

L'ASSISTENZA ALLA NASCITA

Dalle mani nude a quelle armate di intelligenza nella prima Età Moderna

G.B.Franco

SOMMARIO

Nel saggio vengono ricostruiti i momenti culturali nei quali la storia del parto conosce svolte e innovazioni metodologiche a partire dalla Ima Età Moderna.

Nel clima generale della Rivoluzione Scientifica avviata dai filosofi naturali, accompagnata dalla rivoluzione industriale e dalla cultura del vivere senza i vincoli dell'Ancien Régime, cui conseguì una crescita demografica mai prima registrata, il primo grande contributo in campo sanitario è costituito dalle conoscenze anatomiche, patologiche e cliniche prodotte dalla pratica dell'autopsia, diffuse in Europa mediante l'uso della stampa a caratteri mobili di testi scritti in volgare, accettate e verificate dalla comunità scientifica di uomini assurti a Monumento nel corso di due secoli, il XVII e XVIII.

Alla fine il millenario mondo teorico e pratico di derivazione ippocratica della gravidanza e del parto si arricchirà di nuove figure operative e gerarchiche quali i chirurghi ostetricanti e le nuove levatrici edotte secondo i nuovi canoni presso le scuole ostetriche organizzate finalmente dall'istituzione pubblica dietro l'incalzare dello sviluppo professionale e soprattutto della coscienza dell'alta mortalità fetale materna e infantile.

Nel saggio si intende anche far emergere i tratti di continuità nell'assistenza alla partoriente da parte di donne animate da una innata solidarietà di genere capace di "assistere" il parto e il bambino attraverso una tecnoprassi tramandata oralmente e per imitazione lungo una filiera quasi sempre parentale, lungo millenni e che troverà la sua parziale alienazione con il processo riformatore dell'Età Moderna.

INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è quello di cogliere i mutamenti culturali e istituzionali, nonché quelli propriamente di carattere medico, che hanno accompagnato l'ostetricia nel corso dell'età moderna, trasformandola da pratiche e sapere popolare a branca scientifica e ospedaliera. Tutto questo sicuramente avveniva all'interno e grazie alle innovazioni scientifiche che hanno caratterizzato questi secoli e che non avrebbero mancato di penetrare all'interno di quel percorso biologico che incominciava con la nascita dell'uomo.

La nascita, considerata da sempre un evento naturale, ricco di mistero, ma anche rischioso per la vita della partoriente e del nascituro, momento peculiare nell'assistenza, conosceva una svolta nel secolo XVIII, quando la visione oggettiva del corpo umano attraverso la dissezione dei cadaveri favoriva nuove conoscenze anatomo-chirurgiche. Era questa anche l'epoca dell'organizzazione degli ospedali pubblici, dove ai pionieri della ricerca medica (Hotel de Dieu) il "citoyen" povero e malato dette un contributo fondamentale allo svelamento dei processi etiopatogenetici e clinici delle malattie, togliendo in pari tempo la gravidanza, ma soprattutto il parto, per secoli geloso appannaggio del mondo femminile, al silenzio e al pudore che lo avevano circondato da sempre.

Il nuovo discorso medico-chirurgico sarà fissato in un'ampia e copiosa trattatistica a stampa, in volgare, a diffusione europea, con la presa d'atto della necessità generalizzata di acculturamento del personale delle occupazioni sanitarie, specialmente quelle dedite alla partoriente.

Sotto l'incalzare dell'alta mortalità materno-infantile, attribuita genericamente all'ignoranza delle mammane, si istituirono le prime scuole ostetriche per orientare le vecchie mammane in gran parte analfabete e formare in maniera organica le nuove levatrici. E' anche l'epoca in cui ha inizio il processo di professionalizzazione di tutte le occupazioni sanitarie con la definizione dei compiti dei vari agenti. Il medico-chirurgo sarà il fulcro

intorno a cui ruoteranno le innovazioni della scienza medica, la nuova forma dell'esercizio sanitario (diagnosi e terapia ragionate), le politiche sanitarie svolte dalle Istituzioni.

