

- GRUPPO DI LAVORO INNOVAZIONE PEDAGOGICA DELLA CPPCCLM IN MEDICINA
- 3494 Strategie didattiche centrate sullo studente nei CLM in Medicina. I. Da una didattica basata sull'insegnamento ad una centrata sull'apprendimento  
*Student-centred learning strategies in the undergraduate curricula in Medicine. I. From a teaching-based to a learning-based education.*  
*Pietro Gallo, Giuseppe Agresti, Isabella Barajon, Stefania Basili, Tiziana Bellini, Fabrizio Consorti, Carlo Della Rocca, Giuseppe Familiari, Davide Festi, Fausta Lui, Adolfo Mazzeo, Manuela Merli, Bruno Moncharmont, Laura Recchia, Oliviero Riggio, Maria Grazia Strepparavai e Maurizia Valli.*
- 3497 Strategie didattiche centrate sullo studente nei CLM in Medicina. II. I gruppi di studio  
*Student-centered teaching strategies: Collaborative learning and study groups*  
*Isabella Barajon, Fausta Lui, Adolfo Mazzeo, Maurizia Valli.*
- UOMINI, SCUOLE, LUOGHI E IMMAGINI NELLA STORIA DELLA MEDICINA, *HISTORY OF MEDICINE - PEOPLE AND PLACES*
- 3503 Storia e medicina di genere  
*Valentina Gazzaniga, Stefania Basili e Susanna Sciomer*
- NOTIZIARIO, *NEWS FROM*
- 3506 Agenzia Nazionale Valutazione Università e Ricerca  
*(Prof. Paolo Miccoli- Presidente Consiglio Direttivo ANVUR)*
- 3506 Consiglio Universitario Nazionale  
*(Prof. Manuela Di Franco – Segretario Generale CUN)*
- 3507 Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie  
*(Alvisa Palese -Segretario Generale)*
- 3510 Conferenza dei Corsi di Laurea di Scienze Motorie
- 3512 Segretariato Italiano Studenti in Medicina – SISM



# MEDICINA E CHIRURGIA

*Journal of Italian Medical Education*

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà e delle Scuole di Medicina  
*fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli*

## MEDICINA E CHIRURGIA

*Journal of Italian Medical Education*

Quaderni delle Conferenze Permanenti  
delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

*fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli*

**Advisory Board:** Eugenio Gaudio, Carlo Della Rocca,  
Lorenzo Di Muzio, Luisa Saiani, Mario Amore, Paolo Miccoli.

**Editorial Board:** Bellini T., Cangemi R., Casti A., Consorti F.,  
Curcio F., De Placido S., Familiari G., Ganau A., Gazzaniga  
V., Gianfrilli D., Giannetta E., Krengli M., Moncharmont B.,  
Penco M., Prisco D., Proietti M., Raparelli V., Romanelli F.,  
Sansone A., Santini D., Siliquini R., Tenore A., Zucchi R.

ISSN 2279-7068

Editor-in-Chief: **Andrea Lenzi**  
*(andrea.lenzi@uniroma1.it)*

Managing Editor: **Stefania Basili**  
*(stefania.basili@uniroma1.it)*

Central Editorial Office: **Emanuele Toscano**  
*(e.toscano@unimarconi.it)*

[www.quaderni-conferenze-medicina.it](http://www.quaderni-conferenze-medicina.it)

Publisher: **Pittini Digital Print (Rome)**  
[www.pittini.biz](http://www.pittini.biz)

### Sommario

3477 EDITORIALE, *EDITORIAL*, **Andrea Lenzi**

OPINIONI ISTITUZIONALI- INSTITUTIONS: POINTS OF VIEW  
3478 Numero programmato, prova di selezione e trasferimenti.  
*Maria Cristina Cefaratti & Bruno Moncharmont*

3484 MOZIONE della Conferenza Permanente delle Facoltà e delle Scuole di Medicina e Chirurgia,  
della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e  
Chirurgia e dell'Intercollegio di Area Medica.  
*Carlo Della Rocca, Stefania Basili, Andrea Lenzi*

