

la
rivista
della



SOCIETÀ MEDICO • CHIRURGICA VICENTINA

trimestrale
numero 1-2
dicembre 2005
anno XV

Comune di Padova
Sistema Bibliotecario

ALF - SLD

Sez. 4
Sottosez. 1
Serie 2
Sottos. 1
Unità 182

PUV 55

067

La Rivista della Società Medico-Chirurgica Vicentina



LA RIVISTA

della Società Medico-Chirurgica
Vicentina
trimestrale
Anno XV - numero 1/2
Dicembre 2005

Direttore responsabile:
Armando Olivieri

Direttore Scientifico:
Carlo Simonato

Comitato Redazionale:
Daniele Bernardini - Eliseo Longo
Daniele Busetto - Mario Giaretta
Andrea Lupi - Luisa Milan

Editore:
Società Medico-Chirurgica Vicentina

Presidente:
Franco Marraconi

Vice Presidente:
Rosabianca Guglielmi

Segretario:
Pierpaolo Benetollo

Consiglieri:
Franca Ardi - Giuseppe Iannaci
Enrico Loverno - Ermenegildo Mazzocato
Carlo Simonato

Sede Legale:
Via Paolo Liroy, 12
36100 VICENZA
Tel. 0444 324714
E-mail: smcv@ulssvicenza.it

Progetto grafico di copertina:
Toni Vedù

Stampa:
UTVI Tipolito srl Vicenza

Aut. Trib. Vicenza n. 705
Tiratura di questo numero: 2950 copie

SOMMARIO

EDITORIALE

PERCHÉ I "DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE DELLA DONNA NEL VICENTINO"

di Franco Marraconi pag. 3

LA SALUTE DELLA DONNA

Atti del Corso di aggiornamento sui determinanti socio-sanitari di genere nel vicentino - marzo 2004

La salute della donna nell'ottica delle problematiche di genere

di Mara Mobilia pag. 5

Gli "eccessi" nel rapporto donne-medicina

Alcuni cenni storici di Mariarosa Dalla Costa pag. 9

Salute della donna e determinanti socio-economici nel veneto

di Roberto Gnesotto pag. 14

Le trasformazioni sociali ed economiche nel Nord Est declinate al femminile

di Sante Bressan pag. 17

L'adolescenza Caratteristiche del disagio adolescenziale

di Anna Savegnago pag. 18

I rischi connessi all'approccio sessuale

Le infezioni trasmissibili di Angele Vassilopoulos pag. 23

Famiglia, lavoro e maternità: problemi e strategie di conciliazione

di Emilia Laugelli pag. 25

I determinanti della salute in gravidanza nell'area vicentina

di M. Pacchin pag. 29

Il grande anziano: una condizione al femminile

di Mario Saugo, Pierpaolo Benetollo, Sandro Caffi pag. 35

Il disagio psichico femminile

di Mario De Marco pag. 38

Dipendenza e codipendenza

di Cecilia Brambilla, Luigi Piloni pag. 42

La posizione della donna nella società, tra fascino e rischio

di Maria Teresa Pedrocchi Biancardi pag. 45

"Casa mia casa mia ..."

Fattori di rischio per la salute e la sicurezza in ambiente domestico

di Franco Zanin pag. 49

Acido folico e riduzione del rischio di malformazioni congenite

di R. Bartolus, P. Mastroiacovo, AVISB, L. Musi, E. Loverno, F. Parazzini, G. Zanconato, V. Zanardo pag. 53

GLI "ECCESSI" NEL RAPPORTO DONNE-MEDICINA

Alcuni cenni storici

Prof.ssa Mariarosa Dalla Costa
Docente di "Globalizzazione: questioni e movimenti"
e di "Globalizzazione, diritti umani e promozione della donna"
Facoltà di Scienze politiche, Università di Padova.

