donne a interpretare la menopausa come un evento minore o neutro. In più, molte intervistate hanno raccontato di aver ricevuto pressioni da parte dei medici o familiari a considerare la menopausa come una “perdita” ma di aver consapevolmente rifiutato questo approccio. Molte hanno preferito vivere questa fase come una liberazione dai vincoli riproduttivi o estetici, piuttosto che subire il peso delle opinioni esterne.

Conclusioni simili si trovano nei risultati dello studio condotto da Ciolfi Felice et al. (2021), dove si mostra come alcune donne resistano attivamente alla medicalizzazione della menopausa attraverso pratiche corporee, creative e relazionali. Utilizzando un approccio di design partecipativo, le autrici co-

progettano con le donne strumenti e strategie volte a restituire voce e senso alla loro esperienza corporea. Le partecipanti raccontano di aver imparato a “notare”, “ascoltare” e “abitare” un corpo in continuo cambiamento, spesso in contrasto con le rappresentazioni patologiche diffuse dal discorso medico. Così, mediano la loro esperienza con una strategia basata sull'accettazione, anziché sulla correzione delle trasformazioni corporee. In questo modo, hanno sviluppato una forma di agency che si manifesta attraverso la cura quotidiana e la narrazione consapevole di sé.

Analizzando il vissuto delle donne si evidenzia come l'agency femminile si esprima non solo attraverso l'opposizione ai modelli dominanti, ma anche nella capacità di rendere la propria esperienza corporea uno spazio soggettivo di significato e potere. La menopausa, in questo senso, è un terreno complesso su cui si giocano identità, relazioni e possibilità di autorappresentazione.

1.4 Conclusioni

Alla luce dei concetti di biologie locali, medicalizzazione, biopolitica, biogittimità e agency, risulta evidente come la menopausa non possa essere compresa unicamente mediante un approccio biologico o clinico. Osservata attraverso la lente dell'antropologia medica, essa può essere letta come un processo che lega dimensioni individuali e collettive, biologiche e politiche, mettendo in rilievo il modo in cui la cultura plasma l'esperienza corporea e, parallelamente, come le donne operino all'interno di tali strutture. Lungi dal rappresentare una realtà universale e uniforme, la menopausa si assume forme e significati diversi a seconda dei contesti culturali, dei sistemi di sapere e delle esperienze di vita che la attraversano.

Il processo di medicalizzazione, in particolare, offre una chiave di lettura indispensabile per comprendere come il sapere medico estenda il proprio potere oltre la sfera della cura, alterando la percezione che le donne hanno del proprio corpo e della propria identità. La trasformazione della menopausa in una condizione clinica da gestire dimostra come la biomedicina partecipi alla creazione

di significati sociali e simbolici, stabilendo al contempo modelli di femminilità e di invecchiamento accettabili. Tuttavia, l'intervento medico non si esaurisce nel controllo: esso offre anche spazi di ascolto e possibilità di agency, nei quali le donne rinegoziano il proprio rapporto con il corpo, il tempo e la salute.

Il corpo femminile, infatti, lungi dall'essere un oggetto passivo del sapere medico o delle norme sociali, si configura come uno spazio di negoziazione continua. Le donne reinterpretano i significati imposti, rielaborano le categorie mediche e culturali e, talvolta, costruiscono narrazioni alternative di sé e della propria esperienza corporea. La menopausa, in tal senso, non costituisce soltanto una soglia biologica o simbolica, ma anche un momento di potenziale trasformazione, in cui il corpo diventa luogo di resistenza e di riconfigurazione identitaria.

Partendo dalle osservazioni dei colloqui e delle visite ambulatoriali, fino ad arrivare alle conversazioni con le protagoniste, i capitoli successivi approfondiranno, attraverso un approccio intersezionale ed etnografico, le esperienze concrete delle donne in menopausa. L'obiettivo è quello di decostruire gli stereotipi tradizionalmente associati all'invecchiamento femminile e di restituire visibilità alla pluralità dei vissuti. In tal modo, la menopausa verrà indagata come spazio di resistenza, creatività e ridefinizione, in cui le donne, pur all'interno di strutture di potere e medicalizzazione, trovano modi autonomi per abitare e raccontare il proprio corpo in trasformazione.

2. LA MENOPAUSA NEGLI SPAZI DELLA MEDICALIZZAZIONE: VISSUTI FEMMINILI TRA CLINICA E TERAPIA

Nel corso del XX secolo la menopausa è stata progressivamente trasformata in una questione clinica sulla spinta della medicalizzazione, intesa come processo di controllo e classificazione delle soggettività da parte del sapere medico. La menopausa è stata così ridefinita: da normale fase del ciclo di vita, la biomedicina ha iniziato a parlare di “sindrome” da trattare, in stretta relazione con lo sviluppo di terapie farmacologiche e ormonali.

Il processo di medicalizzazione implica dinamiche di potere che vanno oltre la dimensione scientifica, coinvolgendo anche istituzioni sanitarie, industria farmaceutica e sfera sociale. Attraverso le lenti della biopolitica e della bioleggittimità, si nota come la menopausa venga interpretata come una soglia critica oltre la quale il corpo femminile diventa oggetto di classificazione e regolazione, in un tentativo di riportarlo alla “normalità”.

In questo capitolo verrà proposto un focus sulla medicalizzazione della menopausa e le sue implicazioni contemporanee, con particolare attenzione a fenomeni come la crescente enfasi sulla prevenzione e i “pellegrinaggi” sanitari tra visite ed esami, la prescrizione della terapia ormonale sostitutiva e costi economici ad essa associati. Nella parte conclusiva, sarà presa in esame la relazione tra pazienti e personale medico, sottolineando come l’ambulatorio possa trasformarsi in uno spazio di negoziazione e ascolto, in grado di rimettere parzialmente in discussione la rigidità dei modelli medicalizzanti, restituendo centralità alla soggettività femminile.

2.1 “Vacanze sanitarie”: la medicalizzazione dello spazio e del tempo

In tempi recenti la medicina sembra essersi orientata verso una maggiore attenzione ai fattori socioeconomici e culturali che influenzano la salute. L’equipe medica non si limita più alla gestione dei disturbi di origine ormonale ma mira anche a promuovere il benessere generale della donna, sottolineando sempre

l'importanza della prevenzione. Il bisogno di focalizzarsi di più sulla qualità della vita della donna emerge come uno dei punti salienti dell'intervista⁷ con la dott.ssa Annarita⁸:

“[Quelle legate alla menopausa] non sono considerate problematiche sulla qualità di vita; forse solo adesso ci si sta muovendo in questa direzione, ma fino a poco tempo fa non interessava a nessuno. Curo la donna con il tumore alla mammella, se poi questa “muore di vampate” non importa, perchè tanto le ho curato il tumore alla mammella. Se la paziente poi non riesce più ad avere rapporti non fa niente, perché la cosa primaria è stata curare il tumore. Ovviamente anche per noi è così, però ora stanno uscendo degli studi che rimarcano il fatto che “ok è guarita dal tumore alla mammella, ma adesso pensiamo anche alla sua qualità di vita”.”

Questo frammento è frutto di una digressione sulla diversità nel modo di trattare la menopausa tra colleghi. La dottoressa mette l'accento sulla difficoltà nel coordinarsi con colleghi che tendono a focalizzarsi più sulla patologia in sé, senza dare il giusto peso alle complicanze che incidono sulla vita quotidiana.

“Per una che va in menopausa spontaneamente, la menopausa è una cosa normale e quindi anche per la maggior parte di noi [medici]. Per i miei colleghi ginecologi, “quelli che vanno in sala operatoria, che operano tumori e prolapsi”, la nostra attività ambulatoriale viene considerata di minore importanza.”

L'attività ambulatoriale passa così in secondo piano anche per molte pazienti che si abituano a convivere con la sofferenza normalizzata dei sintomi “passeggeri” legati alla menopausa, spesso evitando di comprometersi con visite di controllo e check up preventivi.

⁷ Intervista alla Dott.ssa Annamaria, Pavia, 30 aprile 2025.

⁸ Come vuole la prassi deontologica, i nomi reali di tutti gli interlocutori sono stati sostituiti con pseudonimi di fantasia, al fine di garantirne l'anonimato e la riservatezza.

“Purtroppo, è ancora diffusa l’idea che soffrire o avere dei disturbi in menopausa sia normale e la donna sia destinata a tenerseli. Si pensa che non sia corretto trattare questo tipo di sintomi che vengono considerati normali, fisiologici.”

Nonostante si ribadisca continuamente l’importanza della prevenzione per il benessere post-menopausa, molte pazienti tendono ancora a sottovalutarla. In realtà, più che un atteggiamento di disinteresse o trascuratezza - come viene solitamente interpretata la mancanza di controlli - questa disattenzione sembra piuttosto riflettere un senso di sopraffazione di fronte alla molteplicità di check up richiesti ogni anno.

Pauline, paziente di 47 anni originaria del Camerun, arriva in ambulatorio per una visita di controllo. Le mestruazioni sono scomparse precocemente, all’età di 40 anni; pur non presentando sintomi particolari, le viene suggerita una leggera terapia ormonale a scopo preventivo, per ridurre il rischio futuro di osteoporosi o patologie cardiovascolari. Inizialmente è titubante, ma si fa convincere dalle dottoresse, che successivamente le prescrivono ulteriori esami da eseguire prima del controllo successivo, dato che alla visita aveva presentato soltanto le analisi del sangue. Alla fine della visita, in maniera ironica dice: “mi state riempiendo di esami, mi fa ridere perché ora mi sono ritrovata di colpo con tutte queste carte.”

L’incremento di esami consigliati per la prevenzione aumenta inevitabilmente il peso della medicalizzazione sulla vita delle donne che attraversano la fase menopausale. Sebbene l’azione medica miri frequentemente a tutelare e migliorare il benessere complessivo dell’individuo, tale finalità non è sempre riconosciuta o interpretata dal paziente come favorevole.

“La ritualizzazione delle fasi della vita è un fatto tutt’altro che nuovo; quella che è nuova è la loro intensa medicalizzazione. [...] La supervisione medica permanente [...] fa di tutta la vita una serie di periodi di rischio, ciascuno dei quali richiede una tutela speciale. [...] Per il ricco come per il povero, la vita diventa un pellegrinaggio tra test e cliniche verso la corsia dove essa ebbe inizio”, la metafora

usata da Illich (1977:88-89) descrive perfettamente la sensazione provata dalle pazienti che periodicamente devono effettuare esami e visite di controllo.

Una metafora simile è stata utilizzata anche da una paziente in ambulatorio:

Maria giunge in ospedale per una visita di controllo, entra sorridente nella stanza portando con sé un raccoglitore colmo di referti medici che testimoniano il suo complesso trascorso clinico. Nei mesi passati ha scoperto di avere un tumore raro, inizialmente si ipotizzava fosse un angiosarcoma⁹, ma la risonanza magnetica non ha riscontrato la presenza di cellule tumorali maligne, confermando così che si trattava di una patologia benigna.

Nonostante la sua condizione, Maria sembra serena e scherza anche sulle difficoltà organizzative. Spiega che ultimamente ha problemi a prenotare una risonanza magnetica in città e definisce i suoi spostamenti da una struttura all'altra “*vacanze sanitarie*”, mentre cita la sua prossima visita a Salice Terme. La vita di Maria viene modellata così da nuove traiettorie definite non da scelte personali, ma da necessità sanitarie.

Molteplici traiettorie di vita si intrecciano nello spazio clinico, dove la medicina cerca di catalogarle attraverso il potere definitorio della medicalizzazione. Quest'ultima ha creato nel tempo molteplici categorie con l'obiettivo di etichettare e classificare le diverse condizioni che ricadono sotto l'ombrello della menopausa: premenopausa, postmenopausa, perimenopausa, menopausa precoce, menopausa tardiva sono alcune delle denominazioni che vengono usate per descrivere diverse casistiche solitamente definite rispetto alla “normale” età di menopausa della donna¹⁰.

⁹ “L'angiosarcoma è un tumore maligno raro che ha origine dalle cellule endoteliali, le cellule che rivestono la superficie interna dei vasi sanguigni. Può manifestarsi in qualsiasi parte del corpo, ma è più comunemente presente nella pelle, nel seno, nel fegato, nella milza e nei tessuti profondi. A causa della sua natura aggressiva, spesso la prognosi è infausta. Questo tumore presenta sfide uniche a causa dell'alto tasso di recidiva e della resistenza al trattamento.” (European Network of Youth Cancer Survivors, 2024).

¹⁰ “The regularity and length of the menstrual cycle vary across a woman's reproductive life span, but the age at which natural menopause occurs is generally between 45 and 55 years for women worldwide.” (World Health Organization: WHO, 2024).

Come si vedrà però, non sempre questo intervallo è uguale a quello che si riscontra nella realtà, spesso infatti ci si trova davanti a casi di insufficienza ovarica prematura – quindi già presente in pubertà – o al contrario casi dove donne oltre i 55 anni hanno mestruazioni regolari, che da un lato risulta essere utile nel prevenire l’osteoporosi, ma dall’altro comporta un aumento del rischio di sviluppare il cancro alla mammella e all’endometrio (Sapre & Thakur, 2014).

Un altro caso molto comune è quello della menopausa iatrogena¹¹, che porta molte donne a subire gli effetti della menopausa a età premature – perciò considerata in molti casi sottocategoria della menopausa precoce -. Molte donne vivono questa condizione senza essere realmente seguite nel percorso repentino di trasformazione del proprio corpo, con il rischio di sviluppare complicanze in diversi distretti dell’organismo.

Il potere definitorio della medicina non solo crea diverse categorie di menopausa, ma stabilisce anche che una donna può essere considerata “in menopausa” solo dopo dodici mesi dall’ultima mestruazione. In questo modo, la menopausa viene percepita come una soglia, definita da criteri standardizzati e misurata attraverso test ormonali (De Salis et al., 2017b). Questa percezione, tuttavia, non resta confinata all’ambito clinico ma penetra nel pensiero comune delle pazienti stesse che spesso avvertono la necessità di dare una definizione precisa alla loro condizione.

Linda, donna di 53 anni, dopo aver subito un’isterectomia conservando le ovaie, chiede spiegazioni alla ginecologa:

L: “Sono in menopausa, giusto?”

¹¹ Si definisce menopausa indotta la cessazione della mestruazione che segue o alla rimozione chirurgica di entrambe le ovaie (con o senza isterectomia) o la soppressione iatrogena della funzione ovarica (chemioterapia o radiazioni) (OMS). (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2024).

G: “La menopausa non si stabilisce solo dall’ecografia, è una questione anche di ormoni. Nel suo caso l’estradiolo è basso ma comunque non si tratta ancora di menopausa conclamata.”

La sensazione di “aver o non aver” superato la soglia dettata dalla menopausa per molte donne rappresenta un riferimento non tanto diagnostico quanto identitario. L’impossibilità di definire la propria condizione crea incertezza e impedisce la piena comprensione della propria esistenza.

Ciò che preoccupa molte donne è il cambiamento. Il fatto che, superata la soglia della menopausa, la vita sia tutta in discesa verso il deperimento fisico e mentale. Tuttavia, la terapia ormonale sostitutiva e altre terapie personalizzate rappresentano un modo per vivere l’invecchiamento senza il peso dei sintomi della menopausa e proteggendo l’organismo da future complicanze. Le terapie ormonali però sono ancora circondate dal pregiudizio. Molte pazienti si oppongono al loro utilizzo, non ritenendole sicure per la propria salute.

Nel prossimo paragrafo esploreremo diversi punti di vista sulle terapie e sulle soluzioni che il sistema sanitario e l’industria farmaceutica propongono alle donne in menopausa.

2.2 “È mutuabile?": il tabù della terapia ormonale sostitutiva (TOS) e l’economia della menopausa

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) è stato l’argomento più discusso durante la conversazione avuta con la dottoressa Annarita, che da anni ormai svolge attività ambulatoriali di ginecologia in ospedale e, nel mentre, lavora come libero professionista per enti privati nel territorio. La TOS è una terapia che consiste nell’introdurre attraverso dei farmaci gli ormoni che le ovaie non producono più – estrogeni e progesterone¹² -. Solitamente viene consigliata a donne in menopausa prematura e donne in menopausa da non oltre dieci anni che presentano sintomi

¹² “L’associazione del progestinico è giustificata solo nelle pazienti con utero per la protezione endometriale” (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2024).

quotidiani legati alla menopausa come quelli vasomotori. La TOS, agendo come beneficio sul sistema nervoso centrale, risulta essere il trattamento più efficace per le vampate, riducendo anche disturbi del sonno, secchezza vaginale e rischio di fratture ossee. In questo modo migliora nettamente la qualità di vita della donna.

La terapia ormonale sostitutiva venne introdotta nel mercato farmaceutico negli anni 60, periodo in cui iniziò a cambiare lo status e l'aspettativa di vita femminile. Nel 1966, il libro "feminine forever"¹³ diventò un bestseller globale, diffondendo l'idea che la menopausa fosse una malattia da ormone deficienza e che potesse essere curabile semplicemente introducendo estrogeni. Nonostante negli anni 70 iniziassero a circolare pensieri contrari all'utilizzo della terapia, in quanto associata all'incremento del rischio di cancro endometriale (Ziel & Finkle, 1975), la popolarità della TOS accrebbe enormemente soprattutto grazie a vari studi (Grodstein et al., 1997; Yaffe et al., 1998; Grady et al., 1992; Lobo et al., 2016) che dimostravano i suoi effetti positivi.

Tuttavia, nel 1998, iniziò la Women's Health Initiative (WHI) uno dei più grandi studi realizzati fino ad oggi con l'obiettivo di individuare gli effetti della TOS sulle più comuni cause di morte e disabilità nelle donne in fase post-menopausale, come malattie cardiovascolari, cancro e osteoporosi (Cagnacci & Venier, 2019). Purtroppo, i risultati non furono quelli attesi. I dati raccolti mostravano un incremento nell'incidenza di malattie coronarie e cancro al seno dopo l'utilizzo della TOS, accompagnate però dalla riduzione delle fratture da osteoporosi e dal cancro colon-retto (Rossouw et al., 2002). Gli studiosi dedussero dai dati ottenuti che i rischi nell'uso della TOS superavano i benefici e decisero di interrompere lo studio. I risultati dello studio della WHI fecero il giro del mondo, scatenando molta preoccupazione e panico soprattutto tra le donne. Lo studio, tuttavia, non specificò né il tipo di somministrazione né l'età dei partecipanti, rendendo i risultati del tutto vaghi e inattendibili.

¹³ Wilson R.A. In: *Feminine Forever*. Evans M., editor. Lippincott & Co.; Philadelphia, PA, USA: 1996.

Nonostante le ricerche effettuate a posteriori – dove è emerso che l'utilizzo della TOS può essere rischioso solo per determinati soggetti¹⁴ -, l'iniziativa WHI ha inciso negativamente sulla percezione globale della TOS, consolidando un pregiudizio che rimane tuttora diffuso.

La dottoressa Annarita stessa ha citato lo studio durante la nostra chiacchierata telefonica. Mi racconta della sua scelta di specializzarsi in ginecologia legata alla volontà di occuparsi di “qualcosa che abbia a che fare anche con la vita, non solo con la patologia”. Parliamo poi dei sintomi più frequenti e dei trattamenti che prescrive quotidianamente. Sul tema lei è molto decisa, ha una posizione chiara, come se fosse già abituata a doversi schierare sulla questione.

“I trattamenti che prescrivo più frequentemente *purtroppo* sono le terapie naturali. Ti dico *purtroppo* perché molte donne che sarebbero sicuramente candidabili alla terapia ormonale, o ne hanno paura o non la vogliono prendere. *Purtroppo*, è ancora tanto un *tabù*.”

La parola *tabù* mi incuriosisce, così decido di scavare più in profondità.

“È ancora un *tabù* per via di questo studio uscito nel 2002 che si chiama WHI (Women’s Health Initiative) nel quale è stata testata la terapia ormonale su un gruppo enorme di donne americane, donne americane obese e di età media superiore ai 60 anni che sono già di per sé donne alle quali noi non daremmo la terapia ormonale, e lo studio è stato poi interrotto prematuramente perché è stato dimostrato un aumento di tumore alla mammella in queste pazienti. Era uscito su tutti i giornali, sul Times, e da lì c’è stata l’associazione tra terapia ormonale e tumore della mammella. Adesso sono usciti migliaia di studi, di analisi che hanno

¹⁴ Ad oggi le linee guida suggeriscono che donne con una storia pregressa di tumori (soprattutto al seno e all’endometrio), malattie tromboemboliche, gravi malattie epatiche, malattie epatiche, emorragie vaginali dovrebbero evitare di sottoporsi a terapia ormonale sostitutiva. Inoltre, altre controindicazioni si applicano a soggetti che soffrono di ipertensione, sono in sovrappeso, fumano e che hanno superato dieci anni dall’entrata in menopausa (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2024).

detto che non è così, che lì utilizzavano dosaggi ormonali elevatissimi e molecole che adesso non ci sogneremmo mai di dare.”

Sottolinea inoltre che, a causa dell’atteggiamento avverso nei confronti della terapia ormonale, il momento della prescrizione si trasforma in un processo di convincimento più che in un semplice atto di cura:

“Ti assicuro che nel momento in cui io devo spiegare la terapia ormonale alla paziente ci impiego almeno mezz'ora perchè hanno dubbi e devo spiegare per filo e per segno, quasi come non dico dovessi convincerla, ma dovessi comunque farle una spiegazione sostanziosa.”

Secondo la ginecologa, la diffusa diffidenza verso la TOS è accompagnata anche dal fatto che molte donne non sono a conoscenza delle gravi complicanze che la menopausa può avere nel lungo termine. Si tratta soprattutto di donne in menopausa prematura, che si trovano a convivere più a lungo con gli effetti della cessazione della fertilità:

“La menopausa precoce ti dà un deperimento in generale fisico di tutto l’organismo ma soprattutto di tre distretti che sono l’osso, quindi aumento del rischio di osteoporosi, il sistema cardiovascolare, aumento di malattie cardiovascolari, e distretto neurologico perché gli estrogeni sono un “nutrimento” per i neuroni. Le pazienti non hanno idea di questa cosa.”