I LAVORI DELLE CONFERENZE - FROM STANDING CONFERENCES  
3485 Gli Studenti subentranti al primo anno nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e  
le frequenze da recuperare: una ipotesi di razionalizzazione.  
*Late admission of medical students to the first-year courses of the Medicine and Surgery  
curriculum and the recovery of unattended lectures: an hypothesis for rationalization*  
*Giuseppe Familiari, Giulietta Capacchione, Stefania Basili and Bruno Moncharmont.*

3487 Analisi Dei Risultati del Progress Test 2017 dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi  
Dentaria.  
*The First Progress Test In The Italian Dental Schools.*  
*Corrado Crocetta, Michele Brindisi, Lorenzo Lo Muzio.*

## Storia e medicina di genere

Valentina Gazzaniga, Stefania Basili e Susanna Sciomèr  
SAPIENZA-Università di Roma

La salute non è un campo neutrale. Il concetto di diversità, declinato sui temi del sesso e del genere, è uno degli strumenti della riflessione clinica, ma anche di quella bioetica - quando discute, in particolare, del principio di uguaglianza. Il tema ha una storia medica recente. Proviamo rapidamente, attraverso un riesame della letteratura, a verificare se, in prospettiva storica, questa affermazione di 'contemporaneità' sia effettivamente condivisibile.

Il concetto di genere ha fornito significativi risultati alla ricerca storica negli ultimi venti anni su temi che riguardano il rapporto tra concezione del corpo femminile, l'evoluzione del concetto di malattia e di salute, le variabili ambientali e socio-culturali che hanno storicamente prodotto o modificato comportamenti legati alle differenze di sesso, il ruolo stesso delle donne nella storia della medicina. Prospettive anche cronologiche diverse sono state affrontate per rispondere a domande su come si sia prodotta una competenza medica sul corpo delle donne, e su come essa sia stata tramandata e modificata in contesti diversi<sup>1</sup>. Ogni domanda posta per epoche storiche e contesti diversi ha dimostrato di essere strettamente connessa ad altre, in una tessitura della quale non è semplice sciogliere i nodi. Come è stato concettualizzato il corpo delle donne; come il suo funzionamento; quali competenze si sono esercitate su questo "corpo segreto"; quali sono le tappe nodali che vanno analizzate per comprendere come si sia generata l'idea di una 'diversità' femminile; e, infine, come e se questa idea abbia influenzato la pratica medica. Molte le difficoltà: in primis, la voce delle donne, pressoché inesistente nei documenti fino ad epoche recenti. La medicina, in particolare, è un territorio paludoso, dove le donne sono assenti o, se presenti, con ruoli marginali e non facilmente ricostruibili. Su un arco cronologico esteso più di qualsiasi altra scienza, la medicina, la biologia e la filosofia naturale hanno assunto posizioni molto diversificate, anche all'interno di epoche e culture coerenti: lavori come quelli di Joan Cadden hanno messo in luce che, anche solo nell'ambito dell'antico, esiste una diversità molto notevole tra le posizioni assunte dagli autori di opere mediche e biologiche in tema di salute femminile, fisiologia e concettualizzazione sessuale<sup>2</sup>; e questa molteplicità di punti di vista trascina la sua eredità almeno sino alle soglie dell'epoca contemporanea.

In secondo luogo, pesa il fatto evidente che in ogni epoca storica le conoscenze anatomiche, fisiologiche e

patologiche non possono essere scisse dal panorama culturale nel quale si collocano - con la conseguenza che ogni concettualizzazione del corpo è in qualche modo "gendered", inscindibile dalla tessitura sociale e dai ruoli imposti nelle società che la produce. Può essere, pertanto, difficile 'isolare' e ricostruire qualcosa che, soprattutto a un pubblico medico, possa essere presentato come una 'storia della medicina di genere'.