In diverse occasioni in questi anni ho messo in luce l'eccesso di isterectomie che colpisce la donna andando a pregiudicare senza necessità la completezza del suo corpo e il suo equilibrio ormonale nonché psicofisico. A questa vicenda ho dedicato con altri studiosi uno specifico lavoro (Dalla Costa, 2002) a cui rimando per una trattazione più esaustiva anche nei suoi riferimenti storici perché sarebbe impossibile qui delineare compiutamente tale questione. Basti ricordare che l'eccesso caratterizza numerosi paesi avanzati. Gli Stati Uniti costituiscono il paese leader nella tendenza ad effettuare isterectomie non necessarie, con cifre che registrano un'aspettativa di subire quest'intervento per una donna su 3 entro i 60 anni, per il 40 per cento delle donne entro i 64 anni. L'intervento per di più conosce complicazioni nel 50 per cento dei casi ed è un dato, con modeste oscillazioni, comune ad altri paesi incluso il nostro così come la percentuale di mortalità, una donna su 500 per l'isterectomia per via addominale, una per mille per l'isterectomia per via vaginale. Negli Stati Uniti inoltre si riscontrano (Ahcpr, 1996) notevoli differenze fra regioni (il Sud risulta più colpito nella misura del 78%), fra razze (le donne non bianche risultano isterectomizzate con una percentuale superiore del 39% rispetto alle donne bianche), fra strati sociali (le donne degli strati più poveri e con meno istruzione risultano essere le più colpite), differenze che non possono che acuire gli interrogativi. Nell'Australia meridionale la frequenza dell'intervento è di una donna su 3 entro i 60 anni, come negli Stati Uniti. L'Europa risulta nel complesso attestata su medie inferiori ma conosce delle differenze notevoli tra un paese e l'altro. La Francia e l'Olanda vengono additate come paesi con medie piuttosto basse. La Francia registra un'aspettativa di subire questo intervento per una donna su 20 a livello nazionale, una su 25 a Parigi e

regione (circa 12 milioni di abitanti) e, in questo paese come in vari altri, la tendenza è alla diminuzione. L'Italia si distingue invece per una media piuttosto alta e per di più la tendenza è alla crescita. Nel nostro paese dal '94 al '97 le isterectomie sono passate da 38.000 a 68.000 l'anno causando l'aspettativa di subire questa operazione per una donna su cinque, in alcune regioni come il Veneto per una donna su 4. Nel 1998 e nel 1999 a livello nazionale le isterectomie sono salite ancora sfiorando le 70.000. I dati italiani confrontati a quelli francesi e in particolare parigini indicherebbero che circa l'80 per cento delle isterectomie in Italia sarebbe infondato, ma a conclusioni simili si arriva anche mettendo in rapporto le operazioni di isterectomia e le cause per cui sono state effettuate con le indicazioni plausibili all'intervento. La parte del leone, nel senso di divenire causa preponderante dell'operazione, la giocano le metrorragie disfunzionali (per il 35%) e i fibromi (per il 30%) mentre quasi mai dovrebbero esserlo. Per l'incidenza di queste e delle altre patologie e l'appropriatezza dell'indicazione onde valutare la percentuale di isterectomie difficilmente giustificabili rimando all'intervento del dottor R. Samaritani nel testo a mia cura sopra citato. Una ricerca condotta dal dottor Gianfranco Domenighetti, docente di Economia alle Università di Losanna e Ginevra e per lungo tempo Direttore dei Servizi Sanitari del Canton Ticino assieme all'economista A. Casabianca, aveva evidenziato che in questa regione le donne meno isterectomizzate erano le mogli degli avvocati e le donne medico e quelle più isterectomizzate le donne con la più alta assicurazione e il più basso livello di scolarizzazione. Attivando inoltre attraverso i media una campagna informativa riguardo alle cifre degli interventi di isterectomia e alle corrette indicazioni all'intervento il prof. Domenighetti constatava che il numero di isterectomie diminuiva ma di