Il mondo del parto avrà la presenza del medico non solo nel parto “contra natura”¹, come da tradizione millenaria, ma nella comprensione dei fenomeni fisiopatologici del parto, nella terapia operatoria e nell'insegnamento della disciplina ostetrica a quanti – studenti di medicina e allieve ostetriche – ne volevano intraprendere l'esercizio. Iniziava l'alba dell'ostetricia moderna, l'*otro mundo* ostetrico.

*Nasce l'uomo a fatica,
ed è a rischio di morte il nascimento.*

Giacomo Leopardi (Operette morali).

LA DONNA, LA MADRE E L'ASSISTENTE ALLA NASCITA NELLA STORIA

Dotata di un corpo biologicamente abile per la riproduzione e disponibile socialmente per l'allevamento di nuovi esseri (Era-Giunone), tra mitologia e antropologia, la donna è stata considerata e vissuta come l'oggetto del piacere e della sessualità (Afrodite-Venere)², mentre ha stimolato l'attenzione erudita della medicina greco-romana (Ippocrate, Galeno, Sorano d'Efeso)³. Nel corso del tempo ogni donna ha vissuto la sua singolare esperienza di vita nel momento della gravidanza e del parto insieme con altre donne sotto forma di solidarietà strettamente femminile e ampiamente applicata anche alla cura del corpo dei propri simili, come evidenziano anche le parole *co-mare* (come una madre) e *mamm-ana* (al pari di una madre). Sin dall'antichità nel parto la donna ha sviluppato il duplice ruolo di destinataria di assistenza e di prestatrice di cura, probabilmente eredità dell'era della Grande Madre pre-neolitica⁴. L'ostetricia per millenni è stata quindi soprattutto arte (*téchne* ippocratica), capacità pratica di fare, puro artigianato, appannaggio di donne “sagge ed esperte”, qualità ricevute e trasmesse ad altre donne mediante il procedimento della “imitazione” e della “ripetizione”, strettamente legate all'abilità di *manuales*, cioè di coloro che lavorano con “le mani”⁵.

Si è rivelata infelice la definizione che fornì Aristotele del corpo femminile come semplice *humus* (materia) destinato ad accogliere il seme dell'uomo (causa motrice), relegandolo così “fisiologicamente” sin dall'antichità e per i secoli successivi nel campo della subalternità a quello maschile⁶. Il parto sarà escluso dalla sfera di interesse della scienza astratta, in quanto questa era tesa alla ricerca costante di essenze e cause (la forza motrice aristotelica), e per questo l'assistenza alla nascita sarà appannaggio millenario del fare semplicemente manuale e di stretta pertinenza della parte sociale subalterna, quella femminile⁷.

La mancanza di riferimenti certi, assimilabili a fonti storiche, almeno fino al Cinquecento, rende del tutto impossibile, prima della Rivoluzione Scientifica, fare la storia concreta dell'assistenza al parto, in quanto affidata a mani popolari, generalmente non dedite alla scrittura, essendo l'autorità e l'autonomia delle levatrici consacrate dal consenso del vicinato verso “una persona” del luogo, ritenuta affidabile per riconosciuta

¹ «Quanto alle generali differenze del Parto, deve sapersi, che uno è legittimo, cioè naturale, e l'altro illegittimo, e contro natura. Per arrivare alla cognizione dell'uno, e dell'altro, diremo, che quattro condizioni si devono solo incontrare in un Parto per potere essere veramente chiamato naturale, e legittimo, la prima che si faccia in tempo debito. La seconda, che sia pronto, e senza alcuno accidente di considerazione. La terza, che il fanciullo sia vivo. E la quarta, che esca in buona figura, e buona situazione, perché se qualcuna di queste quattro cose manca il parto sarà chiamato contra natura, e tanto più, quando più d'una di queste circostanze non vi saranno». F. MORICEAU, *Opere medico-chirurgiche divise in due tomi*, trad. dal francese, presso Gio Battista Recurti, Venezia, 1760, p. 130.

² G. BELTRAMINI, *Mitologia classica*, Signorelli editore, Milano 1955, p. 23, 42.

³ IPPOCRATE, *Opere scelte*, traduzione, introduzione e note a cura di Mario Vegetti, pp. 63 e 55; Sorani *Gynaeciorum libri quattuor*. De signis fracturarum. De fasciis. Vita Hippocratis sec. Soranum edidit. J. Ilberg, Leipzig-Berlin, Teubner 1927 (Corpus med. Graecorum, IV), pp. 22+ 282.