In alcuni casi, all’inconsapevolezza delle pazienti si aggiunge la negligenza del personale medico:

“Io tre giorni fa ho visitato una donna che è andata in menopausa a 39 anni, adesso lei veniva da me perché ne aveva 42 e nessuno le ha mai dato terapia. [...] Per noi è mandatorio trattare la menopausa precoce, eppure ancora adesso c’è chi dice “eh pace, è andata in menopausa prima, finisce lì” ma non è così.”

Il tono usato da Annarita fa trasparire la sua prontezza a condannare atteggiamenti trascuranti nei confronti di soggetti che hanno bisogno di essere seguiti ed

accompagnati lungo tutto il corso della propria vita. “Viene ancora data importanza alla patologia e non alla qualità di vita” dice amareggiata. Permane l’idea che la biologicità dell’individuo, cioè la sua possibilità di essere riconosciuto e ascoltato nello spazio clinico, dipenda dalla presenza di una patologia. Soltanto quando la menopausa è accompagnata da rischi concreti e malattie, allora acquisisce legittimità agli occhi della medicina, traducendosi in un evento che mobilita risorse terapeutiche e diagnostiche.

Per la ginecologa, diffondere informazioni verificate, attraverso qualsiasi mezzo – social media, giornalistica, televisione - può essere un modo per abbattere gli stereotipi e rendere le donne più consapevoli del proprio corpo e della propria salute. Spiega infine che negli ultimi tempi sono emersi dei protagonisti nel mondo della menopausa che hanno raggiunto un seguito enorme “perché a fronte di professionisti che magari non sono ferrati sul tema, la domanda è altissima perché le donne non sono più così d’accordo nel soffrire per la menopausa”.

Della stessa opinione è anche Rachele¹⁵, specializzanda al quinto anno che lavora presso l’ambulatorio.

“La menopausa è diventata di moda, se ne parla di più e c’è più informazione rispetto a prima, e questo è un bene anche per noi.”

Ho incontrato Rachele durante le mie osservazioni in reparto e un pomeriggio dopo aver terminato le visite con le pazienti, abbiamo deciso di chiacchierare un po’. Anche con lei decido di parlare di sintomi e rimedi. Le sue risposte sono più caute e manualistiche, forse per via della leggera soggezione. Dice che ha visto donne in menopausa sintomatica riprendere vita grazie alla terapia ormonale.

Mi spiega che al momento il problema principale per le pazienti sono le liste d’attesa, soprattutto per coloro che seguono una terapia e devo essere controllate periodicamente: “i centri pubblici sono pochi e non tutte possono permettersi visite

¹⁵ Intervista a Rachele, specializzanda, Pavia, 10 giugno 2025.

private.” In Italia, nonostante il sistema sanitario sia pubblico, le lunghe liste d’attesa e i costi elevati dei farmaci non mutuabili, rendono complicato l’accesso alle cure, specialmente quando non vi è una patologia diagnosticata.

Dal gennaio 2024, i farmaci utilizzati per la sintomatologia legata alla menopausa, - come integratori, estrogeni e progestinici - sono stati riclassificati dall’AIFA¹⁶, passando dalla fascia A, che comprende i farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, alla fascia C, il cui costo è rimborsato ed è pertanto interamente a carico del cittadino. Questo cambiamento ha portato molte pazienti a dover far fronte a costi ingenti – che vanno dai 20€ fino ai 90€- per l’acquisto della terapia prescritta, rendendo più complesso l’accesso alle cure, specialmente per le donne con basso reddito.

I commenti riguardo ai costi dei farmaci sono all’ordine del giorno in ambulatorio:

Elena ha 51 anni e ha vissuto precocemente la menopausa. Per anni ha seguito la terapia ormonale sostitutiva, ma continua a lamentare fastidi legati alla secchezza e all’atrofia vaginale. Durante la visita, il medico le prescrive degli ovuli vaginali a base di estrogeni locali, specificando che il farmaco è a carico del paziente. Elena ascolta in silenzio e poi commenta con leggera amarezza: “come tutto ciò che appartiene alla ginecologia...”, criticando in maniera sottile la consuetudine che impone alle pazienti di dover coprire di tasca propria le spese riguardanti la salute femminile.

A Carolina, paziente di 57 anni, viene proposto un nuovo farmaco sperimentale, adatto alle donne che, a più di dieci anni dall’inizio della menopausa, presentano ancora sintomi vasomotori. Il medico le spiega che si tratta di una terapia non ormonale e, essendo stata introdotta da poco sul mercato, ha un costo piuttosto elevato, circa 90€. Carolina reagisce con sorpresa, e nel tentativo di

¹⁶ Agenzia Italiana del Farmaco.

sdrammatizzare la situazione, commenta ironicamente: "Per quest'anno lasciamo stare, tanto se è un farmaco nuovo il prossimo anno lo daranno gratis".

Tuttavia, ci sono anche pazienti come Alice che, a 66 anni, è ancora alla ricerca di una soluzione per le frequenti vampate di calore che le causano un'eccessiva sudorazione. "Devo andare in giro con l'asciugamano" racconta alle dottoresse per evidenziare il disagio che prova nel mostrarsi in pubblico con il sudore. Le dottoresse decidono pertanto di prescrivere anche a lei il farmaco sperimentale, avendo ormai un'età avanzata per effettuare terapie ormonali: "Questa terapia potrebbe fare al caso suo, ma costa 90€". A lei non importa, è disposta a pagarli pur di stare meglio. Il caso di Alice mostra come molte donne siano disposte ad accettare il costo elevato della terapia pur di risolvere il disagio corporeo.

Questi esempi evidenziano la complessa realtà della commercializzazione della salute femminile. La diminuzione della presa in carico delle questioni sanitarie femminili da parte del sistema pubblico si traduce in un costo privato che grava sulle spalle delle donne stesse, determinando disparità di salute e all'accesso alle cure. Pertanto, la medicalizzazione della menopausa si esprime non soltanto attraverso le definizioni cliniche e i protocolli terapeutici, bensì anche nel suo rapporto con dinamiche economiche che condizionano le possibilità concrete di cura. Basti pensare, ad esempio, a come nel tempo le logiche di mercato e il linguaggio economico abbiano progressivamente permeato la sfera sanitaria – emblematico il passaggio dal nominativo USL (Unità Sanitaria Locale) ad ASL (Azienda Sanitaria Locale) che dimostra concretamente la progressiva aziendalizzazione della sanità pubblica -.

Le esperienze di Elena, Carolina e Alice, unite a quelle di tante altre pazienti, contribuiscono a mettere in luce come la menopausa e, in generale, la salute femminile, nonostante ricevano una crescente considerazione medica, restino ancora tematiche marginalizzate e soggette a limitazioni sempre più stringenti per l'accesso alle cure. In questo scenario, l'ascolto e il rapporto con il medico

rappresentano aspetti cruciali per evitare che la clinica si riduca a uno spazio formalizzato e standardizzato da protocolli.

2.3 Agency femminile nel rapporto medico-paziente: la negoziazione della cura

Per un antropologo il posizionamento sul campo rappresenta la chiave delle proprie osservazioni. Partendo dal punto di vista dei soggetti osservati, si potrebbe dire che da una parte i membri dell'equipe medica mi hanno permesso di accedere al loro posizionamento privilegiato attraverso l'utilizzo del camice - strumento di altissimo contenuto simbolico - ma dall'altra, non avendo la stessa conoscenza medica, mi percepivano come un soggetto esterno alla loro attività. Dal punto di vista invece delle pazienti, nonostante ribadissi di non essere una dottoressa o una studentessa di medicina, proprio l'utilizzo del camice e il mio camuffamento nella squadra medica, hanno fatto sì che spesso, anche durante le interviste, si instaurasse un rapporto pressoché gerarchico con loro.

Dunque, il posizionamento sul campo si stabiliva nel mezzo di quella che era la relazione tra medico e paziente, assumendo però un ruolo esterno ad entrambi durante le loro interazioni cliniche. Di conseguenza, grazie al mio sguardo esterno ho analizzato l'interazione tra paziente e medico, in particolare, come le pazienti si relazionano con il sapere medico e riescono a negoziare la cura in un rapporto di potere con il sistema biomedico.

Innanzitutto, è doveroso soffermarsi sul campo dove si sono svolte le interazioni. L'ambulatorio rappresenta il luogo per eccellenza dove si perpetuano le dinamiche di potere generate dalla medicalizzazione e, allo stesso tempo, si inscena la negoziazione tra medico e paziente. In più, per molte donne l'ambulatorio simboleggia un luogo di sfogo e di ascolto, dove riescono a esprimere liberamente i loro dissidi interiori e mettere a nudo le difficoltà che affrontano, sia in ambito sanitario che sociale. Emerge così all'interno di queste quattro mura, una donna diversa, che trova il tempo e lo spazio per far uscire questa parte di sé che non trova ascolto altrove.

In questo contesto, il medico, in quanto detentore di un capitale culturale specializzato, emerge come figura centrale di un rapporto di potere in cui la fiducia del paziente, spesso indiscussa, gioca un ruolo cruciale. Come afferma Alessandro Lupo, antropologo medico, riferendosi al ruolo del terapeuta:

“Egli “sa” ciò che il paziente, per più ragioni, ignora: nel senso *quantitativo* che detiene una mole di conoscenze professionali che lo differenziano dal paziente e che gli permettono di interpretare in maniera ordinata e chiarificatrice le informazioni che questi gli fornisce sul proprio caso (informazioni che l’infermo trae dalla propria esperienza diretta, ma che la limitatezza del suo sapere gli rende opache e insufficienti per operare scelte efficaci); ma anche nel senso *qualitativo* che il suo è un sapere in certa misura “neutro”, ovvero meno distorto dalla sofferenza e dall’emozione (ragion per cui, ad esempio, un medico non dovrebbe curare i propri familiari), che si tratta di un sapere specialistico (quando non pienamente “scientifico”), quindi capace di attingere a superiori livelli di verità negati al profano, e infine che è spesso un sapere di natura “altra”, rivelato, non accessibile per vie normali” (Lupo, 1999: 63).

Socialmente, la figura del curante viene elevata a autorità indiscutibile, in grado di individuare e curare qualsiasi patologia. Il sapere medico, difficilmente messo in discussione, diventa il principale punto di riferimento per il paziente che, in posizione subordinata, fa affidamento completo alla conoscenza del dottore. L’iter clinico composto da diagnosi, prognosi e terapia, si presenta come un percorso standardizzato.

Nella fase iniziale, l’ascolto delle pazienti rappresenta un momento imprescindibile; tuttavia, ciò che si osserva è che le micronarrazioni dell’esperienza della malattia, cioè i sintomi, vengono spesso filtrati e tradotti attraverso il linguaggio medico (Cicourel, 1987) e considerati rilevanti solo nella loro associazione ai segni individuati¹⁷. Per l’antropologia medica, la narrazione

¹⁷ “La biomedicina distingue infatti tra segno e sintomo a seconda del carattere oggettivo o soggettivo della manifestazione impressa nel corpo del soggetto. In questo senso, il segno sarebbe qualsiasi manifestazione

della malattia ha un ruolo cruciale per la sua comprensione, che non deve considerare solo gli aspetti biomedici ma anche l'intreccio di fattori individuali, sociali e culturali (Pizza G., 2005: 86).

Secondo Giovanni Pizza (2005), indipendentemente dall'entità gli operatori di guarigione – che possono essere anche “ciarlatani” che si rifanno a pratiche mediche “alternative” o figure immateriali come nel culto dei santi – la domanda di cura sarà sempre attivata dalla persona sofferente, con la conseguente ricerca delle cause sotto più punti di vista. Dunque, la figura del paziente, che apparentemente sembra ricoprire un ruolo passivo nel processo di cura, in realtà è quest'ultimo con le sue domande di guarigione ad innescarlo. In questo quadro di rapporti di potere, pertanto, la negoziazione è un processo mutuale, ovvero si svolge sullo stesso piano (Massé et al., 2001: 45).

Negli ultimi anni, ricerche accademiche nel campo dell'antropologia medica hanno riscontrato un costante aumento nella diffidenza verso la sanità. Questo scetticismo è stato concettualizzato come una forma di dipendenza, in cui i legami di cura non si dissolvono a causa della conflittualità, ma restano attivi, continuando a influenzare le negoziazioni di potere e di rischio all'interno della relazione terapeutica (Pasquini, 2023). Come già mostrato nel paragrafo precedente, nel discorso attorno alla transizione verso la menopausa, la negoziazione si riscontra principalmente nella fase dell'assegnazione della terapia. Le soluzioni proposte dalla comunità medica vengono spesso accolte con resistenza e dubbi dalle pazienti, e il medico si trova nella posizione di dover convincere e guidare le curanti verso l'adesione al trattamento, generando un processo di negoziazione silenziosa in cui fiducia e sospetto coesistono.

della malattia che può essere obiettivamente accertata da un medico o altro osservatore, attraverso l'esame del corpo del soggetto [...]; il sintomo starebbe invece ad indicare la percezione soggettiva della malattia, e l'espressione di chi è afflitto e racconta la sua esperienza, come ad esempio nel caso di un dolore.” (Pizza, G. (2005). *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*. P. 84-85. Vol. 12. Carocci).

Durante una visita, Cinzia¹⁸ racconta di soffrire di forti mal di testa, per i quali si era già rivolta a una struttura specializzata nel trattamento dell'emicrania. Le era stata prescritta una terapia preventiva con una pastiglia per abbassare la pressione, da assumere quotidianamente, oltre a un farmaco da prendere al bisogno per l'emicrania. Cinzia però spiega di non aver seguito la prescrizione:

“Io ho 110 di pressione, la pastiglia per abbassarla non la prendo. E poi, non so se è una diceria, ma mi hanno detto che, se si tocca la pressione poi si è costretti a prendere la pastiglia per sempre. Io non sono un dottore ma quella per la pressione non la prendo.”

La specializzanda tenta poi di spiegare a Cinzia che la terapia prescritta ha senso dato che l'emicrania è un fenomeno vascolare, e quindi farebbe bene a seguirla. Cinzia però la interrompe, commentando: “Va bene, allora sentirò un altro consulto.”

L'osservazione etnografica in questione descrive un momento di negoziazione e resistenza: da una parte si colloca il sapere “altro”, quello popolare e quotidiano, di cui si appropria la paziente, opponendolo al sapere medico e scientifico della specializzanda. Il suo rifiuto verso la terapia può essere interpretato sia come critica al sistema sanitario che come atto di agency. La messa in discussione della prescrizione nasconde la volontà della donna di mantenere il controllo sul proprio corpo e sulla propria quotidianità, scaturite dal timore di una dipendenza permanente alla terapia. La specializzanda, invece, cerca di riportare il discorso entro lo spazio della razionalità clinica, ma la paziente decide di chiudere in maniera secca la negoziazione “rivolgendosi altrove”, evidenziando come il processo di cura non sia mai completamente unidirezionale ma soggetto a continue rinegoziazioni.

Un altro esempio etnografico riguarda Nadia, una paziente di 56 anni che arriva in ambulatorio per una prima visita. Nadia dice di soffrire da alcuni mesi di vampate

¹⁸ Intervista a Cinzia, paziente, Pavia, 13 maggio 2025.

ricorrenti, forse, spiega, per il periodo particolarmente stressante che sta vivendo dovuto alla preparazione di un concorso. A questo collega anche la comparsa di perdite di sangue e l'eccessiva sudorazione. Soffrendo di una sindrome androgenitale, racconta che il suo rapporto con la pillola anticoncezionale è stato particolarmente negativo; perciò, quando le viene proposta la terapia ormonale, la prima reazione è, anche in questo caso, di resistenza:

“Ma è una pillola? Perché io non sono molto costante, mi dimentico. Posso chiedere se il fisico può cambiare, può ingrassare o gonfiarsi?” Il medico la rassicura spiegando che si tratta di una leggera terapia, con un dosaggio lieve, utile soprattutto per la prevenzione.

N: “Non si sa come io mi sentirò quindi.”

M: “In che senso? Questa terapia serve a farla sentire meglio.”

N: “Va bene, se mi dice che sto meglio.”

M: “Siamo qui per farla sentire meglio.”

Questo scambio mostra chiaramente le dinamiche negoziali che avvengono tra i due attori. La paziente è dubbiosa, prova incertezza rispetto a ciò che la terapia significherà per la sua vita quotidiana e per la percezione del proprio corpo. Trova così nel medico una figura rassicurante, garante del benessere, a cui decide di affidarsi, accettando la terapia consigliata. La costruzione di una promessa di benessere che va oltre il dato biologico si trasforma così in una strategia di negoziazione particolarmente efficace. In tal modo l'ascolto attivo e l'empatia del curante riescono a colmare il divario prodotto dallo scetticismo iniziale della paziente, facilitando l'adesione alla proposta terapeutica.

Come afferma Cinzia Greco (2020), la mancanza di empatia da parte del curante è uno dei principali motivi per cui i pazienti decidono di cambiare medico o struttura. Il tema dell'empatia, infatti, è stato molto ricorrente nelle osservazioni e nelle interviste che ho condotto con le pazienti. Per loro la qualità dell'esperienza di cura

dipende soprattutto dalla possibilità di sentirsi ascoltate e sostenute in maniera concreta e continuativa, spesso prescindendo dalla competenza clinica del medico. La clinica dovrebbe configurarsi come spazio di dialogo paritario, dove le donne vengono poste al centro del processo di cura e in cui, oltre alla dimensione oggettiva della malattia (*disease*), vengano riconosciute e legittimate anche le loro sofferenze soggettive (*illness*)¹⁹.

Non è raro, infatti, incontrare donne che utilizzano il momento della visita per liberare tutta la sofferenza che provano nel vivere in un corpo segnato dal deperimento, scatenato spesso da un tumore. È il caso ad esempio di Rosa, donna di 62 anni alla quale la chemioterapia per un tumore al colon ha indotto la menopausa a 50 anni. Durante la visita, Rosa lamenta diversi fastidi e dolori che si propagano lungo tutto il suo corpo: artrite, formicolio alle mani, dolore lungo le articolazioni, muscoli rigidi che le ostacolano il movimento, mal di testa, tiroide, insonnia, colesterolo alto, disturbi gastrointestinali, fastidi a livello vaginali, accompagnati da una memoria sempre più flebile.

I medici le consigliano di fare diversi controlli e di provare a prenotare una visita per la terapia del dolore. A Rosa riaffiora una sensazione di sconforto: davanti alla quantità di problematiche che deve affrontare, perde la speranza di poter riavere la salute di una volta.

“Però sono stanca” sospira a un certo punto e aggiunge: “non vorrei fare più niente... non ce la faccio più. Dall’anno scorso a quest’anno mi sento invecchiata

¹⁹ “Un primo importante passo in tal senso è stata la distinzione tra la categoria delle «anormalità nella struttura e/o nelle funzioni di organi e sistemi corporei» (Eisenberg L. 1977: 11, cfr. Young A. 1982: 264), su cui solitamente si concentra l’attenzione diagnostica e terapeutica della medicina scientifica e cui si è convenzionalmente data la denominazione inglese di *disease* (“infermità” in italiano, secondo Signorini I. 1988: 45), e la categoria delle “percezioni ed esperienze individuali di determinati stati ritenuti socialmente sfavorevoli [disvalued]» (Young A. 1982: 265, cfr. Eisenberg L. 1977: 11), chiamata *illness* (“malessere” in italiano, stando a Signorini [ibidem]). (Lupo, A. (1999). Capire è un po’ guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 4(7-8), p.56).

di sedici anni”. È qui che inizia a piangere. Un silenzio denso cala nella stanza, rendendo palpabile la vulnerabilità di Rosa.

La dottoressa cerca di prendere in mano la situazione, le porge un fazzoletto e con tono rassicurante le dice: “Pensi a tutto quello che ha già superato. Abbiamo la possibilità di farla stare meglio, ma è importante che sia seguita con regolarità. Dobbiamo spronarla a riprendere in mano la situazione e ad affrontarla.”

Rosa, come molte altre donne, crolla in un pianto liberatorio di fronte all’evidenza clinica del proprio malessere. La sensazione di non avere più il controllo del proprio corpo – ora percepito come un corpo meramente sintomatico – la espone a una condizione di vulnerabilità e impotenza. In questo episodio, il medico prova a uscire dalla freddezza professionale, umanizzandosi nel gesto di porgerle un fazzoletto e nel tentativo di spronarla a non mollare, usando l’orizzonte della speranza come strumento di cura.

Nonostante ciò, rimane una distanza sottile ma persistente. La conversazione torna rapidamente ai sintomi e alle soluzioni cliniche, trascurando la dimensione più intima e personale della sofferenza di Rosa, che rimane inesplorata. Tale interazione mostra come la medicalizzazione privilegi il dato biologico, a discapito della complessità emotiva e sociale dell’esperienza femminile, tracciando così un confine netto tra ciò che viene considerato curabile e ciò che resta taciuto.

2.4 Conclusioni

Il processo di medicalizzazione ha progressivamente trasformato la menopausa da evento fisiologico a sindrome clinica, evidenziando non solo il potere classificatorio della biomedicina, ma anche le sue implicazioni politiche ed economiche. Attraverso la lente della biopolitica, la menopausa appare come un dispositivo che definisce e regola i confini della femminilità, inscrivendo i corpi delle donne entro logiche di controllo, normalizzazione e produttività sanitaria.

La crescente enfasi sulla prevenzione e sulla sorveglianza costante del corpo femminile contribuisce a creare quella che Illich definisce una “vita medicalizzata”,

scandita da rituali di cura e di controllo. Tuttavia, l'osservazione etnografica rivela che, pur all'interno di un sistema fortemente normato, le donne non rimangono mai soggetti passivi: attraverso forme di resistenza e pratiche di agency, esse riescono a riappropriarsi, almeno in parte, del proprio corpo e della propria esperienza di salute.

La questione economica costituisce un ulteriore livello di disuguaglianza. La recente riclassificazione dei farmaci per la sintomatologia menopausale e la conseguente privatizzazione dei costi di cura rappresentano un chiaro esempio di come la medicalizzazione si intrecci nei processi di aziendalizzazione della sanità pubblica, trasferendo sulle donne il peso economico della gestione del proprio corpo. Tale dinamica non fa che accentuare la marginalità della salute femminile, relegandola a una dimensione individuale piuttosto che collettiva e politica.