### *Un dibattito storiografico*

Il dibattito storico, già avviato negli anni '80 del Novecento, si fa più intenso a partire dal 1990, anno di pubblicazione del libro di Thomas Laqueur, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*<sup>3</sup>. Per Laqueur, tutta la tradizione medica occidentale è stata occupata in modo pervasivo da un "one sex-model", in cui l'anatomia femminile è la semplice inversione del maschile. Questo modello (maschile/paradigma; femminile/devianza), sarebbe derivato da un'elaborazione della concettualizzazione aristotelica del femminile come versione dimensione diminuita, fredda ed incompleta del maschile: la donna, ferma a uno stato intermedio sin dal momento dell'embriogenesi, è un mostro - necessario alla riproduzione della specie, ma pur sempre *teras*<sup>4</sup>. Questo modello sarebbe stato traghettato attraverso Galeno al Medioevo e all'Età moderna: tanto la tradizione di iconografia anatomica (cfr. le tavole anatomiche in Andrea Vesalio *De Humani corporis fabrica*, in cui gli organi riproduttivi femminili richiamano, introiettati, quelli del maschio), quanto un dibattito di Evo moderno sull'esistenza di uomini 'mestruanti' testimonierebbero per la correttezza della tesi proposta da Laqueur. Il modello 'one sex' sarebbe stato soppiantato da un modello di diversità solo a partire dal 1700, quando l'Occidente medico avrebbe intrapreso un dibattito sulle differenze sessuali e, conseguentemente, avrebbe introdotto nuove modalità di relazione sociale basate sull'idea del dimorfismo biologico.

La posizione di Laqueur è stata appoggiata da L. Schiebinger<sup>5</sup> che, analizzando una serie di trattati anatomici pubblicati in Europa in ambiti diversi a partire dalla seconda metà del XVIII secolo, sostiene che sia stato solo il secolo dei Lumi a definire il corpo nelle sue differenze sessuali.

Testi come quello di E. Th. Moreau, J. Ackermann<sup>6</sup>, o illustrazioni come quelle di G.-Ch. Thiroux d'Arconville e S. Th. von Soemmering, pubblicati tra metà e fine



del Settecento, hanno in questa prospettiva lo scopo di estendere l'indagine delle differenze sessuali dagli organi riproduttivi all'intero corpo, a partire dallo scheletro, che ne costituirebbe fondamento e impalcatura. Trovare differenze nelle ossa significherebbe, per un nutrito gruppo di autori che lavorano tra il 1730 e il 1790 in Francia, Germania ed Inghilterra, postulare l'estensione di queste differenze a tutto il corpo, dagli organi alla pelle, e sancire l'idea di *disuguaglianza* su base 'scientifica', in accordo con la legge naturale che assegna alle donne il solo ruolo di madri. Insomma, questi testi, che sembrerebbero archiviare definitivamente l'idea di una 'imperfezione' del corpo femminile, utilizzano invece proprio il concetto di perfezione del progetto naturale per inchiodare le donne in un ambito sociale e culturale estremamente ristretto. Il dibattito settecentesco (in realtà, già la medicina seicentesca aveva intrapreso una discussione medico-legale sulla possibilità che la diversità femminile si potesse esprimere attraverso un odore differente del sangue, che ne avrebbe testimoniato differente composizione chimica) viene ripreso e armonizzato, in tal senso, nel corso dell'Ottocento, da una nuova 'medicina evolutivista': nel 1820, John Barclay, nel cercare una mediazione tra le rappresentazioni anatomiche di d'Arconville (le donne hanno crani piccoli, costole strette e pelvi allargate) e von Soemmering (minori disparità tra scheletro maschile e femminile, soprattutto in relazione alle misure del cranio, che nelle donne è più largo in proporzione e più pesante), sostiene che le proporzioni maggiori del cranio femminile non siano da ricollegare in alcun modo a una maggiore intelligenza (come sostenuto da Gall), ma semplicemente a uno stadio interrotto dell'evoluzione, in cui le donne hanno arrestato la crescita, essendo di fatto simili alla struttura anatomica dei bambini o a quella di determinate popolazioni 'primitive'.

Alle tesi proposte da Laquer e Schiebingen ha risposto, in prima istanza, M. Stolberg, che ha sostenuto che l'origine di un dibattito anatomico e scientifico sulla diversità di costruzione e funzionamento del corpo femminile debba essere fatta risalire più indietro, al Rinascimento. Le sue tesi hanno raccolto un grande consenso tra studiosi che, a partire da un celebre convegno a Harvard nel 2006<sup>7</sup>, hanno protestato il fatto che il modello 'one sex' abbia semplicemente rappresentato uno solo dei modi in cui la medicina e la biologia hanno affrontato il dibattito sulla natura della diversità del femminile.