⁴ M. GIMBUTAS, *Le Dee e gli Dei dell'Antica Europa*, trad. in italiano di M. Pelaia da «The Goddesses and Gods of Old Europe», Stampa Alternativa, Roma, 2016.

⁵ G. COSMACINI, *Storia dell'Ostetricia. Stato dell'arte dal Cinquecento all'Ottocento*, 1° vol., edito da Cilag, 1989, p. 9-10.

⁶ ARISTOTELE, *Opere. Della generazione e della corruzione*, Laterza, Bari 1987.

⁷ G. COSMACINI, *Storia dell'Ostetricia*, cit., p. 10.

padronanza sul campo di “tecniche e conoscenze terapeutiche”, apprese per esperienza personale e, soprattutto, per tradizione familiare, sfruttando la trasmissione orale e l’imitazione del fare ostetrico⁸.

La casa della partorienti al primo sentore del parto era la meta di ansiose amiche, parenti, donne del vicinato animate da solidarietà femminile, consuetudine, curiosità e dal presentimento che un evento importante (la nascita) stava per compiersi, segnando un destino, da fissare nella memoria in maniera indelebile. Non c’erano norme scritte che guidavano i comportamenti e le azioni, ma tutte si sentivano co-attrici, intorno e alle dipendenze della tirannia imperiale della levatrice, e tutte avvertivano di essere comunque protagoniste esclusive di un evento, che in gran parte era “gestito dal destino”⁹.

Sin dall’antichità comunque la nota distintiva e universale rimase il dominio femminile assoluto sulla scena del parto, almeno fino al secolo della Rivoluzione Francese, allorché “si passa dal sentimento al razionale, (...) dall’assistenza affettiva all’assistenza medicalizzata” attraverso “un groviglio di storia e di avvenimenti che si intersecano” come espressione del vivere e del sopravvivere dell’uomo¹⁰.

DALL’ANTICHITÀ ALLA MODERNITÀ

L’arte ostetrica era esercitata in Grecia sia dalle levatrici che dai medici, si seguivano gli insegnamenti che provenivano dall’Asia minore e dall’Egitto. Svilgendosi nei Templi, l’esercizio delle loro funzioni assumeva carattere sacrale. Ippocrate, contemporaneo di Socrate (465-399) nel periodo aureo della cultura ateniese, creò una scuola di medicina vicino a Kos, un’isola della costa dell’Asia Minore, intorno ad un Tempio ricco di storia medica. Il pensiero ippocratico sarà raccolto in un “*Corpus*”, dove gli argomenti di ginecologia e di ostetricia trattavano temi diversi: lo sviluppo fetale, l’insorgenza del parto, le presentazioni fetali, quelle con parto normale e quelle con parto patologico, il parto prematuro, il nutrimento fetale, la sterilità e la frigidezza femminili, temi considerati dal punto di vista obiettivo, ma molto spesso sotto l’influenza di credenze sacro-religiose, senza alcun valore terapeutico¹¹. A differenza delle semplici levatrici, le ostetriche istruite nelle scuole ippocratiche erano dotate di notevoli conoscenze ostetriche e ginecologiche nonché di igiene e di dietologia, potendo comunque esercitare l’arte solo se avevano frequentato vere e proprie scuole, a cui potevano accedere unicamente le donne che avevano avuto figli, proprietà che sottolineava il valore del tutto esperienziale dell’apprendimento, allo scopo di favorire una maggiore abilità manuale nel “trarre” il neonato¹². A Roma, per l’ammissione di una donna alle scuole ostetriche erano indispensabili alcune prerogative, quali “un’istruzione elementare, vivacità di spirito, memoria, impegno nel lavoro, discrezione, viva sensibilità, fisico ben proporzionato e robusto”, secondo quanto scrisse Sorano di Efeso (90-140? d. C.) nel suo trattato¹³. Sono note attitudinali e morfologiche che troveremo spesso nella idealizzazione della figura della levatrice nei secoli che verranno, mentre ai chirurghi era affidato il compito di intervenire adeguatamente nel parto distocico attraverso embriotomie, lacci, uncini, rivolgimento fetale¹⁴.