All'interno di questo quadro, il rapporto medico-paziente assume un ruolo centrale come spazio di tensione ma anche di possibilità. Le interazioni osservate in ambulatorio mostrano che la clinica non è solo luogo di disciplinamento, bensì anche un potenziale campo di ascolto e di riconoscimento. È qui che le donne riescono, talvolta, a trasformare la vulnerabilità in risorsa comunicativa, sollecitando riposte più empatiche e personalizzate da parte dei curanti. La negoziazione della terapia, spesso silenziosa e sottile, diventa quindi il terreno su cui si gioca la possibilità di ridefinire i confini della medicalizzazione, restituendo voce e soggettività alle pazienti.

La riflessione condotta su queste dinamiche rimarca come l'esperienza della menopausa non possa essere compresa pienamente senza considerare la dimensione vissuta del corpo femminile, con le sue percezioni, emozioni e rappresentazioni sociali. Le donne attraversano questa fase oscillando tra la definizione clinica della menopausa come condizione biologica e la propria esperienza soggettiva di cambiamento, che spesso rimane invisibile o non riconosciuta all'interno del discorso medico. Proprio su queste sfumature – tra corpo biologico e corpo vissuto, tra sofferenza legittimata e sofferenza silenziosa

– si svilupperà l'argomento del prossimo capitolo, dedicato alle differenze culturali nella percezione e nella gestione della menopausa.

In conclusione, la menopausa si configura come un fenomeno polisemico che intreccia dimensioni biologiche, simboliche, politiche ed economiche. La sua medicalizzazione va intesa oltre che come forma di controllo, anche come spazio di pratiche e resistenze attraverso cui le donne ridefiniscono la propria esperienza di salute. L'antropologia, in questo contesto, ha il compito di restituire profondità a tali vissuti, evidenziando sia i meccanismi di potere della biomedicina sia le strategie di agency femminile che si manifestano nella cura quotidiana.

3. RELATIVIZZARE LA MENOPAUSA: VOCI, ESPERIENZE, VISSUTI

La menopausa non rappresenta un'esperienza universale né omogenea: il modo in cui viene percepita e vissuta varia notevolmente a seconda dei contesti culturali, delle condizioni sociali e delle traiettorie biografiche individuali. Gli studi antropologici, a partire dai lavori di Margaret Lock e Patricia Kaufert (2001), hanno messo in discussione la definizione medica occidentale di menopausa, mostrando come essa sia un concetto culturalmente situato e tutt'altro che naturale. Le esperienze femminili raccolte in contesti contemporanei mostrano come la menopausa possa essere interpretata in modi molto diversi: come momento neutro, come fase liberatoria, oppure come transizione segnata da difficoltà fisiche e psicologiche, la cui rilevanza viene spesso ridimensionata in confronto ad altri eventi di vita più impattanti.

La relativizzazione della menopausa, quindi, emerge sia dal confronto interculturale sia dalle narrazioni individuali, che resistono agli stereotipi patologici e negoziano attivamente i significati socialmente attribuiti a questa fase. Esplorare questi vissuti significa restituire spazio all'agency femminile e alle molteplici modalità con cui le donne abitano e ridefiniscono il proprio corpo, sottraendosi alla rigidità di una visione esclusivamente biomedica (Lock, 1993; Avis & McKinlay, 1991).

In tal senso, il capitolo si concentrerà sulle differenze che attraversano le esperienze di menopausa. Migrazione, malattia, condizioni personali e tempi biologici diversi giocano un ruolo determinante nella percezione della menopausa e nelle modalità con cui le donne le attribuiscono significato. Durante il capitolo verranno esplorati tre dimensioni principali: l'esperienza della menopausa nel contesto migratorio, le differenze nei vissuti legate al momento in cui essa si presenta, e infine la complessa intersezione tra menopausa e malattia, che amplifica la vulnerabilità e ridefinisce le priorità di cura.

3.1 Attraversare corpi e confini: racconti transnazionali di menopausa

La migrazione rappresenta un fenomeno sociale globale che coinvolge individui di ogni nazionalità, genere e classe (Ambrosini, 2008). Esso intreccia una rete di connessioni tra Stati, dando vita a storie che oltrepassano i confini nazionali e aprono a nuove prospettive di mobilità (Callari Galli, 2004), incluso il desiderio, mancato o realizzato, di un ritorno nel paese d'origine (Cavatorta, 2018). Si tratta, infatti, di un processo tutt'altro che lineare: spesso nasce dal desiderio di migliorare la propria condizione sociale ed economica, di accedere a maggiori opportunità, a una migliore qualità di vita e a più ampi diritti e libertà, con l'obiettivo di costruire un progetto di mobilità sociale (Riccio, 2014; 2019).

Ciò nonostante, è fondamentale considerare che le traiettorie migratorie si sviluppano in maniera differente per ciascun individuo. Molto spesso le migrazioni vengono raccontate dall'esterno, attraverso dati e statistiche, trascurando le dimensioni soggettive. Fin dagli studi classici di Sayad (1999), la letteratura antropologica ha da tempo messo al centro il ruolo dell'individuo e la sua agency nel processo di mobilità sociale (Riccio; Marabello, Pellecchia, 2017). Molti studi sulla migrazione hanno valorizzato le narrazioni personali e intime di chi intraprende un percorso incerto, in cui traiettorie migratorie "di successo" si alternano a veri e propri fallimenti del progetto migratorio di partenza (Gardini, 2023).

A tali dinamiche si intrecciano le sfide quotidiane del paese di arrivo: dalla mancanza di conoscenza della lingua, delle politiche e delle norme sociali, al frequente ricorso al sostegno di amici o parenti che in precedenza hanno affrontato lo stesso percorso. Dal punto di vista sanitario, i migranti possono incontrare diverse difficoltà, come limitazioni nell'accesso ai servizi sanitari, barriere linguistiche, tempi di attesa prolungati e costi elevati delle cure. Il divario culturale, inoltre, può rendere complessa l'interpretazione simbolica di eventi biologici come la menopausa. In questo quadro, il concetto di *local biologies* risulta particolarmente significativo, soprattutto quando le donne provengono da contesti

in cui la medicina occidentale non è dominante ma coesiste con altre forme di sapere medico e di cura, ritenute altrettanto legittime (Pizza, 2005).

A ciò si aggiunge la complessità dell'invecchiamento in un paese diverso da quello di origine, un aspetto spesso trascurato dalla letteratura e delle politiche sociali (Gardini, 2023; Frisone, 2025), che genera sentimenti di incertezza e timore, specialmente in relazione alla gestione della propria esistenza nella sua fase finale.

Durante la mia ricerca sul campo ho avuto modo di conversare con tre donne provenienti da contesti extra-europei: Isabel, originaria dell'Ecuador; Lisa, dal Perù; e Jasmine, dal Marocco. A unire le loro narrazioni è la presenza di sintomi legati alla menopausa che non avevano mai riscontrato nelle proprie famiglie d'origine. Durante le visite ambulatoriali, tali sintomi appaiono del tutto simili a quelli riportati dalle pazienti italiane: vampate di calore, insonnia, difficoltà di concentrazione, calo della libido, e così via. Per i medici, dunque, non vi è nulla di insolito. Diversa è invece la percezione delle donne stesse, che interpretano l'insorgere di questi disturbi come conseguenza della migrazione. Vivere in un paese industrializzato, nel cuore della città, conducendo uno stile di vita sedentario e fortemente centrato sul lavoro diventa, ai loro occhi, una delle cause principali del proprio malessere. In questa prospettiva, il luogo in cui hanno vissuto e "invecchiato" assume un ruolo determinante nella trasformazione del proprio corpo e nell'esperienza stessa della menopausa.

Lisa²⁰, 48 anni, originaria del Perù, dopo anni di povertà, arriva in Italia a 25 anni spinta dal desiderio di trovare un contesto più favorevole in cui potersi stabilire. Racconta di avere una famiglia molto numerosa: quattro sorelle, un fratello affetto da epilessia fin dall'adolescenza e genitori che con grande fatica riuscivano a mantenere sei figli. La svolta, per lei, arriva quando lo zio paterno decide di emigrare in Italia, dove anni più tardi si trasferirà anche Lisa insieme a tre delle sue sorelle.

²⁰ Intervista a Lisa, Pavia, 21 luglio 2025.

L'inizio della sua vita in Italia è segnato da un inserimento rapido nel mondo del lavoro: prima come badante a Milano, poi come operaia in una compagnia di pulizie. Per quindici anni lavora senza interruzioni, fino a quando, dopo essere stata assunta in nero e trattata con scarsa considerazione, decide di abbandonare quel posto.

“Mi urlavano contro e non mi pagavano in tempo. Io sono sempre stata una lavoratrice modello, ma essere trattata così mi ha fatto male”, spiega Lisa ancora amareggiata da quanto accaduto. Oggi è disoccupata ma sta frequentando un corso per diventare operatrice sociosanitaria. Dopo oltre vent'anni in Italia la sua vita è ancora tutt'altro che stabile.

Le difficoltà non sono solo lavorative, ma si estendono anche alla sanità. Lisa ricorda un episodio significativo: “Dopo tre anni in Italia ho avuto problemi di influenza invernale, sono finita al pronto soccorso per tosse secca, mi usciva sangue dal naso e dall'orecchio. Così mi hanno dato delle gocce per calmare la situazione. Tuttora soffro di tosse e mal di gola, ma per avere un'impegnativa devi stare malissimo.” Questo ricordo, insieme ad altri, alimenta in lei un senso di precarietà rispetto al proprio corpo e all'accesso alle cure.

La sua esperienza con la menopausa riflette la tensione tra vissuto personale e condizioni di vita. In passato ha dovuto ricorrere a una terapia ormonale per via del ciclo irregolare e con flusso scarso, che si accentuava nei periodi di forte stress lavorativo. Lisa rielabora oggi la sua esperienza di menopausa alla luce di un confronto con il passato familiare.

“Anche per mia mamma è stato così, ma oggi è diverso: si va in menopausa presto perché l'alimentazione è differente. Prima le donne in campagna mangiavano alimenti naturali, meno cibo processato; perciò, difficilmente avevano sintomi come le vampate. Io sono cresciuta in città, per questo ho sintomi.”

Lisa ritiene che la sua condizione di salute sia il risultato del percorso migratorio e dei cambiamenti di vita che esso ha comportato. L'urbanizzazione e

l'alimentazione più processata hanno peggiorato il suo benessere generale, anticipando i sintomi della menopausa. Nelle sue parole, il Perù viene ricordato come un paese “di campagna e di contadini”, dove la vita era più sana, anche se segnata da condizioni socioeconomiche difficili e da maggiori ristrettezze materiali.

Nella storia di Lisa emergono aspetti centrali del rapporto tra migrazione e vissuti corporei. La menopausa diventa infatti un prisma attraverso cui leggere i cambiamenti legati al percorso migratorio. Il corpo si trasforma in luogo dove si riflettono tanto i benefici quanto le contraddizioni dell'integrazione in una società occidentale. Da un lato, l'Italia rappresenta un contesto con un sistema sanitario più sviluppato e maggiori possibilità di cura; dall'altro, l'inquinamento, la vita lavorativa frenetica e la dieta percepita come meno sana contribuiscono ad alimentare la sensazione di un peggioramento della salute. Attraverso il confronto con il ricordo del Perù, Lisa intreccia l'esperienza della menopausa con quella migratoria, dando significato ai cambiamenti del corpo e della vita.

Simile ma più complessa è la storia di Isabel²¹, ecuadoriana, che ha da poco superato i cinquant'anni. Oggi si trova a dover fare i conti con una menopausa sintomatica che si aggiunge ad altri disturbi cronici: fibromialgia, problemi intestinali e depressione. La menopausa, sopraggiunta lo scorso febbraio, la porta ad avere più di venti vampate di calore al giorno, a volte anche durante la notte, aggravando la sua insonnia. A questi sintomi si aggiungono la caduta dei capelli, l'acufene, perdita di concentrazione e di memoria, come riferisce Isabel ai medici durante la visita ambulatoriale.

Durante la nostra conversazione, tuttavia, emerge una narrazione più dettagliata. Isabel, infatti, mostra una sorprendente capacità di ripercorrere i momenti più significativi della sua vita. Dopo la visita in ambulatorio ci spostiamo al piano superiore, in un luogo più raccolto: in fondo a un corridoio che porta agli spogliatoi

²¹ Intervista a Isabel, Pavia, 15 luglio 2025.

dei tirocinanti, dove troviamo due sedie e un tavolo. È lì, in quell'angolo appartato, che Isabel riesce a condividere gran parte del suo vissuto.

“La mia vita non è una vita semplice” così ha inizio il suo racconto. “Ho perso mia mamma quando avevo nove anni, a causa di un cancro all'endometrio. Da allora ho sofferto di solitudine e abbandono. Ero una bambina timida e lo sono ancora oggi”.

La sua infanzia, seppur trascorsa all'interno di una famiglia numerosa – sette fratelli in totale – è stata segnata dall'assenza paterna. “Mio padre lavorava sempre, non c'era mai. Dopo la morte di mia mamma, poi, ha deciso di rifarsi una vita con un'altra donna, trasferendosi con le mie sorelle in un'altra città. Io sono rimasta a casa con i miei fratelli. Non c'è mai stata una sorellanza, io mi sono chiusa in me stessa per mancanza di affetto.” Le nuove relazioni del padre, vissute come imposte, acquisiscono il senso di isolamento: “Io non ho mai accettato quelle relazioni. Quando è andato a vivere con la terza moglie mi ha portato con lui, ma litigavano sempre e io venivo messa in mezzo”.

Nonostante le difficoltà, Isabel coltivava il desiderio di studiare. “Volevo andare all'università, ma mio padre non voleva nemmeno che finissi le superiori: diceva che ero la meno intelligente. Alla fine, grazie all'aiuto dei miei fratelli, ci sono riuscita”. Tuttavia, le tensioni familiari e i problemi economici la costrinsero ad abbandonare. “Quando la moglie di mio padre ci ha buttati fuori casa, ho dovuto smettere di studiare. Ho trovato lavoro in una ditta di abbigliamento sportivo, con l'aiuto di mia cognata. Mio fratello e sua moglie si prendevano cura di me, ma poi lui è morto in un incidente. Per me è stato un periodo buio, non sapevo più cosa fare”.

È in quel momento che arriva per lei la possibilità della migrazione. “Era il 1999, mia sorella maggiore si trovava già in Italia. Mi convinse a raggiungerla, io avevo 26 anni e non avevo idea di cosa avrei trovato”. Nonostante il forte impatto con l'Italia, Isabel riesce a inserirsi attraverso il lavoro di cura. “Ho iniziato come

badante a Garlasco. La signora che assistevo mi trattava come una figlia, mi ha persino insegnato a leggere e scrivere in italiano. Sono stata con lei per un anno e mezzo e la sua perdita è stata molto dolorosa per me”.

La sua vita prende una nuova svolta con il matrimonio e la nascita della figlia nel 2003. In quegli anni Isabel frequenta un corso per diventare OSS e comincia a lavorare in struttura. Poco dopo, però, deve affrontare la grave malattia del marito: “Nel 2007 mio marito scopre di avere il morbo di Crohn²², e subito dopo un tumore al retto. Ha iniziato un periodo di chemioterapia, si è operato, e per un po’ sembrava stare meglio. Ma nel 2012, dopo la morte di mio padre, gli hanno diagnosticato un tumore alle ossa. Inizia così di nuovo la chemioterapia senza però ottenere risultati e, dopo un periodo di ricovero in Maugeri, a dicembre mio marito viene a mancare”.

Isabel a questo punto si interrompe, sospira e poi comincia a parlare di sua figlia: “In tutto questo mi sono dimenticata di lei, l’ho trascurata. Nell’ultimo periodo lei era sempre dai miei suoceri. Ho perso tempo prezioso con mia figlia. Dopo la morte di mio marito sono crollata completamente. Avevo un forte carico emotivo che non avevo mai buttato fuori. Psicologicamente mi sentivo rotta”.

Per questo motivo, Isabel decide di intraprendere un percorso di supporto psicologico. Oggi riconosce che senza l’appoggio psicologico forse non sarebbe riuscita a riemergere da quel periodo doloroso. “Dovevo superare tutto: il lutto, il fatto che sarei rimasta sola, il peso di un carico che sembrava insostenibile. Sono un 4x4, ma ero arrivata al mio limite, così mi sono chiusa in me stessa. Con lo psicologo dell’Asl però non mi trovavo bene, non riuscivo ad aprirmi, così sono andata da uno psichiatra che mi ha dato la Paroxetina²³. Mi ha aiutato a reggere”.

Il presente di Isabel è segnato dal lavoro e dalla cura: ora si occupa del suocero centenario, ma anche in questo rapporto sente il peso del controllo e della

²² “La malattia di Crohn è una malattia infiammatoria cronica transmurale che colpisce di solito la parte distale dell’ileo e il colon, ma che può localizzarsi in qualunque parte del tratto gastrointestinale” (Walfish & Companioni, 2025).

²³ Farmaco antidepressivo.

mancanza di libertà. “Mi dice di rifarmi una vita, ma poi vuole sapere sempre tutto quello che faccio. Non è facile”. Isabel racconta di aver scelto di non ricostruirsi una nuova vita sentimentale per badare a sua figlia, che oggi studia all’università.

Quanto alla menopausa, Isabel la descrive come un ulteriore segno di invecchiamento e vulnerabilità: “Me ne rendo conto [di invecchiare], ma non ne sono consapevole. La terapia ormonale, i capelli bianchi, la pelle flaccida, le macchie sulle mani sono tutti segni, ma cerco di non pensarci troppo. Soffro un po’ perché le persone mi dicono “sai che begli anni” ma con le mie vampate “scalmanate” non mi sembra proprio. A lavoro mi vergognavo, ora però faccio finta di niente”. Racconta di aver provato rimedi naturali, ma senza successo. Aggiunge, inoltre, che prima non aveva mai parlato di menopausa con le sorelle maggiori, solo ora si confronta con loro su questo tema. “Le mie sorelle più grandi non hanno sintomi forse perché hanno avuto più figli?”, commenta dubbiosa.

Nella sua esperienza con i medici, non ha percepito forme di discriminazione diretta, che invece dice di aver avvertito soprattutto in ambito lavorativo e, più in generale, sul piano sociale. “Quando ero più giovane sì, ti guardavano diversamente. In RSA ci chiamavano inservienti, non ci consideravano. Quando è morto mio marito hanno fatto le condoglianze a tutti tranne che a me. Mi sono sentita trasparente”.

Infine, Isabel riflette sull’invecchiamento da migrante: “Al momento sto lavorando, cercando di mettere dei soldi da parte per potermi permettere di andare in RSA quando sarò anziana. Ho tante paure: ho paura di perdere la memoria, che nessuno mi verrà a trovare e ho paura della morte. A volte vorrei tornare a casa mia, in Ecuador. Lavorando in RSA convivo ogni giorno con la vecchiaia e la malattia. Vedo i comportamenti dei pazienti e prego il signore di darmi ancora un po’ di testa perché, se perdo quella, perdo tutto”.

Qui la menopausa genera un momento di riflessione sul proprio futuro, in una prospettiva legata all’invecchiamento. Come sottolinea Gardini (2023:77)

riferendosi all'esperienza dell'anzianità all'interno delle diaspore, "l'aspirazione al ritorno (anche solo temporaneo), i piani per garantirsi tranquillità e riconoscimento sociale, le nuove reti che sono tessute per far fronte alla solitudine sono tutte strategie che testimoniano di quanto questa fase della vita sia concepita come un momento di possibile cambiamento e speranze."

Il racconto di Isabel si presenta come una narrazione densa, stratificata, in cui la menopausa non emerge come un evento isolato, ma si intreccia a un lungo percorso di vita caratterizzato da perdite, lutti, precarietà e lavoro di cura. La sua vicenda rappresenta un esempio eclatante di come le violenze strutturali (Farmer et al., 2006) possano colpire in maniera profonda, specialmente nei momenti di maggiore vulnerabilità. La menopausa sintomatica, comparsa da pochi mesi, si aggiunge come un ulteriore carico, che, tuttavia, sembra quasi marginale rispetto al peso delle sofferenze già affrontate nel corso della sua esistenza.

Appena entra in ambulatorio, Jasmine²⁴, marocchina di 77 anni, colpisce subito per la sua originalità. Indossa un vestito bianco, impreziosito da orecchini blu che riprendono il colore acceso del suo ombretto. La sua figura è slanciata – sarà almeno un metro e ottanta – contribuisce a renderla ancora più imponente. Già dal modo in cui dialoga con la dottoressa in ambulatorio si può intuire che dietro la sua presenza si nasconde una storia intensa e complessa, pronta per essere narrata.

Durante la visita conoscitiva, la dottoressa, guardando i dati anagrafici di Jasmine, nota qualcosa di insolito. Sul documento, infatti, risulta essere nata il 1° gennaio 1948, data così precisa e al tempo stesso improbabile che suscita subito la sua curiosità. "E' davvero la sua data di nascita?" chiede. Jasmine sorride e risponde con naturalezza: "Non lo so in realtà. Dopo la liberazione²⁵ ci hanno dato dei documenti già compilati. Secondo quelli, avrei solo dieci anni di differenza con

²⁴ Intervista a Jasmine, Pavia, 22 luglio 2025.

²⁵ La liberazione del Marocco con l'indipendenza riconosciuta dalla Francia è avvenuta il 2 marzo del 1956.

mia madre, ma è impossibile. Penso di avere circa settantadue anni. Ho diversi ricordi della liberazione.... Ero molto piccola.”

Con questo breve racconto, Jasmine introduce un frammento di storia collettiva intrecciato alla sua biografia personale. È originaria di Marrakech, e la sua memoria della “liberazione” si colloca in un tempo storico che segna anche l’inizio della sua identità documentata, ma non necessariamente della sua esistenza vissuta.

Prosegue il suo racconto ripercorrendo il suo arrivo in Italia: “Sono arrivata nel ’71, a Roma. Ero venuta come turista, ma mi sono innamorata della città e ho deciso di restare”. Qui incontra il suo futuro marito e decide di trasferirsi con lui in Sardegna, dove trascorre molti anni della sua vita. Parla poi della sua famiglia: “Mia madre era una donna moderna” dice con orgoglio, “ha divorziato, e io ho un solo fratello vero.” Sorride, poi aggiunge che alcune delle sue sorelle, nate dal secondo matrimonio della madre, hanno studiato in Italia grazie al suo aiuto.