Possiamo selezionare due esempi storici per illustrare l'inadattabilità del modello laqueriano all'intera medicina occidentale: da un lato l'antico, a partire dal mito esiodico di Pandora fino ai testi ippocratici sulle malattie

delle donne, in cui il corpo femminile è rappresentato come diversità pervasiva, che non si limita a colpire gli organi della riproduzione, ma è fondata su una alterità strutturale (le carni femminili, di tessitura porosa, trattengono umido) che codifica per una diversità anatomica, fisiopatologica e temporale.

Nei testi ippocratici questa diversità innata (che non dipende da un difetto: in CH sono predicati due semi, due contribuzioni diverse e ugualmente necessarie alla generazione) produce la conseguenza che le donne non possono essere medicalmente trattate come gli uomini. Hanno bisogno di una terapia ad hoc, fatta di sostanze mai testimoniate come componenti di farmaci destinati all'uso sugli uomini. Ora, se è vero che queste richiamano quasi sempre il mito di un femminile fecondo (Afrodite, Era) o guerriero (Artemide, le Amazzoni), è altrettanto vero che esiste una farmacopea del femminile, alla cui costruzione devono aver contribuito direttamente anche le stesse donne greche<sup>8</sup>.

A questo modello, soprattutto durante il Medioevo, si affianca il modello 'one sex', la cui fortuna appare in larga parte dipendente dalla tradizione scolastica aristotelica.

Dal Cinquecento, invece, la riscoperta e la pubblicazione dei testi medici antichi dedicati alle malattie delle donne apre una nuova stagione di interesse sulle modalità di funzionamento (e non funzionamento) dei corpi femminili. I titoli di queste opere rinascimentali spesso ingannano: il ricorso al classico titolo *Gynaekia* (parola di per se multisignificante, che copre le sfere della mestruazione, della riproduzione e del parto, dell'isteria e dei disturbi correlati, del trattamento farmacologico delle donne), cela spesso opere collettanee, raccolte di estratti da testi non ginecologici, selezionati nelle sole parti che trattano dei disturbi del femminile. Gianna Pomata<sup>9</sup> ci ha mostrato, d'altro canto, che anche nelle *Curationes e Observationes* di età moderna (raccolte di casi clinici), le pazienti donne sono numerose, e che nella quasi totalità dei casi i disturbi che i medici ritengono interessanti non riguardano affatto gli organi della riproduzione. In tutti questi testi, che si ispirano all'idea di diversità ippocratica, le donne hanno manifestazioni diverse delle stesse patologie che colpiscono gli uomini: diverse manifestazioni delle affezioni polmonari, diverse manifestazioni del morbo gallico. Diversi sono, di conseguenza, i trattamenti applicati (come lo erano nella medicina ippocratica, del resto: un solo esempio, quello del salasso, quasi mai prescritto in antico alle donne, che sono purificate attraverso il ciclo mestruale). Il medico spagnolo Luis Mercado si meraviglia di come non sia evidente che persone che hanno stili di vita e condizioni di salute diverse debbono essere trattate con

la consapevolezza che le manifestazioni delle malattie saranno in loro *peculiarmente* connesse alle diverse condizioni che li caratterizzano.

Il dibattito avrà echi importanti ancora alla fine del Settecento: per esempio, nella questione dell' "anatomizzazione" dell'isteria, che una tradizione tardo seicentesca, ancora viva e attestata in Morgagni, interpreta non come una malattia legata all'utero in sé, ma ad alterazione degli impulsi dei nervi trasmessi in date parti anatomiche: con la conseguenza che ciò che nelle donne è l'isteria negli uomini diventa affezione ipocondriaca, alterazione del funzionamento degli ipocondri - che ha le stesse cause della malattia nelle donne, ma peculiari manifestazioni cliniche a seconda del sesso e del genere.

### *In conclusione*

La medicina da sempre ha avuto interesse a discutere del dimorfismo sessuale, della natura delle donne, della fisiologia e patologia della diversità. Rimane da chiedersi perché in certi momenti storici lo studio scientifico delle differenze ha assunto centralità, diventando in altri momenti (fine Settecento-Ottocento) una vera priorità. Ciò è ovviamente da ascrivere al fatto che la medicina è cultura specialistica centrale in ogni epoca storica e in ogni contesto: costruisce e decostruisce immagini del corpo necessarie a prescrivere ruoli sociali diversi, talvolta subalterni, talvolta complementari. Si è sempre prestata alla costruzione di un concetto di genere; nel mondo antico, postulare la diversità strutturale e fisiopatologica serve a indicare un ruolo apparentemente fondamentale per la polis, la generazione del futuro cittadino. Nella realtà storica, è noto invece che, a parte casi eccezionali, le donne rivestono ruoli solo là dove gli uomini non entrano - nel gineceo, nella stanza dove si nasce o si muore, nelle dimensioni riservate del rito.