meno negli ospedali con attività didattica. Ambedue gli studiosi concludevano che "non era più escludibile l'assunto che i ginecologi sfruttano le donne per guadagno personale o anche ricavano qualche nascosto piacere da tale intervento" (Domenighetti et al, 1988; Domenighetti e Casabianca, 1988). Il dottor Stanley West, specialista della sterilità e a capo del reparto di endocrinologia riproduttiva all'ospedale St. Vincent di New York, autore con P. Dranov del libro *The Hysterectomy Hoax* (1994) afferma che negli Stati Uniti più del 90% di isterectomie non è necessario e che tale parere è condiviso da molte persone autorevoli. Sottolinea inoltre come le conseguenze a livello fisico, psichico e sessuale di tale intervento possono minare seriamente la salute e il benessere di una donna (West e Dranov, 1994). Quindi, già a questo primo livello di osservazione, il quadro dell'intervento di isterectomia presenta in una comparazione internazionale frequenze molto diverse con un'incidenza di fattori assai discutibili. È nel secolo XX° appena trascorso che questa operazione chirurgica esplose come eccesso di frequenza. Quasi che la disponibilità di anestesia, antibiotici, antisepsi, permettesse infine di praticare quel desiderio di aggressione al corpo femminile latente in una professione ginecologica fino a poco tempo fa largamente in mano a medici di sesso maschile, e tutt'ora quasi esclusivamente maschile nelle sue sedi apicali. D'altronde quest'ansia di conquista-aggressione del corpo femminile segna in modo forte, come vedremo, la storia della ginecologia da quando si trasformò in scienza ufficiale e professione medica maschile.

Due sono i momenti storici particolarmente significativi. Nell'area europea il periodo dal XV al XVII secolo, periodo che conduce agli inizi della ginecologia come scienza medica e professione maschile di contro a un sapere ostetrico ginecologico che era sempre stato in mano alle donne, guaritrici e levatrici in seno al popolo. Negli Stati Uniti il periodo che va dalla seconda metà del XIX secolo fino agli inizi del secolo XX, e che vede analogamente l'affermarsi di una scienza medica ufficiale, anche ginecologica, che esce dalle Università, di contro a un sapere popolare che si forniva in scuole diverse.

Il primo passaggio si realizzò attraverso una lunga e feroce vicenda di aggressione al corpo e al sapere delle donne. Fu merito di studiosi femministe toglierla dall'oscurità e analizzarla all'interno di una rilettura della storia della medicina come scienza ufficiale e della sua funzione di repressione della donna. Uscirono in merito negli anni '70 e primi '80 opere che costituirono pietre miliari. Gettarono le basi di un sapere che divenne lo strumento fondamentale per l'azione

che il movimento femminista condusse nei confronti delle strutture sanitarie e della professione medica. Menzioniamo anzitutto *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna* di Barbara Ehrenreich e Deirdre English (1975) e, assieme, *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale* (1984) di Silvia Federici e Leopoldina Fortunati, autrici che dedicarono ampio spazio al tema analizzando le macrooperazioni condotte agli inizi del capitalismo per forgiare il tipo di società e figura di donna ad esso più funzionale. Primo bersaglio della nascente medicina ufficiale in Europa dal XIII al XIV secolo era stato non tanto un sapere popolare rappresentato dalle guaritrici in seno ai più poveri ma il sapere delle guaritrici colte urbane con cui entrava in concorrenza per acquisire quella clientela agiata che già rappresentava una domanda consistente. Le guaritrici colte urbane furono spodestate dalla loro professione non solo a causa del divieto d'accesso in quanto donne a quasi tutte le Università ma anche in base a leggi che vietavano la pratica medica a chi non avesse un'istruzione universitaria. Esemplare in merito il caso di Jacoba Felicie, donna colta che aveva seguito "corsi speciali" di medicina, più esperta, per riconoscimento degli stessi pazienti, di qualsiasi altro medico e chirurgo di Parigi, e che venne portata in giudizio nel 1322 dalla Facoltà di Medicina dell'Università di questa città con l'accusa di pratiche illegali. La strategia combinata di "divieto d'accesso" e "messa fuori legge" fu talmente efficace che alla fine del XIV secolo la campagna dei medici professionisti contro le guaritrici colte urbane in Europa era praticamente conclusa. I medici maschi avevano conquistato il monopolio della medicina presso le classi abbienti. Rimaneva ancora fuori dalla loro competenza l'ostetricia che, anche per la clientela agiata, rimase campo prettamente femminile per altri tre secoli.