Raccontando la sua vita attuale, il suo volto si illumina. “Ho tre figli, due sono gemelli. Hanno studiato molto, e ora uno dei due lavora come manager a Londra. Ogni tanto vado a trovarlo,” racconta con orgoglio. È proprio per stare vicino a uno di loro, e alla sua famiglia, che Jasmine ha deciso di trasferirsi a Pavia, soprattutto ora che l’età avanza e il marito non c’è più.

Dopo la visita, ci spostiamo in un ambulatorio più tranquillo. Qui, Jasmine mi parla della situazione nel suo paese. “Dopo la liberazione, sono arrivate le complicazioni nel paese. Mia mamma lavorava con i francesi, ma poi tutto è cambiato. Le donne hanno cominciato a coprirsi, e la società è tornata indietro.” Quando le chiedo del rapporto con i medici, risponde con equilibrio: “Con i medici ho sempre avuto ottimi rapporti. Non sempre sono simpatici, c’è chi ha pazienza e chi no, ma in generale mi sono sempre sentita accolta in Italia”.

Il suo rapporto con la menopausa non è conflittuale: “non sono spaventata dalla menopausa, sto vivendo l’invecchiamento in maniera tranquilla, non ho sintomi

particolari, per ora solo incontinenza. Ho paura di ammalarmi per questo tengo molto alla prevenzione e mi faccio visitare spesso.”

Le chiedo, infine, se sapesse il termine usato per indicare la menopausa in arabo, ma Jasmine non lo ricorda. Parla arabo standard e comprende bene il francese, ma ultimamente si ritrova a usare spesso l’italiano. In arabo menopausa si dice سن اليأس (sinn al-ya’s), espressione che significa letteralmente “età della disperazione” o “età della perdita di speranza”. A differenza del cinese e del giapponese – dove il termine usato per indicarla ha connotazione più neutra (Lock, 2001; Shea, 1998) – l’espressione araba porta con sé un forte carico simbolico, in quanto associa la menopausa alla fine della fertilità e all’inizio di un processo di declino fisico e mentale.

Uno studio condotto da Murphy et al. (2013) ha indagato la percezione della menopausa tra donne arabe in Qatar, sottolineando il ruolo determinante che giocano la religione, la cultura e il sostegno familiare nell’interpretazione di questa fase della vita. Pur ritenendo di vivere la menopausa in maniera differente rispetto alle occidentali, le partecipanti mostrano esperienze simili, interpretando questo evento come una fase di trasformazione identitaria che richiede supporto emotivo e sociale. Secondo i ricercatori, le donne arabe, come quelle sudamericane, interpretano la menopausa come un’occasione per avvicinarsi di più alla fede, per riappropriarsi ai riti culturali e per ricercare supporto familiare, soprattutto da parte del marito.

La connotazione negativa del termine arabo, dunque, contribuisce a rafforzare pregiudizi e aspettative sfavorevoli, determinando il modo in cui le donne si preparano e reagiscono a questa transizione. Lo studio evidenzia inoltre una scarsa consapevolezza dovuta alla mancanza di educazione sanitaria e sessuale, un fenomeno che, come emerso anche dalle mie interviste, riguarda anche le donne occidentali, mostrando come la disinformazione sia un fenomeno che supera i confini geografici e culturali. Nonostante ciò, Jasmine si distingue dalle sue coetanee: rivendica con fermezza la propria indipendenza, rifiutando l’influenza

della religione sulla sua vita, desidera mantenere un rapporto autonomo ma vicino ai figli e interpreta la menopausa in modo neutro, privo di connotazioni negative.

In conclusione, le esperienze di Lisa, Isabel e Jasmine evidenziano come la menopausa sia profondamente intrecciata alle traiettorie migratorie, ai ricordi e ai contesti culturali di ognuna. Lungi dall'essere un fenomeno esclusivamente biologico, essa si configura come un processo vissuto, interpretato e narrato in modi diversi a seconda delle storie personali e delle condizioni sociali. Tuttavia, oltre a queste esperienze più "comuni", emergono anche esperienze che si discostano dalla norma – situazioni in cui la menopausa acquista significati inaspettati o è condizionata da fattori patologici, psicologici o sociali che la rendono un evento del tutto peculiare.

3.2 In controtempo: narrazioni di menopausa precoce e tardiva

Le esperienze di menopausa precoce o tardiva si collocano ai margini di quella che viene comunemente considerata la "normalità biologica" e sociale del corpo femminile. Alcune donne vivono la comparsa anticipata dei sintomi come un'interruzione improvvisa del corso atteso della vita; altre, al contrario, percepiscono il protrarsi del ciclo mestruale e l'assenza di segnali di cambiamento come motivo di imbarazzo o di preoccupazione. In entrambi i casi, il corpo smette di essere un punto di riferimento stabile e diventa terreno di domande, incertezze e rinegoziazioni identitarie.

Come osserva Nicoletta Diasio (2022) nel suo studio sulla sindrome di Turner²⁶, "provocando un'alterazione delle trasformazioni corporee, quali sono pensate e organizzate nella società contemporanea, la sindrome rivela il potere normativo delle classificazioni d'età." Superando la dicotomia tra naturalismo e costruzionismo, Diasio analizza i vissuti delle sue interlocutrici alla luce del

²⁶ Nicoletta Diasio (2022) definisce così la sindrome di Turner: "un'anomalia cromosomica legata alla mancanza totale o parziale del secondo cromosoma X e che comporta una bassa statura, l'assenza o il ritardo dello sviluppo puberale, spesso sterilità e talora uno sviluppo parziale dei caratteri sessuali secondari".

concetto di *local biologies* (Lock, 1993), mostrando come i corpi si inscrivano in contesti culturali e materiali specifici.

Seguendo questa prospettiva, anche in questo paragrafo si cercherà di mostrare - attraverso le conversazioni con le pazienti - come “il concetto di adeguatezza non sia assoluto ma sempre posizionale”, ovvero come ciò che è ritenuto “normale” o “appropriato” dipenda dalla posizione socioeconomica, culturale e biografica dell'individuo.

L'analisi si articolerà intorno a tre dimensioni principali emerse dalle interviste: lo smarrimento iniziale e il senso di inadeguatezza di fronte a un corpo che non risponde più alle aspettative; lo scarto tra tempo biologico e tempo sociale, che produce tensioni tra esperienza individuale e norme culturali; e infine il tentativo di ricomporre sé stesse, esplorando i modi attraverso cui le donne rielaborano la propria identità e trovano nuove forme di equilibrio, anche in assenza di un riconoscimento medico o sociale.

3.2.1 Smarrimento e inadeguatezza dell'esperienza “fuori norma”

La menopausa precoce o tardiva si configura in un quadro di norme che definiscono, attraverso l'utilizzo delle categorie d'età, ciò che è considerato “troppo presto” o “troppo tardi” per entrare in questa fase della vita. Dalle conversazioni con le mie interlocutrici è emerso spesso un senso di inadeguatezza rispetto alle proprie coetanee: alcune si sono sentite fuori posto, in anticipo o in ritardo rispetto al ritmo biologico e sociale che la società attribuisce al corpo femminile. Tuttavia, tutte hanno sottolineato di non vivere la propria condizione come un tabù, ma come qualcosa che col tempo hanno imparato ad accettare, grazie al dialogo e alla presa di consapevolezza dei cambiamenti in atto nel proprio corpo.

Simili conclusioni si ritrovano nell'analisi di Byron J. Good (1994) sulle implicazioni psicologiche e sociali del dolore cronico. Le vittime di dolore cronico,

come anche di patologie incurabili, cominciano così ad “assegnare al tempo un senso diverso”, percependolo e vivendolo in maniera diversa rispetto agli altri.

Anita²⁷, 42 anni, non ha preso bene la notizia della sua menopausa, comparsa a soli 38 anni. Tutto è successo in concomitanza con l’evento più traumatico della sua vita: la perdita improvvisa del suo compagno. Il dolore e il lutto si sono intrecciati con questa nuova fase della sua vita biologica, rendendo difficile distinguere l’uno dall’altra.

“Ho scoperto di essere in menopausa a 38 anni, non avevo idea che potesse essere menopausa perché non avevo sintomi e collegavo i cicli irregolari e poco abbondanti alla situazione stressante che stavo vivendo dopo la morte del mio compagno.”

“Ho affrontato un percorso di supporto psicologico per cercare di elaborare il lutto, ma per poterlo fare devi prima ripercorrere tutto il tuo dolore. Ho visto il lutto e la menopausa precoce come qualcosa di ingiusto, e avevo tanta rabbia in corpo. Ora però me ne faccio una ragione. Prima di elaborarlo davvero, il dolore deve attraversare tutte le fasi, e devi rielaborare il trauma da tutti i punti di vista. Il mio primo rapporto fisico dopo Roberto non è stato facile.”

Nel racconto di Anita, il corpo diventa il luogo in cui dolore e trasformazione biologica si sovrappongono, sfumando i confini tra esperienza psicologica e fisiologica. La menopausa, in questo senso, non rappresenta solo una transizione biologica, ma anche un processo di rinegoziazione identitaria segnato dalla perdita e dalla ricerca di un nuovo equilibrio.

La sensazione di smarrimento ha attraversato anche Stefania²⁸, 58 anni, che dai 42 anni in poi ha vissuto il ciclo mestruale come un inferno. Ogni mese, dall’inizio dell’ovulazione fino all’arrivo della mestruazione, soffriva di emicranie così forti da costringerla a letto per giorni. La pace, racconta, è arrivata a 50 anni con l’inizio

²⁷ Intervista a Anita, Pavia, 10 giugno 2025.

²⁸ Intervista a Stefania, Pavia, 17 giugno 2025.

della menopausa, ma è durata poco: dopo solo un anno e mezzo, il ciclo è improvvisamente tornato.

“Stavo bene solo con gli oppioidi. Non sapevo cosa fare, ho provato ad andare in un consultorio ma non mi hanno mai dato una soluzione, e il mal di testa è tornato. A volte non riuscivo nemmeno ad alzarmi dal letto. Poi, tre anni fa, ho deciso di venire qui: mi hanno prescritto delle punture da fare ogni mese per un anno, per bloccarmi il ciclo. Hanno funzionato, ma solo per un anno. A febbraio di quest’anno il ciclo è ricominciato, con contrazioni fortissime, peggio del parto, e un mal di testa pulsante alla nuca”.

Così Stefania esprime il sentimento di smarrimento provato a causa di un corpo che non risponde più alle “regole”. Il corpo diventa qualcosa che sfugge, che tradisce le aspettative e la continuità di sé. La menopausa, attesa come un sollievo dopo anni di sofferenza fisica, si rivela effimera.

“Con le punture sono un’altra persona, non le lascerei più. Per questo fatto la mia depressione è peggiorata, fortunatamente sono sempre stata seguita da un professionista.”

Nell’espressione “sono un’altra persona” Stefania mette in rilievo il potere trasformativo del trattamento medico: le punture agiscono come uno strumento capace di normalizzare il corpo, di riportarlo entro i confini della prevedibilità e della funzionalità. In questo senso, la terapia funge non soltanto da intervento sul corpo ma anche da mezzo attraverso cui ricostruire il senso di sé, un modo per ristabilire equilibrio tra corpo, mente e identità dopo un periodo di disordine e disallineamento.

Anche Giovanna²⁹, all’alba dei suoi settant’anni, convive ancora con le conseguenze di una menopausa iatrogena avvenuta a 54 anni. Per oltre sedici anni

²⁹ Intervista a Giovanna, Pavia, 17 giugno 2025.

ha affrontato quotidianamente vampate di calore, fino a otto al giorno, che le hanno profondamente condizionato la vita sociale.

“Quel momento lì non ci vedo, devo andare a cercare qualcosa di fresco. Mi sento a disagio tra le persone e non ho pregiudizi rispetto alla terapia: voglio solo trovare un modo per stare bene”.

L'imbarazzo e il disagio la portano spesso a isolarsi, ma il desiderio di ritrovare un equilibrio la spinge a non arrendersi. A causa della sua età, le terapie ormonali non sono più indicate, perciò i medici le propongono un nuovo farmaco non ormonale che agisce sull'ipotalamo, riducendo le vampate. Nonostante il costo elevato e la recente introduzione sul mercato, Giovanna accetta di provarlo, mostrando come il bisogno di alleviare il dolore e di “rientrare” in un corpo abitabile possa prevalere sulla diffidenza verso la sperimentazione.

Quando il corpo impone un arresto imprevisto al tempo biologico, interrompendo il ritmo atteso delle trasformazioni, si genera uno scarto rispetto al tempo sociale. Nelle società contemporanee, il vissuto delle donne si inserisce in una sequenza di tappe considerate “appropriate”: l'infanzia, l'adolescenza, l'età adulta, la maternità, la vecchiaia. Ciascuna di queste fasi è socialmente e simbolicamente ancorata a un certo modo di “essere corpo”. Ma cosa accade quando i due tempi – quello biologico e quello sociale – smettono di coincidere? È proprio su questa dissonanza che si concentrerà il prossimo paragrafo.

3.2.2 Il tempo biologico e il tempo sociale: aspettative infrante e corpi fuori ritmo

Nicoletta Diasio (2022) spiega ed esemplifica bene come l'anomalia corporea porti l'individuo a ridefinire sé stesso rispetto alle tappe biologiche e sociali della norma:

“L'antropologia medica ha mostrato a che punto la malattia cronica, una disabilità o un'anomalia alterino i quadri dell'esperienza (Good, 1994), sconvolgendo la percezione del tempo e dello spazio, le relazioni con gli altri, le forme di sociabilità, il rapporto al dolore, il sentimento di sé e del proprio corpo. Tali alterazioni del

“corso delle cose” possono anche modificare il modo in cui ci si riconosce o si è riconosciuti come appartenenti ad un gruppo d’età. Essere considerato un bambino “fuori dall’infanzia” se si è affetti dal cancro o dalla mucoviscidosi (Bluebond-Langner, 1978; 1986), essere “giovane”, ma avere le stesse difficoltà di una persona anziana nel caso della distrofia muscolare di Steinert (Perrot, 2021), costituiscono alcuni esempi dello scollamento tra vissuti corporei e attese sociali legate all’età.”

Allo stesso modo, la menopausa precoce o tardiva disarticola il rapporto tra biologia e temporalità sociale, rendendo il corpo un luogo di ambiguità, dove la donna può sentirsi “fuori tempo” rispetto al corso previsto della vita. Questa frattura ontologica si manifesta anche attraverso l’esperienza delle aspettative infrante, quando il corpo obbliga l’individuo a ridefinire i propri progetti, i desideri e gli immaginari futuri.

Per le donne che vivono una menopausa precoce, la perdita della fertilità arriva come un evento dissonante, che interrompe il tempo della possibilità e obbliga a confrontarsi con l’impossibilità – reale o simbolica – della maternità. Per chi invece attraversa una menopausa tardiva, la delusione nasce da un corpo che non mantiene la promessa di tregua e stabilità, e che continua a segnare il tempo della vita quando, socialmente, ci si aspetterebbe un rallentamento. Ad ogni modo, il corpo diventa terreno di rottura e rinegoziazione, uno spazio in cui si misura la distanza tra ciò che la società si aspetta e ciò che l’esperienza corporea restituisce.

Per Anita, la maternità era sempre rimasta una possibilità sospesa: il compagno molto più grande di lei e la precarietà lavorativa l’avevano a lungo fatta dubitare della possibilità concreta di crescere un figlio. Tuttavia, la perdita del compagno e la menopausa precoce sono arrivate come una frattura, interrompendo bruscamente ogni speranza residua di maternità e, con essa, l’immagine stessa di sé come donna “nel tempo giusto” della vita.

“Ho sempre avuto il desiderio di un figlio nel mio ideale. Tuttavia, Roberto aveva già due figlie, tra l’altro della mia età quasi, e la sua vita l’aveva già fatta. Mi chiedevo spesso se con lui sarei riuscita a formare una famiglia, ma sono sempre stata una persona molto incerta. Ora mi sono un po’ rassegnata, non ho avuto una vita normale, ho una relazione a distanza e il tempo passa per me, anche la stanchezza inizia a farsi sentire. Prima forse sentivo di più il desiderio di maternità perché mia madre è sempre stata molto presente nella mia vita, ora però sento di dover essere io a dare priorità a lei.”

L’essere madre, percepito come una tappa quasi necessaria nella vita di una donna, diventa un’opzione non più realizzabile per Anita, che sente il peso di un’esistenza “fuori dal normale”.

Un’altra donna che esprime con forza il desiderio di maternità è Rebecca³⁰, 37 anni, anche lei in menopausa precoce. A differenza di Anita, la scoperta non l’ha abbattuta, ma l’ha spinta - insieme al suo compagno - a cercare una possibilità di gravidanza attraverso l’ovodonazione. Tuttavia, quando arriva in ambulatorio per la visita, appare visivamente provata e turbata. Alla domanda della dottoressa su come si sentisse, Rebecca risponde immediatamente, lasciando trapelare la frustrazione e lo sconforto per la prima visita del percorso di ovodonazione.

Rebecca racconta infatti di aver aspettato un anno e mezzo per una semplice visita conoscitiva. Si aspettava che le venissero prescritti tutti gli esami necessari per avviare l’iter di ovodonazione; invece, scopre che dovrà probabilmente attendere ancora due anni prima di poter realmente tentare una gravidanza. La notizia la abbatte: “Ho perso due anni ulteriormente, non so se ne vale la pena continuare a fare esami su esami.”

Le dottoresse cercando di tranquillizzarla, illustrandole le possibili alternative – ricorrere a una clinica privata o recarsi all’estero -, ma per Rebecca queste opzioni non sono realistiche, né dal punto di vista economico né emotivo. “Sono in crisi”,

³⁰ Osservazione visita in ambulatorio di Rebecca, Pavia, 21 luglio 2025.

dice, prima di scoppiare in un pianto liberatorio. “Non ho più voglia di continuare a cercare una gravidanza a questo punto. Non è facile aspettare altri due anni, ma allo stesso tempo non voglio vivere con il rimpianto tra altri dieci anni.”

Anche questa è una storia di aspettative infrante e sospese, dove il corpo sembra non rispondere più ai tempi della vita desiderata e la burocrazia medica dilata ulteriormente l’attesa. Rebecca incarna un’esperienza di “tempo interrotto” (Kleinman, 1988; Good, 1994): il tempo biologico si arresta, mentre quello sociale continua a scorrere, generando una frattura tra desiderio, possibilità e riconoscimento. La sua crisi non riguarda solo la difficoltà fisica di concepire, ma la sensazione più profonda di essere intrappolata in un tempo che non avanza, dove il progetto di maternità rimane sospeso tra speranza e rinuncia.

Presso l’ambulatorio della menopausa complessa, tuttavia, si possono incontrare anche giovani ragazze come Giulia³¹, di appena 24 anni, affetta da amenorrea ipergonadotropa causata da mutazione genetica. Quando ci appartiamo per chiacchierare, appare molto tranquilla. Racconta di aver avuto il ciclo una sola volta, all’età di 15 anni, e poi mai più. Ha consultato diverse cliniche, ma nessuno è riuscito a spiegarle le cause della sua condizione: alcuni medici, addirittura, le avevano ipotizzato la presenza di un tumore. Quando in seguito ha scoperto che si trattava di una sindrome genetica, ha iniziato a seguire una terapia ormonale per regolare i suoi livelli ormonali.

“Sinceramente a me non interessa molto delle persone che dicono che, se non hai il ciclo, sei meno donna. Non ho problemi con la mia famiglia e nemmeno con il mio fidanzato. L’unico fastidio è quello di dover tenere sempre tutto sotto controllo, non mi interesserebbe nemmeno la terapia se non fosse per farmi stare bene. Dal punto di vista sociale non mi sento diversa dagli altri, alla fine da fuori non si vede, lo so solo io, la mia famiglia e i miei dottori.”

Poi continua parlando della sua esperienza con la crioconservazione:

³¹ Intervista a Giulia, Pavia, 1° luglio 2025.

“Il trauma non è stato scoprire di avere la sindrome quanto sottopormi alla crioconservazione degli ovuli. Ricordo di essere andata in questa clinica durante il periodo covid e intorno a me c'erano tutte donne di 30 anni, ero la più piccola, mi sono sentita fuori posto. Poi alla fine non sono riuscita nemmeno a farlo perché gli ovuli non sono cresciuti. In realtà, l'idea di aver figli non biologicamente non mi crea problemi. Non ho pressione da parte di nessuno, nemmeno dei miei medici.”

Mediante l'esperienza della crioconservazione, Giulia si è trovata a vivere un contesto in cui il suo corpo e la sua età non coincidevano con le aspettative introno a lei, facendola sentire fuori posto e mettendo in evidenza le tensioni tra vissuto corporeo e norme sociali.

Il desiderio di maternità mai realizzato di alcune donne si contrappone a quello, opposto, di chi vorrebbe veder terminare un ciclo corporeo che sembra non voler finire mai. È il caso di Stefania, che ormai sente il bisogno di rallentare, di mettere fine a un processo biologico che non percepisce più come proprio. Lei, come altre donne, tenta di affrontare questa situazione cercando strategie di adattamento e di *coping*, che verranno esplorate nel paragrafo successivo.

3.2.3 “Trovare la ragione per guarire sé stesse”: identità, riconoscimento e adattamento

“Sono una barzelletta”, esclama Stefania ridendo. “Quando mi vedo con le mie amiche, mi dicono sempre di stare attenta a non rimanere incinta. Io ci scherzo su. I medici, almeno, mi dicono che ho una bella MOC.”

Dietro l'autoironia di Stefania si cela una sottile forma di disagio prodotta dalla sua difficoltà nel riconoscersi in un corpo che non rispecchia più il tempo sociale della vita, rifiutandosi di conformarsi alle aspettative. La leggerezza del suo racconto si trasforma così in una strategia di adattamento, un modo per riappropriarsi simbolicamente di un corpo che la scienza definirebbe anomalo, ma che, nella sua quotidianità, Stefania tenta di normalizzare attraverso l'ironia e la parola condivisa.

Se l'ironia è la strategia adottata da Stefania, l'affidamento alla terapia ormonale rappresenta il mezzo attraverso cui Giulia gestisce il rapporto con il suo corpo. "La mia condizione non compromette le mie aspettative per il futuro. Anzi, proprio la terapia rappresenta per me una forma di stabilità, un mezzo per continuare ad avere progetti e a immaginare la mia vita futura." Grazie alla terapia, Giulia riesce a condurre un'esistenza "normalizzata", che le permette di mantenere viva la progettualità e di non rinunciare alle tappe future della propria vita.