La caduta dell’Impero romano, con la presa di Roma da parte dei Visigoti (476 d. C.), portò allo smantellamento delle strutture mediche di Roma e della cultura medica latina e saranno i medici bizantini a scrivere di ginecologia, come Oribasio (325-403), *Collectiones medicae*, Ezio di Amida (502-575).

La cura della nascita rimase affidata sempre alle donne, anche se spesso del tutto sprovviste di conoscenze mediche. Le ostetriche erano per lo più incolte e, quindi, facilmente preda di magie e superstizioni, riti religiosi, soprattutto nelle campagne. Fu Avicenna (980-1037) il medico che con più rigore e metodo elaborò il pensiero di Ippocrate e Galeno. Nel suo *Canone della Medicina* si potevano leggere molte pagine di ginecologia,

⁸ C. PANCINO, *Il bambino e l’acqua sporca*, Franco Angeli, Milano, 1984, p. 17.

⁹ E. SHORTER, *Storia del corpo femminile*, p. 20.

¹⁰ C. PANCINO, *Il bambino e l’acqua sporca*, cit., p. 15, 18.

¹¹ S. CAMPESE, P. MANULLI, G. SISSA, *Madre materia. Sociologia e biologia della donna greca*, Torino, 1983.

¹² R. FORLEO, *Fondamenti di storia della ostetricia e ginecologia*, Verducci Editore, Roma 2009, p. 11 e ss.

¹³ SORANO DI EFESO, *De arte ostetrica morbisque mulierum quae supersunt. Ex apographo*, Fr. Dietz. Regimontii Pr., Graef et Unzer, 1838.

¹⁴ M. G. NARDI, *Il pensiero ostetrico-ginecologico nei secoli*, Thiele Ed., Milano 1954.

particolarmente nel capitolo XXI che trattava «*degli organi per la generazione nella donna*»; indicava nel parto difficile alcune manovre, che saranno puntualmente applicate anche nei secoli successivi. Scriveva, ad esempio: «Quando il feto è in presentazione cefalica ed i dolori sono abbastanza forti, si metta la donna sulla sedia da parto (...) quindi si dirigano sulla vulva vapori di fieno greco (...) la levatrice laceri con l'unghia il sacco (*amniotomia, ancora oggi impiegata*) e faccia nello stesso tempo pressione sull'addome (*detta oggi manovra di Kristeller*). (...) Qualora il feto non discenda, si faccia alla donna un clistere con mucillaggini di fieno greco ed olio di sesamo, e si continui ad esercitare pressioni sul ventre (...). Si provochino alla gestante starnuti, invitandola a tener chiusa bocca e naso (*oggi detta manovra di Valsalva*) senz'altro il feto verrà fuori»¹⁵. Anche il *De secretis mulierum*, attribuito ad Alberto Magno (1206-1280), se pur intriso di astrologia, conteneva tuttavia riflessioni sulla fecondazione e ripeteva le idee ippocratiche su gravidanza e parto. Il libro fu più volte trascritto e stampato fino a tutto il Settecento.

In Italia frattanto la trasmissione del sapere trovava nell'organizzazione delle Università, quelle di Bologna, Padova e Napoli, la sede adatta per la riscoperta del pensiero greco-romano. Si insegnava quasi ovunque il Canone di Avicenna, mentre l'ostetricia e la ginecologia trovavano in Michele Savonarola (1385-1484) un personaggio di spicco. La sua *Pratica Maior*, scritta attorno al 1450 (stampata per la prima volta a Firenze nel 1479, più volte ristampata fino alla fine del Seicento), conteneva brani significativi sulla ginecologia, una piccola opera di istruzione igienica di ostetricia e di pediatria, offerta direttamente alle donne ferraresi: *Ad mulieres ferrarienses de regimine pregnantium et noviter natorum usque ad septemniunum*. Scritta in italiano, fortemente influenzata dall'idioma veneto e ferrarese, ebbe grande diffusione non solo fra le levatrici, ma anche fra le donne. Oggi ne abbiamo la copia stampata dallo storico Luigi Belloni (1952).