L'ostetricia vide invece costituirsi più tardi l'alleanza di stato, chiesa e professione medica (maschile) nell'intento di avocare alla professione medica "regolare", sotto il controllo dello stato e della chiesa, anche questo settore a prezzo dello sterminio delle cosiddette "streghe", in gran parte levatrici e guaritrici. Ma questa persecuzione costituì parte di quell'insieme di macrooperazioni nel sociale attuate con differenti periodizzazioni, alcune già dal XIV secolo, le altre nel loro complesso dalla fine del XV fino al XVIII secolo, di cui la più famosa fu la *espropriazione/recinzione delle terre comuni*. Se questa servì a creare la miseria necessaria all'avvio del modo di produzione capitalistico, rendendo con ciò disponibili ad esso immense quantità di forza lavoro, la *caccia alle streghe* servì invece a *espropriare le donne*

del proprio corpo privandole anzitutto del sapere e potere di decisione riguardo ai suoi poteri riproduttivi, riguardo a sessualità e procreazione, perchè la riproduzione degli individui, d'ora innanzi riproduzione di forza - lavoro per ciò che concerneva l'ambito di una popolazione espropriata e impoverita, doveva passare sotto il controllo dello stato attraverso la mediazione della professione medica. Federici in particolare osserva (Federici e Fortunati, 1984) come la caccia si estese in Europa dal XIV al XVII secolo, con il periodo più acuto dal 1550 al 1650 quando dopo atroci torture vennero arse vive, si calcola, circa 100.000 donne. Le vittime erano, come dicevo, prevalentemente levatrici del paese colpevoli di sapere non solo del parto ma anche dell'aborto e dei mezzi anticoncezionali. E inoltre guaritrici nonché donne accusate di facili costumi. Ma era tanto più facile essere accusate in quanto donne sole, non sposate, vecchie e soprattutto a capo delle rivolte urbane e contadine causate dal rincaro dei prezzi, dall'imposizione continua di nuovi balzelli e soprattutto dalle espropriazioni di terra. Vergini e donne incinte, invece, non venivano di regola mandate al rogo. Questo che fu il più grande sessicidio che la storia ricordi e che rappresentò un momento fondamentale nella storia della lotta fra le classi e fra i sessi, tolse di mezzo, anche se mai definitivamente, con le donne stesse che vennero giustiziate, una medicina popolare e in particolare un sapere ginecologico ostetrico che era stato esclusivamente nelle loro mani. Questo sapere sarebbe stato soppiantato da una medicina ufficiale, sotto il controllo dello stato e della chiesa, che avrebbe comunque impiegato secoli prima di poter riempire con qualcosa di realmente terapeutico il vuoto lasciato dallo sterminio delle guaritrici e delle levatrici. È bene sapere che mentre ci furono streghe che pervennero a una conoscenza approfondita delle ossa e dei muscoli, delle erbe e delle droghe, i medici del tempo ancora derivavano le loro prognosi dall'astrologia. Tanto vaste erano le cognizioni delle streghe che Paracelso, considerato il 'padre della medicina moderna', diede alle fiamme nel 1527 il suo testo di farmacologia confessando che 'tutto ciò che sapeva lo aveva imparato dalle fattucchiere (Ehrenreich e English, 1975). I nascenti stati capitalistici ora avocavano a sé, attraverso la scienza che doveva passare per le Università, anzitutto attraverso le teste di uomini delle classi dominanti, visto che le Università con rare eccezioni erano vietate alle donne, il sapere e soprattutto il controllo sulla riproduzione umana. Questa espropriazione omicida del patrimonio che le donne del popolo avevano costruito e tramandato escluse tra l'altro dalla possibilità di cura gli strati più poveri della popolazione. Ma soprattutto il rogo