Anita, invece, nonostante abbia fatto tutti gli accertamenti necessari, non è ancora riuscita a trovare una causa che spiegasse l'arrivo anticipato della sua menopausa. A causa dell'incertezza, ancora oggi non riesce a superare lo shock del lutto e della menopausa anticipata, perciò tenta di dare lei stessa una spiegazione alla sua condizione per riuscire ad andare avanti:

"Purtroppo, non ho mai capito quale fosse la vera causa della mia menopausa. Parlando con altre pazienti ho deciso di fare un test genetico, per capire se la causa potesse essere genetica, ma è risultato negativo. La dottoressa ha acconsentito anche se lei sapeva che sarebbe risultato così, lo ha fatto solo per aiutarmi. Ero disperata e volevo trovare una ragione alla mia condizione. Sai, solitamente riesci a superare una situazione difficile, a "guarire" solo quando trovi una causa, quando ti dai una ragione."

Come spiega Alessandro Lupo (2014:112), attribuire un nome alla propria sofferenza, rintracciarne la causa e darle un significato rappresenta per ogni persona malata il primo passo verso un possibile percorso di guarigione. Difatti è proprio attraverso questa operazione di senso che la malattia diventa pensabile e condivisibile all'interno di un orizzonte culturale. Anche Good (1994) affermava che solo la capacità di tradurre l'esperienza della malattia in una narrazione coerente – una trama aperta, suscettibile di molteplici sviluppi – rende possibile l'avvio di qualsiasi forma di cura.

Per questo motivo, pur conoscendo il nome della propria condizione ma non le cause, Anita cerca oggi di ritrovare una normalità nel suo quotidiano, tentando una convivenza con il suo nuovo compagno e un cambio di residenza di cui, però, a tratti ha paura:

“Spero che con il trasferimento le cose vadano meglio, provo spavento all’idea del cambiamento. Andrò a convivere con il mio compagno e tornerò a vivere in Cilento dove abita mia nonna. Ho tanti bei ricordi legati alle estati che passavo lì, ma è una zona arretrata e mi preoccupa la mancanza di servizi pubblici.”

Tramite queste parole Anita esprime il suo desiderio di ritrovare stabilità, insieme alla consapevolezza di quanto il corpo e le sue temporalità condizionino la possibilità di immaginare il futuro.

Le esperienze delle mie interlocutrici evidenziano come il discostamento tra tempo biologico e tempo sociale inneschi un processo di bioriflessività (Diasio, 2022), dove il soggetto si trova a ripensare la sua esistenza, trovando strategie per adattare e normalizzare il proprio corpo al tempo sociale. Come afferma Peatrick (2003): “la fluidità e l’indeterminazione dei cambiamenti corporei e la sequenza degli status socialmente definiti si presta costantemente a riappropriazioni, interpretazioni e conflitti”.

In tal senso, anche le donne protagoniste di questo paragrafo mettono in atto differenti forme di riappropriazione e di resistenza rispetto alle aspettative sociali e biomediche. Attraverso pratiche quotidiane, scelte terapeutiche, narrazioni e strategie simboliche, ciascuna di loro tenta di ristabilire una continuità tra il proprio corpo e la propria biografia, trasformando l’esperienza della menopausa in un terreno di riflessione e negoziazione identitaria.

Così, attraverso le esperienze riportate, la menopausa non appare più solo come un evento biologico, ma anche come un momento potenzialmente critico, che rende visibile la tensione tra natura e cultura, tra individuale e collettivo, tra perdita e possibilità di trasformazione.

3.3 “La malattia come spartiacque”: quando la malattia accompagna la menopausa

Un discorso analogo, ma al tempo stesso profondamente diverso, riguarda i vissuti di menopausa iatrogena o artificiale, ossia quella forma di menopausa indotta da interventi medici, farmacologici o chirurgici. In questi casi, il corpo non segue più un ritmo “naturale”, ma viene inserito in una temporalità imposta dalla medicina, dove la sospensione o l’interruzione delle funzioni riproduttive è il risultato di una decisione terapeutica.

A differenza delle storie esplorate in precedenza, nelle esperienze di menopausa iatrogena lo scarto tra tempo biologico e tempo sociale viene anticipato e reso esplicito dall’azione stessa della biomedicina. Di conseguenza, i soggetti si ritrovano nella posizione di dover gestire non solo processi fisiologici, ma anche scelte cliniche e valori morali legati ai concetti di cura e malattia.

Queste donne, dunque, raccontano di come la scoperta improvvisa della presenza di un tumore o di una patologia grave rappresenti soltanto l’inizio di un percorso complesso, segnato oltre che dalla malattia, anche dalla necessità di adattarsi a un corpo che cambia e che, spesso, non riconoscono più come proprio. Pertanto, la menopausa iatrogena diventa una tappa forzata del cammino, costituendo un evento che intreccia sofferenza fisica, perdita di controllo e ridefinizione identitaria.

Emblematica è la storia di Michela³², conosciuta in ambulatorio a maggio e successivamente ricontattata tramite le ginecologhe per un’intervista. Nonostante fosse tornata a Perugia, città dove vive attualmente, ha accettato con grande disponibilità di programmare una videochiamata per condividere la sua esperienza.

La sua storia si è rivelata una delle più complesse e dense di significato.

“Nel 2016 durante una visita senologica, mi hanno trovato un carcinoma di grandi dimensioni al seno destro. Non c’era tempo da perdere, bisognava intervenire in

³² Intervista a Michela, Pavia, 24 giugno 2025.

fretta per evitare che si ingrandisse ulteriormente. Così sono stata subito sottoposta a mastectomia e dissezione ascellare; purtroppo, il cancro era già arrivato ai linfonodi. Dopo l'intervento ho affrontato due cicli di chemioterapia, poi la ricostruzione e la radioterapia. Infine, ho iniziato la terapia con Anastrozolo durata tre anni, e conclusa solo pochi mesi fa, per ridurre il rischio di recidiva”.

“La menopausa indotta mia ha provocato alcuni effetti collaterali come le caldane, soprattutto di notte, e una marcata secchezza vaginale. In particolare, la secchezza era diventata talmente intensa da rendere dolori i rapporti e perfino i pap test. Perciò per alleviare il disturbo mi hanno prescritto acido ialuronico per bocca e un gel locale, ma la situazione si è complicata ulteriormente dopo l'intervento per il papilloma virus che avevo avuto nel 2005: la cicatrice mi ha peggiorato l'atrofia a livello vaginale.”

Michela descrive un percorso di progressiva perdita di familiarità con il proprio corpo, segnato dai cambiamenti indotti dai trattamenti e dalla mastectomia:

“Il rapporto con il corpo è stato piuttosto complicato, specialmente all'inizio. Ho preso peso e non riuscivo a riconoscermi, vivevo in un corpo che non sentivo mio. Dopo la mastectomia è stato ancora più difficile: non riuscivo nemmeno a guardarmi allo specchio, non mi sentivo più quella di una volta.”

In questa fase, tuttavia, il sostegno psicologico e la rete di cura giocano per lei un ruolo decisivo:

“Per fortuna per me è mai stato un tabù parlarne. Ho avuto sin da subito supporto psicologico, che considero fondamentale, e mi sono affidata a un'équipe di professionisti – fisioterapisti, dietologi, oncologi – che mi hanno sempre accolta con comprensione.”

Il racconto di Michela mette in luce come il cancro diventi non solo un evento biomedico, ma un'esperienza trasformativa che coinvolge il sé nella sua interezza. “Il cancro ha operato una trasformazione interiore in me. Ora ho maggiore consapevolezza di me stessa. Ho iniziato con una terapia individuale, poi però ho

partecipato a un percorso di gruppo con altre donne che avevano avuto il cancro, questi incontri sono stati davvero importanti per me. La mastectomia, in particolare, è stato un trauma pesante: avevo paura di guardarmi, di toccarmi, facevo fatica a riprendere contatto con il mio corpo. Nonostante questo, credo di aver fatto tutto il possibile, non ho mai avuto paura di chiedere aiuto.”

Nelle sue parole si coglie una forma di *coping* che passa attraverso la rielaborazione simbolica della malattia, la costruzione di un nuovo senso di sé e il rifiuto dello stigma.

“La malattia non è una vergogna, ma un messaggio dell’anima. Significa che c’è qualcosa che non va e ciò presuppone introspezione, oltre che coraggio per cambiare. Ci sono donne che vengono lasciate dai mariti; io, invece, ho avuto la fortuna di essere sempre supportata dal mio. La malattia è come uno spartiacque: sta a te decidere se viverla come un problema o come un’opportunità. Io l’ho vista come un’occasione per rinascere, per darmi un’altra possibilità. Il processo di guarigione, secondo me, dipende anche da come si approccia la malattia.”

Attraverso le parole di Michela emerge una soggettività che si ricostruisce nella relazione tra corpo, malattia e significato. Il suo modo di interpretare la malattia come “messaggio dell’anima”, direbbe Good (1994:194), rappresenta un tentativo di tradurre l’esperienza del dolore in un linguaggio culturalmente e moralmente intelligibile, capace di restituire senso a ciò che sembrava puro disordine biologico.

Di conseguenza, la menopausa iatrogena diventa parte di un percorso di ridefinizione identitaria: Michela non subisce passivamente la trasformazione del corpo malato, anzi, la rielabora attraverso il lavoro narrativo e simbolico, trasformando l’esperienza di sofferenza in un processo di riappropriazione del sé e di rinegoziazione della propria biografia.

3.4 Conclusioni

Le storie di vita qui riportate mostrano quanto sia importante restituire il giusto peso e la giusta complessità a un evento come la menopausa. Essa non può essere

ridotta a un semplice passaggio biologico, ma considerata piuttosto come un'esperienza situata, intrecciata a traiettorie biografiche, relazioni affettive, percorsi di cura e contesti sociali differenti. Nelle narrazioni raccolte, la menopausa si presenta sempre in relazione ad altri eventi – una diagnosi, una perdita, un cambiamento familiare o lavorativo – che ne determinano la percezione e il significato.

Inizialmente è stato evidenziato come i processi migratori, con la variazione dell'ambiente in cui si vive, influenzino la costruzione soggettiva della menopausa, modellando la percezione individuale del corpo e del sé. Si è inoltre osservato che le donne migranti, spesso inserite in contesti socioeconomici svantaggiati e costrette a lavori precari, cercando di conferire significato e dignità alla propria esperienza corporea e biografica, in particolare in prospettiva del fine vita.

Il rapporto tra tempo biologico e tempo sociale è stato al centro dell'analisi dei vissuti delle donne in menopausa tardiva o precoce. In questi casi, l'esperienza della menopausa si colloca al di fuori dei tempi "attesi" dal ciclo di vita femminile definito culturalmente, generando una tensione tra le trasformazioni corporee e le norme sociali e culturali. Tale disallineamento mette in luce come le donne negozino e reinterpretino il proprio ruolo all'interno della società, ridefinendo anche la propria identità femminile. È proprio in questi casi che emerge con chiarezza l'agency femminile nel riuscire a ridefinire sé stesse e le proprie aspettative, restituendo significato alla propria esistenza.

Infine, la storia di Michela ha messo in evidenza quanto il peso della malattia possa incidere sulle diverse dimensioni del vissuto individuale: dal rapporto col proprio corpo, alle relazioni interpersonali, alla salute mentale, fino al modo di concepire il futuro e vivere il presente. In tale prospettiva, la menopausa iatrogena si inserisce nel vissuto di Michela in maniera più sfumata rispetto alla malattia, ma resta parte integrante del modo in cui lei rielabora la propria esperienza di vulnerabilità e di trasformazione. Pur non rappresentando l'aspetto centrale del percorso di Michela,

la menopausa contribuisce a ridefinire il rapporto con il corpo e con il tempo, intrecciandosi alle emozioni legate alla sofferenza e alla ricerca di equilibrio.

Queste narrazioni rimarcano la necessità di considerare ogni esperienza singolarmente, nel suo specifico intreccio di corpo, tempo e biografia. Ciascuna donna, infatti, plasma il proprio vissuto della menopausa mediante un'attività di interpretazione e di adattamento, elaborando strategie personali per riconciliare il sé con un corpo che cambia. Pertanto, ascoltare le voci delle donne non significa soltanto documentare sintomi o pratiche, ma riconoscere e valorizzare un'esperienza che mette in discussione i confini tra medicina, cultura e società, restituendo piena dignità a modi diversi di vivere e significare il corpo.

4. IL CORPO IN METAMORFOSI: TRA VULNERABILITÀ E RISIGNIFICAZIONE DI SÉ

Il corpo femminile, nella transizione menopausale, si presenta come uno spazio denso di significati, contraddizioni e potenzialità. Dopo aver analizzato, nei capitoli precedenti, i processi di medicalizzazione e i vissuti individuali delle donne in menopausa, questo capitolo si concentrerà sulla dimensione simbolica e sociale del corpo femminile, esplorando come le trasformazioni fisiche, psicologiche e relazionali incidano sulla percezione di sé e sulla costruzione dell'identità.

La tensione tra esperienze passate e aspettative future non riguarda solo progetti esistenziali come la maternità o la ricerca di stabilità nella fase finale della vita, ma coinvolge anche la percezione di sé all'interno di un corpo che cambia in modo imprevedibile e spesso fuori controllo. Le donne incontrate durante la ricerca non mostrano particolari difficoltà nel parlare della menopausa come evento biologico, ma trovano più complesso esprimere ciò che essa comporta sul piano personale, relazionale e psicologico. Se i sintomi fisici trovano uno spazio di ascolto nel rapporto con il medico, altre dimensioni – come la sessualità, l'emotività e la salute mentale – restano frequentemente taciute, segnate dal silenzio, dal pudore e dal tabù.

L'identità femminile e la sessualità emergono come sfere esistenziali profondamente intrecciate: quando una delle due viene percepita come compromessa, anche l'altra ne risente. In questo intreccio, lo sguardo sociale assume un ruolo determinante. I modelli di femminilità, desiderio e bellezza vengono incorporati sin dall'infanzia, diventando parametri attraverso cui le donne imparano a riconoscere e valutare sé stesse. L'adesione a tali modelli garantisce valore e visibilità sociale, mentre la loro mancata conformità produce forme di svalorizzazione e marginalità. Il corpo che invecchia viene così declassato, reso invisibile, associato a un'immagine materna o non sessualizzata, raramente riconosciuta come corpo desiderante o desiderato.

Nei capitoli precedenti si è evidenziato come la menopausa sia spesso rappresentata in termini di perdita - di giovinezza, di attrattiva, di fertilità o di desiderio – contribuendo a consolidare l’idea del corpo femminile come organismo in declino. Tuttavia, le esperienze emerse dal lavoro etnografico rivelano una realtà più sfumata, fatta di adattamenti, rielaborazioni e tentativi di ridefinizione del proprio corpo e della propria identità.

Le tematiche che verranno trattate in questo capitolo, seppur marginali nei discorsi pubblici e medici sulla menopausa, sono emerse con frequenza nel corso delle interviste, spesso sotto forma di commenti spontanei o lamentele, senza tuttavia trovare uno spazio di approfondimento adeguato. Si tratta di aspetti che, pur non costituendo il centro della consultazione medica, attraversano in modo trasversale le esperienze femminili, affiorando in momenti di vulnerabilità o nelle riflessioni più intime sul proprio corpo, e che meritano pertanto un’analisi più approfondita.

Il capitolo si articolerà in tre direzioni complementari. Nella prima parte si analizzerà come la menopausa ridefinisca la percezione della femminilità e del corpo, con particolare attenzione al tema del peso corporeo e alle sue implicazioni simboliche e sociali, oscillanti tra ideali di autocontrollo e sentimenti di colpa. Successivamente, si affronterà il tema della sessualità, ancora oggi avvolto da silenzi e tabù, ma allo stesso tempo, attraversato da esperienze di rinegoziazione dell’intimità e del desiderio, che si misurano con mutamenti corporei e relazionali. Infine, si prenderà in esame la dimensione della salute mentale, indagando il legame tra vulnerabilità psicologica, contesto socioeconomico e vissuti individuali, per comprendere come le donne costruiscano strategie di adattamento e di equilibrio emotivo all’interno di un quadro complesso e profondamente situato.

4.1 “Che bella la giovinezza, non invecchiare mai”: il peso del corpo e dello sguardo sociale in menopausa

Alle radici del concetto di bellezza della cultura occidentale si trova l’idea una donna eternamente giovane. Negli ultimi anni, la diffusione della retorica

dell'”invecchiamento di successo”³³ ha contribuito a ridefinire le rappresentazioni del corpo che invecchia, promuovendo ideali di vitalità e autonomia, ma al tempo stesso, alimentando aspettative di controllo e discrezione nei confronti dei segni più visibili del tempo. Sebbene questo imperativo coinvolga anche gli uomini, le donne risultano maggiormente esposte, poiché la bellezza costituisce un elemento centrale nei processi di costruzione dell'identità femminile e nella definizione del proprio valore sociale.

Patrizia Quattrocchi (2022) mostra come tali modelli inducano le donne a paragonarsi costantemente con ideali estetici e sociali difficilmente raggiungibili, generando spesso sentimenti di inadeguatezza e, talvolta, il tentativo di conformarsi a essi a qualsiasi costo. Inoltre, l'autrice suggerisce nuove prospettive di indagine antropologica, come l'analisi delle pratiche antropopietiche – ad esempio la chirurgia estetica - e l'esplorazione delle forme di resistenza ai modelli estetici dominanti che si manifestano nelle pratiche quotidiane, attraverso cui le donne reinterpretano e rinegoziano la propria corporeità.

Il concetto di femminilità, strettamente intrecciato a quelli di bellezza e giovinezza, è tuttavia intrinseco in quello che viene chiamato “sguardo maschile” (*male gaze*), che struttura la percezione del corpo femminile e orienta le pratiche di rappresentazione e autovalutazione. Il patriarcato, come sistema di potere radicato nelle società occidentali e non, spinge le donne ad attuare pratiche quotidiane di rivalorizzazione del proprio aspetto, mantenendolo all'interno degli schemi imposti da tale sguardo (Connell, 1987). Questo processo si traduce spesso in una forma di resistenza paradossale: il rifiuto, più o meno consapevole, dei cambiamenti corporei associati all'età e alla menopausa. Tingere i capelli bianchi,

³³ “Dalla prospettiva dell'invecchiare “con successo” l'anziano non può permettersi una “nuda” vita (Agamben 2005), arrivato ad una tarda età, ma deve continuare a essere attivamente coinvolto (“rivestito”) nelle dinamiche consumistico-produttive del modello economico e sociale dominante. In altre parole, l'anziano è “buono da pensare” (Lévi-Strauss, 1964) qualora attivo, indipendente, in forma smagliante dal punto di vista fisico e psichico e (in particolare per le donne) anche attraente” (Quattrocchi, 2022).

utilizzare prodotti antirughe, controllare il peso o ricorrere a trattamenti estetici diventano così gesti di negoziazione tra conformità e autonomia.

Come evidenzia Julie Winterich (2007: 52) sul tema dell'invecchiamento femminile e del rapporto con il corpo:

“Internalized negative cultural ideas about aging affect how they feel about their sense of selves and the reality of their aging appearances. Another study (Furman, 1997) finds that heterosexual women feel stigmatized as they lose the male gaze with age” (Winterich, 2007:52).

Questo passaggio spiega come l'invecchiamento femminile venga vissuto in relazione a norme estetiche e relazionali interiorizzate, che definiscono il valore del corpo in base alla sua capacità di attrarre e conformarsi a modelli giovanili.

Ulteriori ricerche condotte da Winterich (2002; 2003; 2007) hanno evidenziato come la percezione di sé durante l'invecchiamento vari significativamente tra donne eterosessuali e lesbiche, le quali risultano in parte emancipate dallo sguardo maschile e dai suoi modelli normativi. Analogamente, le differenze culturali incidono profondamente sul vissuto della menopausa e dell'invecchiamento. Secondo Jeanne Françoise Vincent (2003), le donne Beti della grande foresta del Camerun meridionale non percepiscono l'invecchiamento come un declino, ma come una transizione verso una fase di maggiore libertà e autorevolezza. La menopausa, infatti, segna l'interruzione delle relazioni coniugali, permettendo alle donne di affrancarsi dal controllo maschile, acquisendo un nuovo potere sociale:

“Per costoro la menopausa segna l'inizio di un nuovo periodo durante il quale le donne possono esercitare un potere che le valorizza facendole divenire un eguale dell'uomo, acquisendo così statuto e prerogative fino a quel momento precluse” (Fusaschi, 2006: 68).

Al contrario, come rilevano Bromberger e Matthews (1996) per le donne occidentali, specialmente coloro che fondano la propria identità sui modelli dominanti di femminilità, la perdita dei segni di giovinezza tende a essere associata

a una svalorizzazione della persona, contribuendo talvolta all'insorgere di disagio emotivo e a un aumento dei disturbi depressivi post-menopausa.

La signora Romina, alla soglia dei 59 anni, durante una visita di controllo in ambulatorio, si accorge subito di essere circondata da donne più giovani di lei. A causa della sua incontinenza cronica, racconta di sentirsi già “vecchia”, e confida che la prescrizione dei pannoloni, necessari per gestire la sua condizione, la mette profondamente a disagio.

“Che bella la giovinezza, non invecchiare mai” dice, rivolgendosi a una tirocinante presente nella stanza. Poi, al momento della visita sul lettino, aggiunge con tono ironico ma rassegnato: “capirai c'è ben poco da vedere qui... possono vedere quelle più giovani”.

Le sue parole condensano un sentimento diffuso tra le donne in menopausa: l'idea che un corpo segnato dal tempo e dalle trasformazioni fisiologiche perda non solo la propria attrattiva, ma anche la legittimità dello sguardo altrui. Questo senso di perdita di visibilità tocca anche la sfera più profonda dell'identità e del riconoscimento sociale. In questo modo, l'invecchiamento si intreccia con una forma di invisibilità simbolica che molte donne vivono come una seconda marginalizzazione.