In area germanica, il primo e il più noto trattato fu *Il giardino delle rose delle donne* (*Der Swangern Frauen und hebamenn Roszegarte*, 1513) di Eucarius Roesslin, medico a Francoforte. Il trattato voleva «*parlare alle ostetriche, in generale, che non hanno assolutamente alcuna cultura e che per loro negligenza fanno da tutte le parti morire i neonati, e che sprecano il loro zelo tradendo il loro ruolo [...] e a quelle donne che hanno a cuore di diminuire i dolori che le donne soffrono nel travaglio, e diminuire paure ed angosce*». Tale era l'incipit del libro, vero marchio di ignoranza per le mammane, certificata dalla esposizione dei saperi teorici e di stampo filosofico ereditati dall'Antichità e dal Medioevo, appresi attraverso la lettura dei libri di Ippocrate, Galeno, Razes, Avicenna, Averroé ed altri. Le conoscenze pratiche erano alienate completamente, specialmente l'uso degli strumenti per via dello statuto antico che impediva ai medici di sporcarsi le mani, tanto che l'Autore, professore universitario, a questa epoca non esigeva l'intervento di un medico nelle nascite difficili¹⁶. Il libro fu scritto in tedesco con alfabeto gotico, illustrato da magnifiche figure di Erhard Schon (incisore in legno), «*perché lo utilizzino le donne incinte e in travaglio, e per dare alle ostetriche le regole per ben operare*». Tradotto in latino con il titolo *De partu hominis...*, in questa veste circolò anche in Italia e, nella traduzione in lingua inglese *The birth of Mankynd or the woman's book* di Richard Jones, il manualetto ebbe grande successo e fu il vero manuale delle ostetriche europee per tutto il Rinascimento. Si davano consigli pratici per facilitare l'inizio del travaglio e il parto, si accennava al taglio cesareo post-mortem da eseguire su donna morta con bambino vivo (?): «bisogna tenere aperta la bocca della madre perché il bambino possa ricevere ed espellere l'aria. Si metta poi la donna di lato e si tagli l'addome per tirar fuori il bambino...». Accanto a molte vere e proprie fantasticherie, molto interessante era la proposizione della funzione del collo dell'utero nella fecondazione (“*parto della madre*”), oggi verificata dagli studi di sessuologia. Durante il coito il collo si apre, “*succhiando il seme*” all'interno dell'utero con «*tale forza e ampiezza attraverso un veemente desiderio naturale*». Un testo dunque che ha avuto grande diffusione, ma certamente non aveva carattere innovativo ovvero scientifico in campo ostetrico-ginecologico. Cent'anni dopo Roesslin, Felix Wurtz, chirurgo di Bale, nel suo *Piccolo libro sui bambini*, confermò che le levatrici erano maldestre e senza istruzione, ma nello stesso tempo auspicava che una ostetrica dovesse, prima di tutto, essere una donna credente in Dio, misericordiosa, onorevole e virtuosa, di parola e di atti. Quindi l'ostetricia praticata come puro atto di

¹⁵ R. FORLEO, *Fondamenti di storia della ostetricia e ginecologia*, cit., p. 24.

¹⁶ E. RÖSSLIN, *Rosengarten*, Gedruet im Jahre 1513, Munchen, 1910.

cortesìa, di gentilezza. Se aveva messo al mondo un bambino, questa mera esperienza le sarebbe stata molto utile in quanto l'esperienza consisteva nella "sensazione", ed era per questo "semplice ed unico" fatto molto piú credibile del sapere acquisito attraverso la bocca e l'orecchio o attraverso la vista. Doveva avere conosciuto nella sua propria carne la paura, il pericolo, l'angoscia, il dispiacere, il dolore del parto e altro ancora, in quanto questo evento non poteva essere capito da coloro che non l'avessero vissuto e che, per questo stesso motivo, ne sapevano meno che le donne alle quali una tale cosa non fosse capitata. Addirittura Wurtz, ritenendo inutile dispensare alle ostetriche un qualche insegnamento specialistico, facendo finta di non immischiarsi nella pratica delle ostetriche ed enfatizzando l'importanza dell'esperienza personale, auspicava che fossero le donne sapienti le tutrici dell'assistenza della nascita; ma fu tra gli ultimi a manifestare una tale riserva¹⁷.