servì a bruciare con la levatrice e le altre condannate quella figura di donna medievale antagonista rispetto al nuovo modello femminile che la famiglia nel nascente capitalismo esigeva. Quella donna medievale che era ben presente in molte professioni e mestieri, non solo quindi nella medicina, che viveva in una dimensione di vita molto sociale e la cui sessualità non era esclusivamente subordinata ai fini procreativi. Ma se godere di una "cattiva reputazione" era già prova sufficiente per essere mandate al rogo, teniamo presente che proprio nel passaggio al nuovo modo di produzione le donne, escluse sia dall'accesso alla terra per le continue espropriazioni/recinzioni sia dai mestieri precedenti, e altrettanto impedito a entrare in quelli nuovi (Sullerot, 1968), per sopravvivere si trovarono per la prima volta nella storia ad esercitare la prostituzione a livello di massa (Fortunati, 1981). In tale contesto il rogo, con la politica di terrore che rappresentò, servì soprattutto a una ridefinizione della funzione sociale della donna che, per trasformarsi in "macchina riproduttrice di forza - lavoro", doveva divenire sempre più donna isolata, sessualmente repressa, sottomessa all'autorità del marito, fattrice di figli, priva di un'autonomia economica nonché di sapere e potere di decisione riguardo a sessualità e procreazione. Ma sul rogo si voleva distruggere anche il rapporto di cooperazione paritaria fra donne nell'ambito ostetrico-ginecologico, fra la donna levatrice e la donna partoriente o comunque bisognosa di cura o di consiglio. Tale rapporto doveva essere sostituito da un rapporto autoritario e gerarchico fra uomo medico e donna paziente. Nei processi alle streghe il medico era l'esperto che doveva dare l'impronta scientifica a tutto il procedimento comprovando quali donne potevano essere giudicate streghe e quali malanni potevano essere prodotti da stregoneria. La caccia alle streghe fornì tra l'altro una facile copertura alle incapacità quotidiane dei medici: tutto ciò che non si poteva guarire veniva attribuito a fattura. La distinzione fra "superstizione femminile" e "medicina maschile" fu codificata proprio nei ruoli che assunsero medico e strega nei processi (Ehrenreich e English, 1975).

A cominciare dal seicento appaiono i primi uomini - levatrici (men - midwives) e nello spazio di un secolo l'ostetricia passerà in mani maschili (Clark, 1968; Donnison, 1977), in un primo tempo dei barbieri chirurghi che si facevano forti di una vantata superiorità tecnica perché usavano il forcipe, legalmente classificato tra gli strumenti chirurgici, mentre le donne, che già denunciavano la pericolosità di tale strumento, venivano giuridicamente escluse dalla chirurgia. E questo nonostante fossero esperte di pratiche chirurgiche poiché tra l'altro sapevano amputare uteri prolapsati (Sutton,

1997). In seguito l'ostetricia passerà in mano ai medici ufficiali, divenendo, anzitutto in Inghilterra tra i ceti abbienti, una pratica lucrativa anziché un servizio di vicinato.

Gli Stati Uniti del XIX secolo rappresentano un altro momento estremamente significativo. Si confrontano un sapere medico popolare incorporato prevalentemente da numerose donne medico guaritrici nonché da uomini di diverse etnie (tra cui africani e nativi) e un'aspirante scienza medica ufficiale dall'altro. Ma il confronto premia il primo che dà vita ad un vero e proprio movimento sulla salute, il Popular Health Movement che tocca il suo apice tra il 1830 e il 1850 coincidendo con gli albori di un movimento femminista organizzato con cui largamente si confuse. Questo femminismo aveva della salute una concezione molto diversa da quella dei medici ufficiali e soprattutto la concepiva non come merce ma come bene comune, diritto fondamentale da garantire alla collettività. Mentre i medici "regolari", così venivano chiamati quelli che uscendo dalle Università appartenevano alla scienza medica ufficiale, non riuscirono mai in quel periodo a monopolizzare la medicina, tale salto fu reso loro possibile dall'intervenire delle Rockefeller e Carnegie Foundations all'inizio del '900. Il programma filantropico di queste fondazioni era teso a delineare il nuovo assetto voluto dalla classe dominante nella vita sociale, culturale e politica della nazione e aveva come punto centrale la *ristrutturazione medica*. Finanziarono quelle scuole mediche regolari che, già con una solidità finanziaria, erano in grado, come richiesto, di iniziare le modifiche necessarie per uniformarsi alle direttive adottate dalla John Hopkins fondata nel 1893. Le altre scuole, dove imparava la stragrande parte delle donne, dei neri e dei bianchi poveri, non solo non avrebbero ricevuto alcun finanziamento ma sarebbero state costrette a chiudere. La popolazione non abbiente rimaneva così meno tutelata sul piano della salute in quanto ben difficilmente avrebbe potuto pagarsi le cure dei medici ufficiali. Poco più tardi nuove leggi avrebbero escluso anche le levatrici da quello che era stato sempre il loro campo di competenza. L'ostetricia veniva ora avvocata a sé dai medici professionisti anche troppo inclini a usare tecniche di chirurgia che danneggiavano la madre e il bambino. La conseguenza fu che le donne povere rimasero senza alcuna assistenza, con gli effetti prevedibili e in parte anche documentati sulla donna e sul bambino.