Le parole di Romina si inseriscono in un quadro più ampio in cui il corpo femminile, durante la menopausa, diventa terreno di giudizio e preoccupazione, tanto da parte delle donne quanto del personale medico. In ambulatorio, infatti, i commenti sul corpo sono numerosi e si concentrano in particolare sul tema del peso corporeo. Tra le diverse categorie che definiscono l'esperienza dell'invecchiamento, il peso emerge come una delle più ricorrenti nei discorsi sia delle pazienti sia dei medici. Per questi ultimi, mantenere un peso corporeo considerato “adeguato” è spesso associato all'idea di un invecchiamento sano, mentre l'aumento ponderale viene percepito come un fattore di rischio da correggere. Per le pazienti, invece, l'aumento di peso è vissuto più come una

questione più estetica che sanitaria, e tende a essere interpretato come una perdita di attrattiva e di bellezza.

Lucrezia, 52 anni, durante la sua prima visita in ambulatorio per l'elevato numero di vampate quotidiane, racconta con un sorriso amaro:

“Ho preso circa cinque o sei chili in un anno, purtroppo... ormai non mi piaccio neanche più.”

Negli ultimi mesi, aggiunge, ha iniziato a perdere i capelli, un cambiamento che contribuisce ad accentuare il disagio verso la propria immagine. La risata che accompagna le sue parole sembra avere una funzione di alleggerimento, un modo per sdrammatizzare la frustrazione e il senso di impotenza di fronte a un corpo che cambia, spesso indipendentemente dalla propria volontà.

Anche Giuseppina, 58 anni, recentemente sottoposta a un intervento per incontinenza urinaria, racconta con tono ironico e affaticato la complessità della sua condizione fisica: infezioni urinarie ricorrenti, perdite di sangue post-operatorie, emorroidi, aumento di peso, dolori diffusi e stanchezza persistente. Nonostante la molteplicità dei disturbi, ciò che la preoccupa maggiormente è la cistite recidiva, che definisce “una cosa seria” al punto da affermare, esasperata, che “farebbe un trapianto d'organo pur di risolverla”.

Nel corso della visita, Giuseppina condivide con i medici riflessioni che rimandano al modo in cui percepisce e gestisce quotidianamente il proprio corpo. Racconta di seguire una dieta prescritta, ma si lamenta di non riuscire a perdere peso, ironizzando sul giudizio della dottoressa:

“Menomale che non c'è la dottoressa, altrimenti mi avrebbe detto di chiudere la bocca”.

Per Giuseppina l'aumento di peso rappresenta un segno di perdita di controllo, ma anche una fonte di disagio sociale e di vergogna. Tuttavia, nella sua narrazione, affiora anche una forma di negoziazione, quando attribuisce i piccoli sgarri

alimentari – “un pacchetto di patatine ogni tanto” – allo stress legato alla gestione della figlia adolescente.

Con un sorriso amaro, racconta infine che dopo una caduta le hanno detto che “la ciccia mi ha salvato”: una battuta che, pur nella leggerezza, sembra racchiudere la tensione tra la vulnerabilità fisica e il tentativo di rielaborarla in chiave ironica.

Nelle mie osservazioni, inoltre, è emersa frequentemente quella che si può definire una forma di “grassofofia”, più o meno marcata, sia da parte delle pazienti sia dai medici. La grassofofia può essere letta come una forma di violenza simbolica (Piñeyro, 2019), interiorizzata e riprodotta in diversi contesti sociali, compreso lo spazio medico. In ambulatorio, questa si manifesta non solo nei commenti sul peso delle pazienti, ma anche nelle aspettative implicite riguardo a controllare e gestire il corpo secondo norme “universali” come l’indice di massa corporea (BMI) utilizzato per classificare i corpi (Saint Pol, 2010). Tali dinamiche possono ridurre l’empatia dei professionisti, influenzare negativamente la qualità delle cure, oltre ad aumentare il senso di colpa e disagio delle pazienti, contribuendo anche a esiti di salute peggiori (De Moraes Prata Gaspar et al., 2025).

Il corpo in menopausa deve fare i conti non solo con la stigmatizzazione legata alla perdita della giovinezza, ma anche con il giudizio di abitare un corpo sovrappeso, percepito come fuori dalla norma rispetto ai modelli universali. In un’occasione, una dottoressa, in tono scherzoso ma significativo, ha detto a una paziente di “mettere un tappo alla bocca”, chiamandola poi affettuosamente “barattolino”. Nonostante il rapporto di confidenza che le unisce – la paziente è in cura qui da anni – questi commenti rivelano come la cultura grassofofica possa essere normalizzata anche nelle interazioni quotidiane, velata da ironia, ma comunque radicata in un immaginario medico e sociale che associa la magrezza all’autocontrollo e la corpulenza alla trascuratezza.

“Ho preso quattro chili in quattro mesi, sto diventando una balenottera. Sono andata dal dietologo, ma comunque continuo a prendere peso. Ormai non mi

riconosco più, mi stanno anche uscendo sempre più peli sul mento, pensavo di risolvere con il laser. Non voglio diventare come un uomo”, dice Annalisa, 55 anni, ridendo.

Il commento di Annalisa mostra quanto i modelli estetici e morali legati al corpo femminile siano interiorizzati all'interno dell'individuo. Anche in questo caso l'autoironia gioca un ruolo strategico in quanto rappresenta un mezzo per adattarsi a un contesto in cui la cultura grassofobia e sessuata diventano parte integrante dell'esperienza quotidiana. L'aumento di peso, così come la peluria sul viso, viene vissuto come una perdita di femminilità, tradotta in un linguaggio ironico al fine di smorzare il disagio provato.

In tal senso, le metafore utilizzate da Annalisa evidenziano come i cambiamenti corporei, interpretati attraverso le lenti delle culture dominanti e dei sistemi di violenza simbolica radicati nella società, portino le donne a sviluppare una percezione negativa di sé, influenzando il modo in cui vivono l'esperienza della menopausa.

Se il peso e l'aspetto fisico rappresentano una delle dimensioni più evidenti della trasformazione corporea, un'altra sfera altrettanto significativa, ma spesso taciuta o trattata con imbarazzo, riguarda quella dell'intimità e della sessualità. È proprio in questo ambito che emergono ulteriori tensioni tra i discorsi medici, i modelli culturali e le esperienze soggettive delle donne.

4.2 Silenzi assordanti: intimità taciute e stigmatizzate

A differenza delle questioni riguardanti il peso corporeo e altri segni visibili dell'invecchiamento femminile, la sfera dell'intimità e della sessualità è emersa raramente nelle conversazioni con le pazienti. Pur essendo evidente la presenza di problematiche legate a questo ambito – ad esempio attraverso sintomi come secchezza vaginale, riportati durante i colloqui con le ginecologhe – le donne faticano a parlarne apertamente. Il silenzio che circonda la sessualità in menopausa sembra scaturire non solo da un tabù culturale più ampio, ma anche da un certo

pudore interiorizzato, che rende difficile condividere esperienze e vissuti legati al corpo desiderante e alla propria identità sessuale in questa fase della vita.

Senza dubbio i cambiamenti biologici che caratterizzano la transizione menopausale possono influenzare la vita sessuale, perciò, come afferma Winterich (2003), è complesso distinguere il ruolo della biologia da quello della cultura nella sessualità post-menopausale. Tuttavia, come sottolinea l'autrice, le aspettative culturali che riguardano la menopausa, il genere e l'eteronormatività influiscono profondamente su come le donne vivono questi cambiamenti biologici legati alla sessualità.

Gran parte delle ricerche sull'argomento, tuttavia, trascura il ruolo che i fattori culturali e sociali rivestono nel modo in cui le donne sperimentano sintomi come la secchezza vaginale o le variazioni nel desiderio e nell'orgasmo. Sebbene la letteratura affronti il tema dell'invecchiamento femminile, essa tende a concentrarsi sul rapporto tra età e frequenza dell'attività sessuale, senza analizzare il contesto sociale della mezza età (Winterich, 2003).

In ambulatorio, la domanda relativa ai rapporti sessuali è una parte costante della routine medica: viene posta quasi meccanicamente, come un elemento previsto dal protocollo, ma raramente accoglie risposte articolate. Nella maggior parte dei casi, le pazienti rispondono in modo negativo; quando la risposta è affermativa, invece, tende a rimanere vaga, come se si volesse evitare l'argomento. Solitamente è la ginecologa, attraverso domande più specifiche, a dover "scavare" per comprendere meglio l'entità del problema.

Durante una delle giornate di osservazione, ad esempio, Paola, una donna di circa sessant'anni, risponde in modo secco alle domande della ginecologa:

G: "Prova secchezza?"

P: "Sì, ultimamente forse la situazione è peggiorata, prima non avevo problemi."

G: "Ha rapporti?"

P: “No, ormai no”, ammette Paola con un filo di imbarazzo e rassegnazione.

G: “Per la secchezza o per altri motivi?” chiede ancora la ginecologa

P: “Beh sì, provo dolore durante i rapporti e con la mia condizione ormai non ci si prova più”, conclude la donna, sottolineando come il disagio fisico abbia progressivamente limitato la possibilità di vivere l’intimità.

Dopo un breve silenzio, la ginecologa propone a Paola di provare una terapia locale per alleviare la secchezza, consigliandole anche l’utilizzo di un lubrificante. La donna appare inizialmente titubante, ma, dopo che la ginecologa le spiega con chiarezza che “bisogna mettere ovuli o gel con la stessa costanza con cui si mette la crema sul viso”, Paola decide di accettare il trattamento, pur mantenendo una certa prudenza.

Dunque, anche quando emergono disturbi legati alla sfera sessuale – come secchezza vaginale o dolore durante i rapporti – le donne raramente li segnalano spontaneamente. In alcuni casi si osserva persino una forma di respingimento o di rifiuto a trattare l’argomento, come nel caso di Alessandra, una donna di 57 anni che presenta secchezza vaginale e atrofia dei tessuti.

Durante la visita, le viene spiegato che esistono terapie per favorire il trofismo dei tessuti e ridurre il fastidio, così da rendere i rapporti meno dolorosi e facilitare anche le visite ginecologiche. Alessandra, però, risponde con una certa riluttanza:

“Lei me lo prescriva, poi vedo io. Sono stanca di dover usare tutte queste creme o ovuli.”

La dottoressa la rassicura, sottolineando che la terapia serve a evitare il peggioramento della sua condizione, anche in assenza di rapporti frequenti.

Questo scambio mostra come la sessualità in menopausa venga spesso percepita come una dimensione marginale, secondaria rispetto alla salute “più visibile” o agli aspetti considerati clinicamente più urgenti. Ciò rivela anche la presenza di un pudore diffuso, un imbarazzo che attraversa lo spazio medico e che riflette la

persistenza di norme culturali che rendono difficile, per molte donne, parlare apertamente del desiderio e del corpo sessuato dopo una certa età.

Analogo è il caso di Linda, una paziente di 63 anni la cui menopausa è stata indotta dalla chemioterapia a causa di un tumore al colon. Nel corso della visita, Linda racconta la molteplicità dei sintomi che la riguardano come mal di testa, insonnia, vampate, dolori articolari e disturbi gastrointestinali. Quando la ginecologa le chiede se ha disturbi a livello vaginale, la donna risponde con naturalezza: “Sì, ogni tanto provo un po’ di bruciore”, quasi minimizzando il disagio. Da quel momento la dottoressa prova a esplorare più a fondo la dimensione dell’intimità: chiede della secchezza vaginale, ma Linda confessa di non utilizzare regolarmente i medicinali prescritti perché “ha già troppi problemi”.

Alla domanda sui rapporti sessuali risponde con un lieve imbarazzo: “In questo momento no, ma ce li ho”, seguita da una pausa che sembra esprimere incertezza su quanto sia opportuno condividere. Quando la ginecologa le chiede se utilizza lubrificanti, Linda appare confusa: “No... ma se me lo può dare...”, risponde con imbarazzo.

Le risposte di Linda mettono in luce come la dimensione dell’intimità resti un territorio fragile e poco esplorato nel dialogo medico-paziente, spesso avvolto da esitazione e fraintendimenti. Linda, come molte altre donne incontrate sul campo, sembra muoversi entro i confini dell’invisibilità, cercando un equilibrio tra il bisogno di cura e la resistenza a riconoscere, pubblicamente, una dimensione del sé che la società tende a negare.

Nonostante ciò, vi sono anche rari casi di donne che riconoscono le problematiche che afferiscono alla sfera sessuale come priorità di cura, affrontandole apertamente, come Valentina, 44 anni, in menopausa precoce da qualche anno. Valentina entra in ambulatorio e subito, con tono di voce allegro, esordisce con:

“Finalmente ho una bella notizia, dato che vado sempre a piangere dalla dottoressa: mi trasferisco e vado a convivere con il mio compagno!”

Il suo entusiasmo, però, lascia presto spazio a una preoccupazione più intima quando la ginecologa inizia a chiederle come procede la sintomatologia. Valentina confida, così, di avere alcune difficoltà nella relazione con il suo compagno:

“Non ho usato la terapia che mi ha consigliato per la secchezza... ho sempre la libido bassa e mi devo impegnare tanto per accendere le cose. Lui forse si autocensura, perché non si sente all'altezza, perché non riesce ad accendermi. Ma l'ho rassicurato che sono io. Da sola riesco, ma in coppia no.”

Il racconto di Valentina si alterna tra ironia e amarezza, come quando scherza dicendo:

“Ho sia il peso mio, “non funzioni bene”, che il peso suo. Se ci metti il pensiero, azzeri tutto... non lo so, finiremo a bere!”

La battuta, pur stemperando la tensione, rivela un vissuto di vulnerabilità, in cui la difficoltà sessuale diventa anche terreno di negoziazione relazionale e identitaria. La ginecologa, dunque, le consiglia un percorso con un terapeuta psicosessuale, spiegando che potrebbe aiutarla a superare eventuali blocchi emotivi. Valentina ascolta, ma sembra divisa tra il desiderio di affrontare il problema e il timore di essere giudicata: “Passo per una poco di buono, perché sono io che prendo iniziativa e non il contrario.” In questo commento emerge chiaramente il peso dei codici morali e culturali che regolano la sessualità femminile, soprattutto in età adulta, dove l'iniziativa sessuale della donna può ancora essere percepita come trasgressiva o inappropriata.

Alla fine della visita, la dottoressa le propone una terapia ormonale con bassi dosaggi di testosterone – trattamento non ufficialmente previsto per le donne in Italia, ma solo per gli uomini – per favorire un miglioramento della libido. “Non dovrebbero esserci effetti collaterali”, spiega, sottolineando la necessità di monitorare la risposta.

In seguito, ho avuto modo di intervistare Valentina per approfondire meglio la sua esperienza e mi ha raccontato il suo modo di vivere la sessualità. Dalla sua

narrazione è emerso un passato complesso, segnato da relazioni affettive complicate, caratterizzate da manipolazione emotiva, svalutazione e senso di inadeguatezza.

Originaria della Campania, Valentina³⁴ si è trasferita in Lombardia per lavoro e vive una relazione a distanza con il suo nuovo compagno: “L’ultima volta che sono stata dalla dottoressa sono sfociata in un pianto non tanto per la mia condizione, ma perché qui mi sento molto sola”.

Parlando della propria storia sentimentale, Valentina spiega di essere sempre stata con uomini più grandi e di aver avuto la sua prima esperienza sessuale piuttosto tardi³⁵, a 25 anni. Il primo rapporto, racconta, fu meccanico e privo di piacere: “Non capivo cosa ci trovassero gli altri di così bello”. Con il tempo, le sue relazioni successive hanno riproposto le dinamiche analoghe, segnate da squilibri e mancanza di attenzione al suo desiderio. Con un ex compagno la sessualità era diventata un peso: “Non avevo mai voglia, cercavo di evitarlo e a volte speravo che lui si addormentasse”.

Valentina collega questa difficoltà a un’educazione rigida ricevuta da bambina, in particolare dalla nonna, che la metteva in guardia dagli uomini e le diceva che il sesso era “una cosa sporca, che non si fa”. Col tempo, però, è riuscita a emanciparsi da questa visione, maturando un’idea più libera della sessualità come spazio di scelta e intimità condivisa.

Oggi, tuttavia, anche con il compagno attuale incontra delle problematiche:

“A volte lui si blocca perché sa che ho dei problemi, e allora devo essere io a prendere l’iniziativa. Ma spesso lo faccio più per dovere che per desiderio.” Sebbene affermi di trovarsi bene con lui sotto molti aspetti, confessa di avere dubbi

³⁴ Intervista a Valentina, Pavia, 24 giugno 2025.

³⁵ Anche qui torna la tensione tra tempo sociale e tempo biologico. Il “ritardo” è definito in relazione a modelli normativi e a un’idea culturalmente costruita della “perdita della verginità”.

sulla compatibilità sessuale, e di conseguenza, sulla solidità della relazione: “Mi chiedo se sia davvero la persona giusta per me”.

La situazione di Valentina può essere letta alla luce di quanto emerge anche in altri studi sulla sessualità in menopausa (Winterich, 2003; Ussher et al., 2015). Molte donne, infatti, interpretano la secchezza vaginale e la perdita di desiderio come segnali di una relazione che non funziona più, piuttosto che sintomi dovuti alla menopausa. In contesti eterosessuali, dove spesso mancano momenti di comunicazione sui propri bisogni e desideri, le dinamiche intime continuano a basarsi su idee dominanti di “vero” sesso – ovvero con penetrazione –, che privilegiano il piacere maschile e portano alcune donne a vivere i rapporti con disagio o per senso del dovere.

Come sottolinea lo studio condotto da Ussher et al. (2015), è importante riconoscere la dimensione materiale dei cambiamenti che possono interessare la sessualità e il corpo durante e dopo la menopausa; tuttavia, a determinare l’impatto negativo sul desiderio o sull’attività sessuale è, piuttosto, il contesto culturale e relazionale in cui queste trasformazioni vengono vissute. Per le donne più giovani che sperimentano una menopausa precoce, come nel caso di Valentina, questo vissuto può essere ancora più complesso e doloroso, poiché entra in conflitto con le aspettative sociali e personali legate alla loro età (Anderson et al., 2011).

L’esperienza di Valentina, in cui la mancanza di sintonia con il partner esacerba la percezione di “non funzionare”, evidenzia quanto del dialogo con il partner al fine di tenere vivo il desiderio. Inoltre, riconoscere che la sessualità non si esaurisce nella penetrazione (Winterich, 2003; Ussher et al., 2015), ma può includere molteplici modalità di piacere, significa restituire alle donne e alle coppie la possibilità di riscoprire il desiderio al di fuori dei modelli normativi. Solo attraverso una comunicazione sincera e la disponibilità a esplorare nuove forme di intimità è possibile costruire un rapporto più consapevole, empatico e realmente soddisfacente.

La sfera dell'intimità, dunque, si intreccia inevitabilmente con la dimensione emotiva: solitudine, ansia e senso di inadeguatezza diventano parte integrante dell'esperienza menopausale, aprendo così alla riflessione sul tema della salute mentale.

4.3 Sopravvivere al ritmo: salute mentale e lavoro nella transizione menopausale

Analogamente a quanto osservato per la sfera sessuale, è lecito interrogarsi sul grado in cui le trasformazioni fisiologiche e ormonali associate alla menopausa incidano sulla salute mentale, o se, anche in questo caso, siano piuttosto le condizioni sociali, relazionali e culturali a esercitare un'influenza più determinante nella percezione e nella gestione del disagio psichico. Come evidenziato da numerosi studi in ambito psicologico (Cheung et al., 2004; Nosek et al., 2010; Tamaria et al., 2013; Arnot et al., 2021), si riscontra una maggiore prevalenza di disturbi psicologici e di morbilità psichiatrica tra le donne in peri- e post-menopausa, con particolare riferimento a sintomi quali depressione, stress e ansia. I cambiamenti ormonali che caratterizzano questa fase possono inoltre contribuire all'insorgenza di ulteriori problematiche, tra cui difficoltà di concentrazione, deficit di memoria, insonnia e, nei casi più gravi, un aumento del rischio di patologie neurodegenerative come l'Alzheimer e la demenza (Roy et al., 2022).

Tuttavia, gran parte della lettura psicologica sulla menopausa tende a concentrarsi sulla correlazione diretta tra disturbi mentali e fluttuazioni ormonali, trascurando le dimensioni socioeconomiche, relazionali e culturali che influenzano il benessere psicologico delle donne in questa fase della vita.

I dati emersi dalla mia ricerca sul campo confermano la necessità di una prospettiva più complessa: delle undici donne intervistate, otto hanno dichiarato di essere seguite da uno psicoterapeuta, ma la maggior parte di esse ha iniziato il percorso non in concomitanza con l'arrivo della menopausa, bensì in seguito a esperienze di vita difficili, come lutti, malattie o disturbi d'ansia persistenti. Ciò suggerisce che la menopausa, di per sé, non costituisce una condizione patologica né è

necessariamente portatrice di disturbi psicologici; piuttosto, essa deve essere compresa e analizzata all'interno della cornice esistenziale del soggetto considerato.

La situazione socioeconomica e gli eventi drammatici vissuti a ridosso della menopausa hanno inciso profondamente sulle vite di due donne già incontrate nel capitolo precedente, Anita e Isabel, entrambe segnate dalla morte dei rispettivi partner. Sia Anita che Isabel hanno sottolineato l'importanza del supporto psicologico nel processo di elaborazione e adattamento a questa fase di transizione.

Come racconta Anita:

“All'inizio mi trovavo bene con la mia psicologa, ma poi la fiducia nei suoi confronti è venuta meno quando ha iniziato a prescrivermi dei farmaci per l'elevato nervosismo e l'irritabilità che provavo in quel periodo. Così ho deciso di andare da uno psichiatra pubblico che mi ha detto: “è normale essere così, stai cercando di reagire”. Il suo commento mi ha fatto sentire capita. Dovevo ancora elaborare il lutto, la menopausa precoce ma anche il mio passato familiare, con la separazione dei miei.”

Il racconto di Anita evidenzia quanto la comprensione e la legittimazione del proprio stato emotivo possano avere un effetto terapeutico tanto quanto – se non più – di un trattamento farmacologico. La sua esperienza conferma quanto sia rilevante il contesto biografico nella comprensione dei vissuti legati alla menopausa.