Nel Rinascimento, se pur attraverso la riscoperta dei testi ippocratici, le cose cambiano: la Riforma introduce un dibattito teologico e sociale sul ruolo dei generi nel matrimonio; l'opposizione alla scolastica impone alla dottrina medica di cercare modelli alternativi alla fisiopatologia della mutilazione e della minoranza di matrice aristotelica; le donne di classe sociale elevata guadagnano ruoli nelle corti come patronesse degli intellettuali e degli artisti. La medicina non è indifferente a questo mutamento di prospettiva: nuovi ruoli femminili impongono maggiore attenzione a nuove pazienti e cure di efficacia per i loro malanni. La medicina dotta deve, inoltre, riguadagnare un'utenza tradizionalmente in mano alle maie-ostetriche. In questo senso, costruire una teoria del *funzionamento peculiare del corpo femminile* significa indicare che la necessità di *particolare*

*competenza*, da parte di uomini che abbiano studiato per essere in grado di trattare condizioni fisiopatologiche peculiari con mezzi terapeutici adeguati.

L'apparente cambio di rotta nei testi anatomici e medici tra Settecento e Ottocento non deve, infine, trarre in inganno. Si tratta solo dello sforzo congiunto di filosofia, medicina e politica di tratteggiare una 'legge naturale' che indichi le donne come diversità irriducibile- inadeguata a funzioni socio culturali che siano altro rispetto alla maternità e alla cura dei figli.

La costruzione medica di una diversità anatomica, fisiopatologica e terapeutica continua a servire il compito antico: predicare la necessità della rinuncia alla vita attiva e confinare le donne nel recinto della naturalità, lasciando agli uomini costruzione culturale e progettazione politica del vivere sociale.

Attualmente è proprio la necessità di *particolare competenza*, da parte di uomini e donne che abbiano studiato, che viene richiesta al fine di riconoscere, trattare adeguatamente e prevenire nel genere femminile condizioni patologiche che, pur essendo simili, possono avere come substrato condizioni fisiopatologiche peculiari e/o espressione sintomatologica diversa.

### **Bibliografia di base**

- 1 M. Green, Gendering the History of Women's Healthcare. *Gender and History* 2008; 20,3: 487-518. V. Andò, Ancient Greece and Gender Studies, in *Greek Science in the Long Run: Essays on the Greek Scientific Tradition* (4th. c. BCE-17th c. CE), Cambridge Scholars Publishing, 2012, pp. 27-52.
- 2 J. Cadden, Meanings of Sex Difference in the Middle Age: Medicine, Science and Culture. Cambridge University Press, 1993.
- 3 T. Laqueur, Making sex. Body and gender to the Greeks to Freud. Harvard University Press, 1990.
- 4 Aristotele, De gen. anim. 775a, 15-16
- 5 L. Schiebinger, Skeletons in the closet. The first illustrations of the Female Skeletons in Eighteenth-Century Anatomy. *Representation* 1986;14: 42-82
- 6 E. T. Moreau, A medical Question: Wheter Apart from genitalia There is a Difference Between the Sexes? Paris, 1750.
- 7 "Remaking Sex in Classical, Medieval and Early Modern Medicine," Radcliffe Institute for Advanced Study, Harvard University, June 2006. Stolberg M., A women down to her bones. The anatomy of sexual differences in the sixteenth and early seventeenth centuries. *Isis* 2003; Jun 94 (2): 274-99
- 8 V. Andò, Terapie ginecologiche, saperi femminili e specificità di genere, in *Aspetti della terapia nel Corpus hippocraticum*, Olschki, Firenze 1999, pp. 255-270.
- 9 G. Pomata, Was there a Querelle des femmes in Early Modern medicine? *Arenal* 2013; 20,2: 313-341.