È nella *professione medica "regolare"* che prende piede nell'Ottocento statunitense un *tipo di medicina* nei confronti delle donne che funziona in realtà da *potente strumento di controllo* del loro comportamento e arriva

a concretizzarsi in *aberranti pratiche di castrazione come l'ablazione del clitoride* per l'eccitazione sessuale che nella donna veniva considerata uno stato morboso e *l'ablazione delle ovaie* per i disturbi più svariati e inconsistenti. Per cui penso sarebbe ora di scrivere una "storia delle mutilazioni genitali femminili nella civiltà occidentale". Quanto all'ablazione del clitoride, le autrici Ehrenreich e English fanno risalire l'ultima di queste operazioni negli Stati Uniti, riguardante una bambina di cinque anni che si masturbava, a venticinque anni circa prima della stesura del testo cui ci stiamo riferendo, pubblicato nel 1973. Ma anche nell'Ottocento europeo la clitoridectomia avrebbe trovato i suoi fautori, tra l'altro in esponenti di gran rilievo della medicina ufficiale come il dottor Isaac Baker Brown del St. Mary's Hospital a Paddington, Londra, cui pur si riconosce il merito di aver messo a punto tecniche chirurgiche più sicure. Pubblicò nel 1865 un articolo sulla possibilità di curare alcune forme di pazzia, epilessia e isteria con la clitoridectomia, e si adoperò anche per pubblicizzare il successo di tale pratica. Fu per questo fortunatamente espulso dalla Obstetrical Society di Londra (Sutton, 1997). Ma quanti altri invece, al di qua e al di là dell'oceano, perpetrarono tranquillamente questo crimine medico contro le donne?

D'altronde dagli inizi dell'Ottocento agli anni '60 del Novecento negli ospedali psichiatrici (ma vi sono stati casi anche in ospedali non psichiatrici) in Europa, Italia compresa, e negli Stati Uniti, si è praticata la clitoridectomia con motivazioni mediche destituite di ogni fondamento, essenzialmente come forma punitiva della donna e della sua sessualità (Dalla Costa, 2002; de Fréminville, 1979).

Riprendendo le osservazioni di Ehrenreich e English (1975) sull'Ottocento statunitense dobbiamo rilevare come la professione medica avesse individuato nella donna di media e alta borghesia una cliente ideale di cui da un lato enfatizzava continui stati di malattia causati, se non direttamente identificati con le stesse caratteristiche e scansioni biologiche del corpo femminile, dall'altro sottolineava il bisogno di visite continue e di metodi terapeutici rappresentati essenzialmente dalla passivizzazione e cioè dall'isolamento e dalla "messa a letto" della paziente. In base alla cosiddetta "teoria conservativa dell'energia" secondo cui ogni energia spesa in funzioni diverse da quelle riproduttive andava a scapito di queste, la donna veniva nel contempo dissuasa da qualunque attività intellettuale o d'altro genere. Ma l'assalto cruento al corpo femminile che porterà all'*ovariectomia diffusa*, se da un lato aveva presupposto anche negli Stati Uniti il disconoscimento del sapere medico delle donne, dall'altro passava attraverso la

costruzione di una scienza professionale maschile che arrivava a formulare una teoria che le autrici cui ci riferiamo definiscono come "psicologia delle ovaie" (Ehrenreich e English, 1975) secondo la quale, così come si assumeva che utero e ovaie dominassero sull'intero organismo femminile, corrispondentemente si riteneva che le ovaie influenzassero l'intera personalità della donna. Per cui, qualunque alterazione di quelle che venivano ritenute le "caratteristiche naturali" della donna, alterazioni che andavano dall'irritabilità alla pazzia alla manifestazione di desiderio sessuale, poteva essere ricondotta a una malattia delle ovaie. Tralascio di menzionare i vari abusi condotti dai ginecologi del tempo sul corpo femminile in base all'assunto, comune agli uomini di allora, che una sessualità femminile non potesse essere che patologica, per soffermarmi su quella che "per i disturbi della personalità" fu la terapia più brutale e largamente usata dalla ginecologia chirurgica e cioè l'ovariectomia. Migliaia di questi interventi furono eseguiti dal 1860 al 1890.