Un punto di vista analogo è emerso anche nel corso dell'intervista con la dottoressa Annarita³⁶, ginecologa dell'ambulatorio, durante la quale sono stati discussi aspetti interessanti. Anche lei sottolinea la frequenza dei disturbi comunemente associati alla menopausa – come confusione mentale, deflessione del tono dell'umore, difficoltà a concentrarsi – ma pone l'attenzione su un aspetto cruciale, ovvero la

³⁶ Intervista alla dottoressa Annarita, Pavia, 30 aprile 2025.

diversa incidenza che tali sintomi possono avere in base alla condizione lavorativa e sociale delle pazienti:

“Mi capita più spesso che mi vengano a richiedere una terapia vera, quindi una terapia ormonale, donne che sono lavorativamente attive, ovvero che devono essere performanti sul lavoro, nelle quali questi deficit cognitivi impattano tantissimo, anche sulla qualità del lavoro e giustamente loro non lo accettano. Stesso discorso vale per l’insonnia. Una che non lavora, casalinga, che non dorme la notte però poi al mattino può stare tranquilla, si fa un pisolino, allora magari può anche gestirla quella insonnia lì. Ma una che magari non dorme tutta notte poi al mattino si sveglia alle 7 e deve lavorare tutto il giorno, questo non lo accetta. Quindi di solito queste sono donne che mi richiedono di più una terapia ormonale e se tu poi dai quella corretta il beneficio è enorme.”

Il punto della dottoressa è di fondamentale importanza, perché dimostra come i fattori socioeconomici influenzano il modo in cui le donne vivono i disturbi psicologici che la menopausa può acuire. Talvolta, la richiesta di terapia ormonale non appare motivata unicamente dal disagio fisico, ma anche dal bisogno di mantenere livelli di efficienza e produttività in contesti lavorativi che non ammettono fragilità. Questo aspetto apre a una riflessione più ampia sulla mancanza di tutele e di politiche mirate per le donne in menopausa che si trovano ancora in età lavorativa, e più in generale sul modo in cui le istituzioni sanitarie e sociali definiscono e medicalizzano il corpo femminile in questa fase della vita.

Nel corso della stessa intervista, alla domanda relativa all’approccio terapeutico da adottare di fronte a sintomi di natura psicologica, la dottoressa evidenzia la necessità di un intervento integrato:

“Sicuramente la terapia integrata è la soluzione migliore perché non è la menopausa la colpa di tutto. Spesso la menopausa slatentizza una vulnerabilità che la paziente ha al di sotto. Ti faccio un esempio: La paziente che ha avuto la depressione post partum, è una paziente che io so già che, quando andrà in

menopausa, l'umore sarà il suo punto debole. Ovviamente io non le dico "tranquilla, ti do i miei ormoni e risolvi al 100%". Se l'ormone lo integro con psicoterapia e altre cose, ovviamente il beneficio diventa esponenziale. Poi esistono tantissime tipologie di terapie, le quali possono essere personalizzate a seconda del sintomo, cioè se il sintomo prevalente è neurologico darò una terapia, se il sintomo è la vampata ne darò un'altra e così via."

La risposta della dottoressa offre una prospettiva preziosa che si discosta dall'approccio biomedico tradizionale, valorizzando invece la complessità del vissuto psichico e relazionale delle donne. La terapia ormonale, in tale quadro, diventa solo una delle possibili soluzioni, da integrare con percorsi psicologici o psicoterapeutici.

Questa lettura trova un riscontro concreto nella situazione di Patrizia, 61 anni, che racconta di sperimentare uno stato di profondo malessere fisico e psicologico che ha progressivamente compromesso la sua quotidianità.

"Non riesco più a stare in piedi, ho dolori dappertutto, sento i muscoli rigidi, non riesco più a muovermi. La situazione è insostenibile, non riesco nemmeno più ad andare a lavorare."

I sintomi diffusi l'hanno costretta a interrompere la propria attività lavorativa con una perdita che lei stessa definisce "un crollo del 80%". Alla fatica fisica si sommano insonnia, cefalee e un senso costante di nervosismo e spossatezza:

"Di notte non dormo, la mattina sono sempre stanca, non riuscire a dormire non è il massimo, sono sempre nervosa, sempre distrutta."

Emerge qui la fatica quotidiana di Patrizia che cerca di mantenere un equilibrio tra vita lavorativa e personale, mentre i sintomi fisici e psicologici la consumano progressivamente. È la voce di chi chiede aiuto per non soccombere del tutto, rivelando quanto la menopausa possa trasformarsi, in assenza di adeguato supporto, in un'esperienza di profonda vulnerabilità e isolamento.

Un quadro simile emerge anche nel caso di Benedetta, 40 anni, che da tempo manifesta episodi di forte ansia e sintomi somatici acuti. Durante un turno di lavoro, ha sperimentato un improvviso malessere che descrive come “un attacco di panico”, caratterizzato da tachicardia, irrigidimento delle mani e sensazione di svenimento, tanto da essere costretta a sdraiarsi. Nonostante il persistente malessere, Benedetta ha continuato a recarsi al lavoro, temendo le reazioni del suo superiore, che aveva già criticato la sua assenza per malattia.

La paziente, in menopausa precoce, è seguita da anni e ha sperimentato numerose terapie, senza tuttavia ottenere miglioramenti duraturi. Durante la visita, Benedetta valuta la possibilità che tali episodi siano collegati alla terapia ormonale sostitutiva, la dottoressa quindi le consiglia di fare degli accertamenti neurologici.

Il racconto di Benedetta enfatizza la difficoltà, da parte delle pazienti e dei medici, di distinguere i confini tra dimensione biologica, psicologica e lavorativa del malessere. I suoi sintomi, infatti, si collocano in uno spazio ambiguo in cui ansia, stress e alterazioni ormonali si intrecciano, rendendo complessa la definizione di una diagnosi univoca.

L'antropologo Arthur Kleinman (1978) leggerebbe tale ambiguità attraverso la lente della teoria dei modelli esplicativi, ovvero l'insieme delle diverse modalità attraverso cui gli individui coinvolti nel processo terapeutico – medici, pazienti e familiari – elaborano un proprio sistema di spiegazione della malattia. Tali modelli servono a interpretare i sintomi, a elaborarne le cause e a orientare le strategie di cura. Nel caso di Benedetta, si osserva una distanza tra il modello biomedico del *disease* – che tende a leggere i disturbi come squilibri ormonali o psichici isolabili – e quello esperienziale dell'*illness*, in cui la sofferenza è inscritta in una rete più ampia di ruoli sociali e pressioni lavorative. La difficoltà consiste dunque nel far dialogare questi due piani, nel riconoscere che la menopausa e i suoi effetti non possono essere pienamente compresi se scomposti in categorie separate.

Inoltre, la situazione di Benedetta mette in luce l'approccio ancora ambiguo e spesso poco empatico con cui vengono trattati i disagi psicologici e i casi di burnout lavorativo. Tali condizioni si sommano alla già discussa mancanza di tutele per le donne in menopausa, che risultano ancor più critiche nel caso di donne giovani che sperimentano una menopausa precoce, come Benedetta, costrette ad affrontare i sintomi fisici e psicologici dell'evento in un'età in cui non ci si aspetta di doverli gestire.

Le narrazioni di queste donne, congiuntamente alle parole della dottoressa, pongono l'accento su due questioni di cruciale rilevanza: da un lato, la sottovalutazione dei disagi psicologici a livello sociale e, dall'altro, l'assenza di tutele che salvaguardino le donne in menopausa sul posto di lavoro. Si tratta di nodi tuttora irrisolti nel dibattito pubblico e nelle politiche di salute, che richiedono un riconoscimento più ampio e interventi concreti, soprattutto considerando l'invecchiamento demografico e l'innalzamento dell'età pensionabile in Italia, affinché la menopausa non continui a essere vissuta come un'esperienza di marginalità e silenzio.

4.4 Conclusioni

Nel complesso, le testimonianze e le osservazioni raccolte mostrano come l'esperienza della menopausa non possa essere interpretata unicamente in termini biologici, ma vada compresa come un fenomeno intersezionale, nel quale si intrecciano le dimensioni culturali, sociali e psicologiche dell'esistenza femminile. Il corpo, in questa fase di trasformazione, diventa il luogo di negoziazione tra norme sociali e vissuti individuali: il peso, l'immagine corporea e la sessualità si caricano di significati che riflettono aspettative, pressioni e paure associate all'invecchiamento e alla perdita di fertilità. Il tema del corpo "che cambia" mette in evidenza come la menopausa si accompagni spesso a sentimenti di inadeguatezza e di perdita di controllo, alimentati da modelli estetici e produttivi che impongono alle donne di restare efficienti e desiderabili.

Al contempo, la recente approvazione della Legge n. 149/2025 “Disposizione per la prevenzione e la cura dell’obesità”, che riconosce l’obesità come “malattia progressiva e recidivante” in Italia, segna una svolta nel modo in cui il sovrappeso viene istituzionalmente considerato e affrontato. Tuttavia, la legge non fornisce criteri diagnostici chiari né un quadro interpretativo della condizione, focalizzandosi prevalentemente sulla promozione di corretti stili alimentari all’interno delle scuole e degli ambiti sanitari. In questo modo, il testo legislativo tende a privilegiare una visione comportamentale e individualizzante del problema, che riduce l’obesità a una questione di scelte personali e di educazione alimentare, trascurando la dimensione esperienziale, socioeconomica e psicologica che incide sulla gestione del peso corporeo.

Nel caso delle donne in menopausa, questa prospettiva risulta riduttiva: il cambiamento corporeo non dipende solo da fattori comportamentali, ma da un intreccio di trasformazioni ormonali, sociali e psicologiche. Ignorare tali aspetti rischia di alimentare senso di colpa e auto-responsabilizzazione, facendo percepire l’aumento di peso come un fallimento rispetto ai modelli dominanti di efficienza e controllo di sé.

Analogamente, la sfera della sessualità appare segnata da ambivalenze: da un lato, il venir meno della funzione riproduttiva può generare un senso di libertà; dall’altro, può riattivare insicurezze legate al desiderio, al corpo che cambia, e al timore di non essere riconosciute come “donne complete”.

Tuttavia, la sessualità in menopausa resta ancora oggi un tema fortemente tabù spesso taciuto o ridotto alla dimensione clinica. Molte donne vivono i cambiamenti del desiderio e del corpo in maniera isolata, temendo di non essere comprese nel loro disagio. È invece fondamentale promuovere una maggiore diffusione di conoscenze e di discorsi aperti sul tema, affinché la sessualità in questa fase della vita non sia più percepita come argomento imbarazzante o marginale, ma come parte integrante del benessere e della soggettività femminile. Sebbene questa ricerca non si sia concentrata in modo specifico sul nesso tra fattori socioculturali

e sintomi come secchezza vaginale o riduzione della libido, tali aspetti rappresentano un campo di indagine promettente per futuri approfondimenti, volti a esplorare come i discorsi culturali sulla sessualità influenzino la percezione del corpo e il desiderio in menopausa.

La riflessione sulla salute mentale, allo stesso modo, ha evidenziato come la menopausa possa agire da fattore di amplificazione di fragilità psicologiche pregresse, piuttosto che rappresentarne la causa diretta. Le parole della dottoressa e le esperienze delle pazienti sottolineano l'importanza di un approccio terapeutico integrato, capace di considerare le molteplici sfaccettature del vissuto femminile oltre la dimensione ormonale. Tuttavia, anche in questo ambito resta aperta la necessità di approfondire ulteriormente il ruolo che le condizioni socioeconomiche, lavorative e relazionali giocano nel modellare il disagio psichico, individuando così strategie di cura più sensibili e situate.

Attraverso queste prospettive, emerge un filo conduttore comune: la necessità di superare la visione medicalizzata e normativa della menopausa, restituendole la dimensione umana, relazionale e storicamente situata. Comprendere la menopausa come un'esperienza plurale e intersezionale significa riconoscere la diversità dei vissuti femminili e la profonda interdipendenza con i contesti sociali e culturali. Solamente attraverso questo approccio è possibile immaginare pratiche di assistenza più consapevoli, in grado di valorizzare la soggettività e dare ascolto e dignità a una fase della vita troppo a lungo segnata dal silenzio e dallo stigma.

CONCLUSIONE

Come è stato delineato nell'introduzione, gli obiettivi della ricerca sono stati quelli di indagare come la menopausa venga vissuta e negoziata all'interno degli spazi di cura; di comprendere il ruolo della medicalizzazione nel modellare tempi, pratiche e significati associati a questa fase della vita; e, infine, di mettere in luce la pluralità delle esperienze menopausali, analizzando come esse si intreccino con percorsi biografici, condizioni sociali e sistemi di potere.

Tali obiettivi sono stati perseguiti attraverso l'analisi della letteratura esistente e il lavoro etnografico svolto sul campo, basato su interviste semidirettive e osservazione partecipante. La combinazione di questi due livelli di indagine ha permesso di costruire una prospettiva più completa del fenomeno, mettendo in dialogo l'apparato teorico con le esperienze concrete delle intervistate.

Nel corso di tre mesi trascorsi in un ambulatorio dedicato alla menopausa complessa, ho avuto l'opportunità di intervistare undici donne, di cui tre provenienti da un contesto extraeuropeo – Perù, Ecuador e Marocco. Le partecipanti presentavano esperienze differenti: alcune vivevano una menopausa precoce, altre una menopausa tardiva, altre ancora una menopausa iatrogena, cioè, indotta da interventi medici. Molte di loro convivevano con sintomi quali vampate di calore, forti emicranie, insonnia, patologie cardiovascolari o reumatologiche, e, solitamente, anche secchezza a livello vaginale, condizioni che spesso richiedevano la prescrizione della terapia ormonale sostitutiva per essere gestite.

Ho inoltre avuto modo di confrontarmi con una ginecologa e una specializzanda, approfondendo le difficoltà legate alla convivenza con questi sintomi, le percezioni rispetto alla terapia ormonale sostitutiva e gli aspetti più rilevanti del loro lavoro clinico.

La ricerca sul campo mi ha permesso di osservare da vicino le varie fasi della visita in ambulatorio: la descrizione dei sintomi da parte delle pazienti, la riunione dei medici per formulare una diagnosi e, infine, la prescrizione della terapia. Inoltre,

ho potuto analizzare le dinamiche di negoziazione del trattamento e le modalità attraverso cui si struttura il rapporto tra medico e paziente.

In questa sezione conclusiva si ripercorrono le principali evidenze emerse dalle osservazioni e dalle interviste, mettendo in luce i nodi analitici più rilevanti e avanzando alcune considerazioni finali. L'intento è quello di restituire un quadro interpretativo coerente, capace di tenere insieme la complessità dei vissuti individuali, le dinamiche istituzionali e i processi socioculturali che contribuiscono a modellare la percezione della menopausa. Tale sintesi mira non solo a riassumere quanto emerso, ma anche a riflettere sulle implicazioni più ampie del lavoro svolto e sulle possibilità future di ricerca.

Innanzitutto, i risultati confermano quanto già messo in discussione dalla prospettiva antropologica: l'idea della menopausa come evento universale e omogeneo non trova riscontro nelle narrazioni delle donne, indipendentemente dalle appartenenze di classe, dalle provenienze geografiche e dagli statuti di cittadinanza in Italia. Al contrario, la menopausa rivela un vissuto profondamente situato, caratterizzato da percezioni, sensazioni e significati diversi. Le testimonianze raccolte ribadiscono così la necessità di un ascolto individualizzato, capace di riconoscere la pluralità delle esperienze e di attribuire valore a ciascuna di esse.

Sebbene vi siano ancora rappresentazioni negative che associano la menopausa a un declino fisico e sociale, emergono talvolta segnali di resistenza e riscatto personale. Alcune donne, infatti, mettono apertamente in discussione tali pregiudizi, cercando di rinegoziare il significato attribuito a questa fase della vita. Mediante strategie di adattamento e di coping, esse tentano di attribuire nuovo valore al proprio vissuto, ridefinendo al tempo stesso anche la propria identità.

È emerso, inoltre, come il contesto clinico sia influenzato dai processi di medicalizzazione e di aziendalizzazione, che introducono logiche tipiche del mondo aziendale all'interno degli ambienti sanitari. Questo assetto genera spesso

un distacco emotivo percepito negativamente dalle pazienti, le quali ribadiscono il bisogno di essere comprese nella loro sofferenza. Al contempo, si osserva come la clinica contribuisca a sua volta a riprodurre stigmi sociali e narrazioni patologizzanti. Paradossalmente però, è proprio nell'ambito medico che molte donne trovano oggi un luogo di ascolto e di riconoscimento che spesso manca in altri contesti sociali. Le visite, le consulenze e i trattamenti medici possono costituire spazi di dialogo in cui le donne esercitano forme di agency, negoziando attivamente il proprio rapporto con il corpo e con l'idea di salute.

Nonostante i progressi compiuti, la menopausa continua ad essere un tema ancora poco discusso al di fuori di spazi specificamente dedicati. Negli ultimi anni si è osservata una crescente sensibilizzazione, favorita anche dalla diffusione di contenuti sui social media. Alla luce di fenomeni come l'invecchiamento demografico, diventa indispensabile prestare attenzione alle esperienze delle donne in menopausa, in particolare di coloro che si trovano a convivere con sintomi persistenti – come vampate di calore, dolori articolari, insonnia o secchezza vaginale – oppure con esperienze di menopausa etichettate come “fuori norma”, ossia vissute prima o dopo l'età comunemente ritenuta tipica. È auspicabile che istituzioni, organizzazioni politiche, sindacati, così come il sistema sanitario, inizino a sviluppare forme di tutela concrete, capaci di rispondere ai bisogni di questi gruppi e di riconoscerne la diversità dei vissuti.

La presente ricerca rappresenta un tentativo di dare rilievo e voce a esperienze spesso marginalizzate. Attraverso un approccio intersezionale – che mette in relazione l'asse del genere con altri assi come migrazione, età e classe sociale – e grazie al metodo etnografico, è stato possibile far emergere storie di vita complesse, a lungo rimaste inascoltate, che manifestavano il bisogno di essere raccontate e riconosciute nella loro piena rilevanza. In questo senso, il cuore del lavoro svolto risiede proprio nel restituire spazio a narrazioni rese invisibili, affinché possano finalmente trovare ascolto e legittimazione.

Il primo capitolo ha fornito un quadro generale della letteratura dell'antropologia medica e degli studi di genere, delineando la cornice teorica di riferimento entro cui si inserisce la ricerca. A partire dal secondo capitolo, ci si addentra nel vivo del lavoro etnografico, partendo dalle osservazioni in ambulatorio e dalle interviste al personale sanitario. In questa sezione è emerso come la medicalizzazione entri concretamente nella vita quotidiana delle donne, dando rilievo anche al ruolo attivo delle pazienti, impegnate in una continua negoziazione delle cure. Inoltre, sono stati evidenziati i costi – materiali, emotivi e simbolici – associati alla terapia ormonale sostitutiva e alle condizioni cliniche che accompagnano la transizione menopausale.

Nel terzo capitolo, dedicato alle dimensioni sociali e simboliche, sono emerse le molteplici modalità attraverso cui la menopausa viene vissuta e narrata. Le storie transnazionali delle donne migranti hanno rivelato come l'esperienza menopausale si combini con biografie segnate già da mobilità, adattamento e stigma, rendendo l'invecchiamento un processo ancora più isolante e invisibile. Le narrazioni di menopausa precoce e tardiva hanno svelato la vulnerabilità sociale di coloro che vivono una condizione "fuori norma", trovandosi a fare i conti con un evento imprevisto che modifica aspettative sociali, progettualità e percezioni di sé. Le esperienze di menopausa iatrogena, infine, hanno evidenziato l'impatto della malattia e dell'intervento medico esercitano sul corpo e sulla mente: dopo il tumore, molte donne vivono un processo di riscoperta e ridefinizione di sé, che trasforma il modo in cui si percepiscono e interpretano il proprio percorso esistenziale.

Infine, il quarto capitolo ha affrontato il tema del corpo in metamorfosi, analizzando i vissuti legati al peso corporeo, all'intimità, alla salute mentale e al lavoro: ne emerge un quadro in cui la menopausa può rappresentare tanto un momento di fragilità, quanto un'occasione in cui le donne ridefiniscono ruoli, identità e relazioni alla luce dei cambiamenti corporei e sociali.

Nel complesso, la ricerca ha raggiunto gli obiettivi prefissati: ha dimostrato come le esperienze delle donne siano profondamente eterogenee, evidenziando i limiti

degli approcci uniformanti della biomedicina. In aggiunta, ha dato voce a vissuti spesso marginalizzati, restituendo dignità e complessità a storie che rivelano la necessità di riconsiderare la menopausa non come un momento di perdita, ma come una transizione intrisa di significati, possibilità e nuove forme di agency.

Tuttavia, occorre sottolineare che la ricerca presenta alcune limitazioni che hanno influito, almeno in parte, sulla portata delle osservazioni raccolte. In primo luogo, i tempi ristretti imposti dal percorso di laurea non hanno consentito di approfondire più a lungo le storie di vita delle pazienti, né di seguirle in visite successive, elemento che avrebbe permesso di osservare eventuali miglioramenti, peggioramenti o cambiamenti nella loro percezione della menopausa. Un ampliamento delle tempistiche avrebbe reso possibile incontrare un numero più ampio di pazienti e cogliere una variabilità più estesa di profili e situazioni, contribuendo a una comprensione ancora più articolata dei diversi modi in cui la menopausa viene vissuta. Inoltre, il formato semi-strutturato delle interviste ha favorito l'emersione chiara di alcune tematiche ricorrenti, ma ha al contempo relegato in secondo piano altre questioni che avrebbero potuto rivelarsi rilevanti per l'analisi complessiva.

Infine, l'utilizzo del camice, strumento simbolicamente denso, ha contribuito a generare in alcune partecipanti un senso di intimidazione o l'idea che appartenessi al personale medico, nonostante le spiegazioni fornite sul mio ruolo di ricercatrice antropologica. Tale fraintendimento potrebbe aver influenzato parzialmente la spontaneità e la natura delle risposte ottenute (Pasquarelli, 2024).

Future ricerche potrebbero soffermarsi sulle tematiche secondarie esplorate nell'ultimo capitolo e che, per limiti di tempo e di variabilità dei profili, non è stato possibile approfondire in modo adeguato. L'utilizzo di un campione più ampio e diversificato di donne consentirebbe di esplorare più approfonditamente le intersezioni tra menopausa, migrazione, orientamento sessuale, classe sociale e altre dimensioni di differenza.

Sarebbe inoltre interessante indagare più nel dettaglio come si sviluppano le percezioni relative alla menopausa – e, nello specifico, della terapia ormonale sostitutiva, qualora pertinente – sia in Italia sia in altri contesti nazionali. Un’analisi comparata dei diversi sistemi sanitari potrebbe fornire ulteriori elementi per comprendere come pratiche mediche, politiche pubbliche e rappresentazioni culturali contribuiscano a modellare l’esperienza della menopausa in modi intrinsecamente differenti.

In definitiva, questa ricerca ha mostrato come la menopausa sia un’esperienza complessa, situata e radicalmente influenzata da fattori sociali, culturali e istituzionali. Le voci raccolte sul campo hanno evidenziato la necessità di un ripensamento delle pratiche cliniche e delle politiche di tutela, al fine di poter rispondere concretamente alla pluralità dei vissuti femminili. Pur nei suoi limiti, il lavoro svolto rappresenta un primo passo verso una comprensione più ampia e inclusiva di questa fase della vita, con la speranza che studi futuri possano proseguire su questa strada, espandendo lo sguardo e approfondendo ulteriormente le questioni qui affrontate.

APPENDICE

Gloria FRISONE, PhD.

Università degli Studi di Pavia
Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali



OGGETTO: PROTOCOLLO DI RICERCA QUALITATIVA

Responsabile del progetto di ricerca

Gloria Frisone è ricercatrice e docente universitaria di antropologia culturale e sociale. Dal 2015 ha svolto attività di ricerca etnografica presso numerose strutture geriatriche e neurologiche in Italia e in Francia analizzando in chiave antropologica le diverse prospettive che riguardano la malattia di Alzheimer. Nel 2019 ha conseguito il titolo di dottorato in antropologia sociale e etnologia presso l'EHESS di Parigi e tra il 2020 e il 2021 ha vinto una borsa post-doc della Fondation Croix rouge française con un progetto di ricerca sull'isolamento sociale delle persone anziane con background migratorio della Seine-Saint- Denis (Francia). Dal 2021 al 2023 è stata docente di antropologia culturale e antropologia medica all'Università di Milano-Bicocca, Milano e Udine. Attualmente è assegnista di ricerca del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università degli studi di Pavia dove collabora al progetto TAIA (Transnational Aging between Italy and Africa. Anthropological Perspectives).

Con la presente, la sottoscritta richiede formalmente il gentile consenso ad accogliere nella vostra Spettabile Struttura – per una durata concordabile – la studentessa Arianna Albertini, studentessa della Laurea Magistrale in Studi dell'Africa e dell'Asia dell'Università degli Studi di Pavia, affinché possa effettuare, ai fini del conseguimento del titolo, la ricerca etnografica di seguito

specificata.

Presentazione del progetto di ricerca

Il progetto di tesi magistrale si inserisce nel contesto disciplinare dell'antropologia medica, branca dell'antropologia sociale e culturale volta a investigare il punto di vista culturale e socialmente diffuso di temi quali la salute, il corpo, la malattia, la cura e la guarigione. Più nello specifico, questa ricerca tenderà ad analizzare la condizione di menopausa precoce. L'obiettivo della ricerca è individuare nodi critici di una fase del ciclo di vita femminile, con particolare riferimento alla costruzione sociale di anzianità e fertilità come fattori centrali dell'identità di genere, senza tralasciare le dinamiche sociali implicate nella costruzione e trasformazione delle soggettività femminili in una delicata fase della vita.

Metodologia

La ricerca si avvale del metodo etnografico e privilegia un approccio qualitativo tipico dell'antropologia. La ricerca antropologica, infatti, si contraddistingue per il carattere intensivo, autoriflessivo e collaborativo, teso a mettere in luce e in dialogo fra loro le diverse prospettive e i diversi punti di vista che si colgono all'interno dell'arena sociale nella quale si muove il ricercatore.

Gli strumenti classici di questa metodologia di ricerca sono l'osservazione partecipante delle diverse situazioni sociali che si presentano all'osservatore e, laddove possibile, le interviste semi-strutturate.

Nel caso specifico si richiede alla Spettabile Struttura la possibilità che la studentessa possa affiancare un membro del personale sanitario che si renda disponibile ad accompagnarla nel suo percorso conoscitivo, consentendole di assistere ad alcuni colloqui e visite con le pazienti, nel pieno rispetto delle funzioni di cura e limitatamente alle finalità previste dal presente protocollo di ricerca. Infine, il

consenso a effettuare interviste semi-direttive ai membri dell'equipe ospedaliera e/o ad alcune pazienti potrà essere negoziato nel corso della ricerca in base alle disponibilità di ciascuno. Qualora non fosse possibile garantire l'adempimento di quest'ultima pratica, ciò non precluderà in alcun modo la qualità dei dati etnografici raccolti tramite semplice osservazione. Tuttavia, l'intervista è da considerarsi anche come un momento di dialogo e confronto reciproco nel quale la studentessa potrà discutere le sue impressioni, co-costruendo i dati con il personale sanitario, evitando pertanto sovrastrutture interpretative.

Questionario previsionale

Qualora fosse possibile svolgere interviste semi-strutturate, esse verteranno specificamente sui seguenti quesiti:

QUESTIONARIO PER LE PAZIENTI

Sezione 1: Dati Demografici

Qual è la sua età?

Qual è il suo paese di origine? Da quanto tempo vive in Italia?

Sezione 2: Esperienza con la menopausa

Quali sintomi ha sperimentato durante la menopausa?

Ha cercato supporto medico o psicologico per affrontare questi sintomi? Se sì, quali tipi di supporto ha ricevuto? Ritiene che siano stati efficaci?

Durante la menopausa, ha mai sperimentato cambiamenti dell'umore?

Sezione 3: Percezioni culturali

Ha percepito cambiamenti nel modo in cui è considerata nella sua famiglia/comunità dopo l'inizio della menopausa?

Pensa che la menopausa influenzi la sua autostima o il suo senso di identità?

Qual è il termine utilizzato per indicare la menopausa nella sua lingua madre?

Quali sono i suoi significati? Ritiene che ci siano barriere nell'accesso ai servizi sanitari per la menopausa? Quali?

Ha mai avuto difficoltà a farsi comprendere dal personale sanitario? Se sì, per quali

motivi?

QUESTIONARIO PER IL PERSONALE

Sezione 1: Dati generali

Qual è il suo ruolo professionale?

Da quanti anni lavora nel settore sanitario?

Sezione 2: Esperienze con la menopausa

Quante pazienti in menopausa vede mediamente al mese? Quali sono i sintomi più comuni riportati dalle pazienti?

Quali trattamenti o supporti offre più frequentemente alle pazienti in menopausa?

Sezione 3: Percezioni culturali e barriere

Ritiene che le pazienti migranti affrontino sfide specifiche rispetto alla menopausa?

Quali barriere osserva più frequentemente nell'accesso ai servizi sanitari da parte delle pazienti migranti? Ritiene che ci sia un legame tra menopausa e salute mentale?

Cosa potrebbe migliorare l'assistenza sanitaria per le pazienti in menopausa?

Informativa Privacy

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Università degli Studi di Pavia che ha incaricato come Responsabile del trattamento la Dott.ssa Gloria Frisone in qualità di relatrice della tesi di laurea della candidata Arianna Albertini, iscritta al corso di Laurea Magistrale di Studi dell'Africa e dell'Asia presso l'Università degli Studi di Pavia. Il trattamento di tutti i dati personali viene effettuato dal Titolare nell'ambito di esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. e) del GDPR. Il trattamento delle categorie particolari di dati personali (dati sensibili) viene effettuato per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. j) del GDPR. I dati personali verranno utilizzati agli esclusivi scopi previsti dal protocollo di ricerca. Essi saranno trattati con rigorose procedure di protezione che prevedono l'anonimizzazione dei risultati lungo tutte le fasi del progetto.

Nel ribadire che i dati personali di tutti i partecipanti alla ricerca (pazienti e personale sanitario) saranno strettamente tutelati attraverso rigorose procedure che garantiscono il principio deontologico di privacy e anonimato, si specifica, infine, che il consenso fornito potrà essere revocato liberamente, in qualunque momento, per qualunque ragione e con effetto immediato.

DATA:

17.01.2025

FIRMA:

Gloria Frisone

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini, A. (2008). *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*, Bologna: Il Mulino.
- Anderson, D., Yates, P., Mccarthy, A., Lang, C., Hargraves, M., Mccarthy, N., & Porter-Steele, J. (2011). Younger and older women's concerns about menopause after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20(6), 785–794. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01282.x>
- Arnot, M., Emmott, E.H., Mace, R. (2021). “The relationship between social support, stressful events, and menopause symptoms”. *PLoS ONE*, 16: e0245444.
- Avis, N., & McKinlay, S. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13(1), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(91\)90286-y](https://doi.org/10.1016/0378-5122(91)90286-y)
- Bartky, S. L. (1990). *Foucault, femininity, and the modernization of patriarchal power*. In S. L. Bartky, *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression* (pp. 63–82). New York, NY: Routledge.
- Bluebond-Langner, M., (1978), *The private worlds of dying children*, Princeton, Princeton University Press.
- Bluebond-Langner, M., (1996), *In the shadow of illness. Parents and Siblings of the chronically ill child*, Princeton, Princeton University Press.
- Bompard, A. (1834). *Cours théorique et pratique sur les maladies des femmes*, Paris, Rouvier.
- Bordo, S. R. (1993). The body and the reproduction of femininity. In *Routledge eBooks* (pp. 207–218). <https://doi.org/10.4324/9781003060963-33>
- Bourdieu, P. (1972). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.

- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital* [Handbook of theory and research for the sociology of education]. Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1990). The logic of practice. In *Stanford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1515/9781503621749>
- Bourdieu, P. (2003). *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina, Milano.
- Briggs, J. L. (1970). *Never in anger: Portrait of an Eskimo Family*. Harvard University Press.
- Bromberger, J. T., & Matthews, K. A. (1996). A “feminine” model of vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal investigation of middle-aged women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 591–598.
- Brown, D. E., L. L. Sievert, L. A. Morrison, A. M. Reza, and P. S. Mills. (2009). “Do Japanese American Women Really Have Fewer Hot Flashes Than European Americans? The Hilo Women’s Health Study.” *Menopause* 16, no. 5: 870–876.
- Cagnacci, A., & Venier, M. (2019). The controversial history of hormone replacement therapy. *Medicina*, 55(9), 602. <https://doi.org/10.3390/medicina55090602>
- Callari Galli, M. (ed. 2004), *Nomadismi contemporanei. Rapporti tra comunità locali, statizzazione e «flussi culturali globali»*, Rimini: Guaraldi.
- Cavatorta, G. (2018). *Tornare è tuo dovere. Etnografie, genere e capitali in Senegal*, Roma: Cisu.
- Cheung, A.M., Chaudhry, R., Kapral, M., Jackevicius, C., Robinson, G. (2004). “Report Perimenopausal and Postmenopausal Health”. *BMC Women’s Health*, 4.
- Chiechi, L. M. (2006). *Donna, etica e salute*, Aracne.
- Cicourel, A. (1987) Cognitive and organizational aspects of medical reasoning. *Discourse Processes*, 10, 4, 347-68.

Ciolfi Felice, M., Søndergaard, M. L. J., & Balaam, M. (2021, May). Resisting the medicalisation of menopause: Reclaiming the body through design. In *Proceedings of the 2021 CHI conference on human factors in computing systems* (pp. 1-16).

Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford University Press.

Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (Exp. ed.). Temple University Press.

Crawford, S. L. (2007). "The Roles of Biologic and Nonbiologic Factors in Cultural Differences in Vasomotor Symptoms Measured by Surveys." *Menopause* 14, no. 4: 725–733.

Csordas, T., (1990). *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology* vol. 18 n. 1, pp. 5-47.

De Beauvoir, S. (1949). *The second sex*. New York: Knopf.

De Moraes Prata Gaspar, M. C., Verthein, Ú., & De Moraes Sato, P. (2025). 'Medical fatphobia is not something we invent': weight stigma in healthcare experienced by women in the antifatphobia movement in Brazil and Spain. *Sociology of Health & Illness*, 47(6), e70062. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70062>

De Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & Lawlor, D. A. (2017). Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of Women & Aging*, 30(6), 520–540. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>

Diasio, N., & Vinel, V. (2007). *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*. Franco Angeli.

Diasio, N. (2022). Sull'adeguatezza. Stati corporei e categorie d'età. *Antropologia*, 9 (1), pp.37-52.

Douglas, M. (1966). *Purity and danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. New York: Vintage.

Douglas, M. (1970). *Natural symbols*. New York: Vintage.

Fariello, S., & Strazzeri, I. (2021). *Il corpo materno nel processo di medicalizzazione del parto: la violenza ostetrica*. In Quaderni del Laboratorio Interdisciplinare di Ricerca su Corpo, Diritti, Conflitti, II, 33-53. Università del Salento.

Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and Clinical medicine. *PLoS Medicine*, 3(10), e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>

Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory Culture & Society*, 26(5), 44–60. <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>

Foucault, M. (1973). *Madness and civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Psychology Press.

Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic*. Routledge.

Foucault, M. (1979). *Discipline and punish: The Birth of the Prison*. New York. Vintage.

Foucault, M. (1980). *The history of sexuality: An Introduction*. New York. Vintage.

Frisone, G. (2025). Divenire anziani in diaspora: profili migratori e prospettive di invecchiamento in un confronto tra Italia e Tunisia. *EtnoAntropologia*, 13(1), 115–134. <https://doi.org/10.1473/ea.v13i1.502>

Furman, F. K. (2013). Facing the mirror. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203825310>

Fusaschi, M. (2006). Noi, le altre e il “tempo” che passa. Sguardi incrociati sull’età critica, in «storia delle donne», 2, pp. 61-77.

Gardenne, (de) Ch. -P.L. (1816). *Avis aux femmes qui entrent dans l’âge critique*, Paris, Gabon.

- Gardini M. (2023), *Anzianità e invecchiamento in Africa e nella diaspora. Prospettive antropologiche*, Roma, Carocci editore.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, CUP.
- Good, B. (1999), Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente, edizioni di Comunità, Torino, pp. 177-206.
- Grady, D., Rubin, S. M., Petitti, D. B., Fox, C. S., Black, D., Ettinger, B., Ernster, V. L., & Cummings, S. R. (1992). Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Annals of Internal Medicine*, 117(12), 1016–1037. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-117-12-1016>
- Greco, C. (2020). Too much information, too little power: the persistence of asymmetries in doctor-patient relationships. *Anthropology now*, 12(2), 53-60.
- Grodstein, F., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Willett, W. C., Manson, J. E., Joffe, M., Rosner, B., Fuchs, C., Hankinson, S. E., Hunter, D. J., Hennekens, C. H., & Speizer, F. E. (1997). Postmenopausal hormone therapy and mortality. *New England Journal of Medicine*, 336(25), 1769–1776. <https://doi.org/10.1056/nejm1997061933362501>
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The Expropriation of Health*. McClelland and Stewart; London: Calder & Boyars.
- Jallon, L.-J. S. (1805). *Essai sur l'âge critique des femmes*, Paris, Didot jeune.
- Kaufert, P. A., & Gilbert, P. (1986). Women, menopause, and medicalization. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 10(1), 7–21.
- Kaufert, P. A., (1988). “Menopause as Process or Event: the Creation of Definitions in Biomedicine”, in M. Lock, D. Gordon (eds.), *Biomedicine examined*, Boston-London, Kluwer Academic, Publm., 331-349.

Kleinman, A. (1978). Culture, illness, and care. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Lobo, R. A., Pickar, J. H., Stevenson, J. C., Mack, W. J., & Hodis, H. N. (2016). Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*, 254, 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.005>

Lock, M. (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.

Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22(1), 133–155. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.22.100193.001025>

Lock, M. (1980). *East Asian medicine in urban Japan: Varieties of Medical Experience*. Berkeley: University of California Press.

Lock, M., and P. Kaufert. (2001). “Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging.” *American Journal of Human Biology* 13, no. 4: 494–504. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1081>

Lupo, A. (1999). Capire è un po’guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 4(7-8).

Lupo, A. (2014). Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 16(37).

Maluf, S. W. (2015). Biogitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *Vibrant Virtual Brazilian Anthropology*, 12(1), 321–350. <https://doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p321>

Marabello, S., Pellicchia, U. (ed. 2017). *Capitali migratori e forma di potere. Sei studi sulle migrazioni ghanesi contemporanee*, Roma: CISU.

- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Milton, Keynes, Open University Press.
- Massé, R., Légaré, F., Côté, L., & Dodin, S. (2001). The limitations of a negotiation model for perimenopausal women. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 44-64.
- Mauss, M. (1934) Body Techniques. Article Originally Published Journal of Psychology, XXXII, ne, 3-4, 15 March-15 April 1936. Paper presented at the society of Psychology on 17 May 1934.
- Menville, de Ponsan. (1846). *Histoire philosophique et médicale de la femme*, Paris, Baillière, 1858.
- Murphy, M. M., Verjee, M. A., Bener, A., & Gerber, L. M. (2013). The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric*, 16(5), 550–554.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2013.771330>
- Nosek, M., Kennedy, H.P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., Lee, K. (2010). “The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause”. *J Midwifery Women’s Health*, 55:328–334.
- Pasquarelli, E. (2024). Il taccuino dell’antropologia. La stesura delle note di campo durante un’etnografia dell’ospedale. *ANUAC.*, 13 (1), 119–146.
<https://doi.org/10.4000/1230y>
- Pasquini, M. (2023). Mistrustful dependency: Mistrust as risk management in an Italian emergency department. *Medical Anthropology*, 42(6), 579–592.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2240942>
- Peatrik, A. (2003). L’océan des âges. *L Homme*, 167–168, 7–23.
<https://doi.org/10.4000/lhomme.21476>
- Perrot, A., (2021), Des rapports d’âge bouleversés? Épreuves corporelles, morales et sociotechniques dans la maladie chronique, *Ethnologie française*, 51, pp. 407-424.
- Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.

- Piazza, M. (1997). “Donne al guardo: il passaggio nella seconda età della vita”, *Adulità*, 97-103.
- Pizza, G. (2005). *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*. Vol. 12. Carocci.
- Pizzini, F., & Lombardi, L. (1999). *Corpo medico e corpo femminile: parto, riproduzione artificiale, menopausa*. FrancoAngeli.
- Quaranta, I. (2006). *Antropologia Medica. I testi Fondamentali*. Raffaello Cordina Editore, Milano.
- Quattrocchi, P. (2022). La prospettiva antropologica all’invecchiamento. Stato dell’arte e prospettive di ricerca dai cross-cultural studies alla salute riproduttiva. *Antropologia*, Vol. 9(1). <https://doi.org/10.14672/ada2022194111-35>
- Riccio B. (ed. 2014), *Antropologia e migrazioni*, Roma: CISU.
- Riccio B. (ed. 2019), *Mobilità. Incursioni etnografiche*, Bologna: Mondadori.
- Rich, A. (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: Virago Press.
- Roussel, P. (1775). *Système physique et moral de la femme*, Paris, Vincent.
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., Jackson, R. D., Beresford, S. a. A., Howard, B. V., Johnson, K. C., Kotchen, J. M., & Ockene, J. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 288(3), 321–333. <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>
- Roy, C., Mondal, N., & Singh, V. (2022). Effect Of Menopause On Aging, Mental And Reproductive Health Among Women: A Review. *Antrocom: Online Journal of Anthropology*, 18(1).
- Saint Pol, T. (2010). *Le corps désirable: hommes et femmes face à leur poids*. PUF.

Sapre, S., & Thakur, R. (2014). Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *Journal of Mid-life Health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.127779>

Sayad, A. (1999), *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris: Le Seuil.

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Shea, J. L. (2020). Menopause and Midlife Aging in Cross-Cultural Perspective: Findings from Ethnographic Research in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 35(4), 367–388. <https://doi.org/10.1007/s10823-020-09408-6>

Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. (2024, May 16). *Raccomandazioni mediche per la donna in menopausa - SIGO*. SIGO. <https://www.sigo.it/raccomandazioni-mediche-per-la-donna-in-menopausa/>

Tamaria, A., Bharti, R., Sharma, M., Dewan, R., Kapoor, G., Aggarwal, A., Batra, A. (2013). “Risk assessment for psychological disorders in postmenopausal women”. *J Clin Diagn Res*, 7:2885-2888.

Turnbull, C. (2012). *The forest people*. Simon and Schuster.

Ussher, J. M., Perz, J., & Parton, C. (2015). Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*, 25(4), 449–468. <https://doi.org/10.1177/0959353515579735>

Vincent, J. F. (2003). La ménopause, chemin de la liberté selon le femmes beti du Sud-Camerun, «Journal de la société des Africanistes», 72, n. 2, pp. 121-136.

Walfish, A. E., & Companioni, R. a. C. (2025, January 12). *Morbo di Crohn*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-gastrointestinali/malattia-intestinale-infiammatoria/morbo-di-crohn>

Winterich, Julie A.; Umberson, Debra. (1999). *How Women Experience Menopause: The Importance of Social Context*. *Journal of Women & Aging*, 11(4), 57–73. doi:10.1300/J074v11n04_05

Winterich, J. A. (2002). *Menopause, sex and HRT: An analysis of the social meaning of heterosexual and lesbian women's experiences* (Order No. 3099517).

Winterich, J. A. (2003). Sex, menopause, and culture. *Gender & Society*, 17(4), 627–642. <https://doi.org/10.1177/0891243203253962>

Winterich, J. A. (2007). Aging, Femininity, and the Body: What Appearance Changes Mean to Women with Age. *Gender Issues*, 24(3), 51–69. <https://doi.org/10.1007/s12147-007-9045-1>

World Health Organization: WHO. (2024, October 16). *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Yaffe, K., Sawaya, G., Lieberburg, I., & Grady, D. (1998). Estrogen therapy in postmenopausal women. *JAMA*, 279(9), 688. <https://doi.org/10.1001/jama.279.9.688>

Ziel, H. K., & Finkle, W. D. (1975). Increased Risk of Endometrial Carcinoma among Users of Conjugated Estrogens. *New England Journal of Medicine*, 293(23), 1167–1170. <https://doi.org/10.1056/nejm197512042932303>