Una teoria specifica a tale proposito fu la cosiddetta "ovariectomia normale" ovvero la rimozione delle ovaie per malattie non ovariche, teoria messa a punto nel 1872 dal dottor Robert Battey di Rome, Georgia. Ce ne riferisce il dottor Ben Barker-Benfield (Ehrenreich e English, 1975) che così descrive le patologie contemplate per tale tipo di intervento: "Tra le indicazioni c'erano sintomi diversi come la fastidiosità, l'alimentazione eccessiva, la masturbazione, i tentativi di suicidio, le tendenze erotiche, la mania di persecuzione, la semplice 'furfanteria' e la dismenorrea. Tra questa enorme varietà di sintomi quello per il quale i medici cominciarono più facilmente a prescrivere la castrazione fu la presenza di forti appetiti sessuali da parte della donna".

Le pazienti erano in genere portate dal chirurgo dai loro mariti che si lamentavano del loro comportamento indisciplinato e che, dopo l'operazione, ancora secondo il dottor Battey, divenivano più "trattabili, ordinate, industriose e pulite". Date le condizioni in cui si praticava la chirurgia allora, è lecito chiedersi *per quante donne questa terapia punitiva costituì in realtà la pena capitale*. A volte ovviamente solo la minaccia dell'operazione bastava a tenere le donne in riga. Alcuni medici dichiaravano di avere rimosso da 1500 a 2000 ovaie. Per usare le parole del dottor Barker - Benfield "Le portavano in giro su dei piatti, come trofei, ai congressi medici" (Ehrenreich e English, 1975).

Anche per l'*isterectomia* vi furono teorizzazioni mediche che la invocavano per i disturbi più svariati come l'isteria e la "malinconia mestruale", ciò che noi oggi chiameremmo "sindrome premestruale" (Sutton, 1997). Da notare che l'orgoglio di mostrare le loro capacità

spingeva inoltre i medici che, date le non conoscenze del tempo, prima di operare in genere non si lavavano le mani né indossavano guanti o maschere, a fare delle isterectomie eventi sociali per cui invitavano ad assistervi non solo altri medici ma anche amici e numerosi estranei, indifferenti all'angoscia della donna che attraversava da sola un inferno di dolore sentendo affondare il bisturi senza anestesia dallo sterno alla sinfisi pubica. Ma, ancora dopo la messa a punto delle prime forme di anestesia generale, ad esempio col cloroformio, c'erano medici che dichiaravano di non preferire l'uso perché la tensione che la paziente avrebbe messo per resistere all'intervento l'avrebbe sorretta meglio nel recupero postoperatorio. Tra questi l'insigne dottor Charles Clay che diede il nome di "ovariectomia" all'ablazione delle ovaie, che fu il più reputato per tale operazione (ne eseguì 395 di cui solo 25 con esito mortale) e che eseguì la prima isterectomia addominale a Manchester in Inghilterra nel 1843 (seguita sfortunatamente dalla morte della paziente per emorragia). Clay sosteneva che la determinazione che una donna dimostrava nell'affrontare l'intervento senza anestesia, sarebbe stata una garanzia anche per la sua capacità di recupero (Sutton, 1997): o si trattava semplicemente dell'assunto di lunga data, ben recepito dalla scienza ginecologico-ostetrica del tempo e non solo, secondo cui una donna deve soffrire? L'autore dell'articolo cui ci stiamo riferendo si meraviglia che nonostante l'alta mortalità (riferita qui in particolare all'isterectomia addominale) molte donne accettassero l'operazione. Ma c'è da chiedersi, come già per l'ovariectomia, quanta imposizione, quanta violenza subirono invece queste donne da parte di mariti, fratelli, padri e medici, per punizione e sadismo da parte degli uni, per sadismo e interesse della professione da parte degli altri? Quanta complicità maschile causò inutili quanto terrificanti sofferenze ai loro corpi? Quale rapporto fra quegli abusi e gli abusi attuali?