Nel 1679, la posizione di Christoph Volter, chirurgo wurtenburghese, fu a questo riguardo molto chiara: «Come un medico o un chirurgo può esaminare o formare una ostetrica, che ordinariamente è molto maldestra, se egli stesso non conosce affatto queste cose? Ed è impossibile che uno tra di loro possa intendere qualcosa, se egli non ha visto parecchie volte la posizione del bambino nell'utero, dal momento che i bambini possono avere molte posizioni differenti nel seno materno, tanto che non se ne stupirà mai abbastanza. Io stesso ho provato molto spesso meraviglia per tali cose». L'osservazione in sede autoptica era ormai alla base della conoscenza in campo medico, quindi anche in quello ostetrico, e le ostetriche in assoluto non avevano questa esperienza. L'unica pratica chirurgica di cui potevano avvalersi storicamente era il taglio cesareo in donna morta allo scopo di somministrare il battesimo per salvare la vita "celeste" del bambino. E questi cesarei ovviamente non avevano valore scientifico¹⁸.

Dall'antichità alla fine del medioevo, dunque, la storia del parto si connetteva intimamente e inestricabilmente con la storia della vita quotidiana. Non c'era documentazione di maestri, né "scienza scritta"; non esisteva una figura "istituzionale" dotata di abilità teorica e pratica nell'accudire l'evento nascita. Peraltro, il medico filosofo al letto dell'ammalato mai si sporcava le mani e quindi l'esercizio dell'ostetricia, intesa come pura tecnoprassi, era del tutto bandito dalle sue competenze. Le donne, semplicemente, si aiutavano a vicenda e l'unica fonte di conoscenza era certamente l'informazione domestica a trasmissione orale e la imitazione del fare ostetrico. Comunque, al tempo della Grecia e di Roma antica vissero celebri levatrici. Bisognerà attendere la fine del primo millennio per leggere un libro di ostetricia scritto da una donna, Trotula De Ruggiero, una "medica", ma probabilmente una ostetrica, moglie del medico Giovanni Plateario, allieva e poi *magistra* presso la Scuola medica salernitana¹⁹.

Nel periodo della modernità, fra il XVI e il XVIII secolo, dopo e per merito della Rivoluzione scientifica, si è sviluppata una ricerca ampia e importante sul modo nuovo con cui l'uomo ha inteso la nascita e la sua assistenza. Sappiamo che le nuove conoscenze e soprattutto il metodo scientifico sono ritenuti alla base dei reali cambiamenti strutturali, istituzionali ed economici avvenuti nell'Età Moderna²⁰, sostenuti anche dallo sviluppo della Rivoluzione Industriale, che in tempi e modi diversi nei vari Paesi europei ha alimentato miglioramenti economici e una piú adeguata condizione igienico-nutrizionale, seguita da un incremento demografico mai visto prima nel mondo occidentale²¹. La nascita ad un certo punto ha assunto importanza non tanto e non solo per la famiglia in quanto struttura sociale, economica e istituzionale di base, ma anche per la società (politica populazionista)²². E in forza di tale ideologia, contravvenendo alla storia millenaria, si stabilì indispensabile l'entrata dell'uomo sulla scena del parto, superando quel senso del pudore femminile che tenacemente ne aveva impedito l'accesso.

Il nuovo che avanzava è ben espresso sulla copertina del *Novum Organon* di Francesco Bacone (1620) con il motto "multi pertransibunt et augebitur scientia", che dava il senso del varcare i limiti, ovvero trascendere

¹⁷ F. WURTZ, *Childrens book*, London, 1656.

¹⁸ CH. VÖLTER, *Neu eröffnete Hebammen*, Schuhl, Stuttgart 1679.

¹⁹ T. DE RUGGERO, *Sulle malattie delle donne*, La Rosa, Torino 1979.

²⁰ M. C. JACOB, *Il significato culturale della rivoluzione scientifica*, Einaudi, Torino 1992, p. XVIII.

²¹ S. CIRIACONO, *La Rivoluzione industriale*, Mondadori, Milano 2000, pp. 22, 95-120.

²² G. PANSIERI, *La nascita della polizia medica*, in «Storia d'Italia», Vol. III, Einaudi, Torino 1980, pp. 5-147; G. COSMACINI, *Storia dell'ostetricia*, cit.

il già noto e aumentare il sapere. Le grandi scoperte geografiche del Cinquecento e del Seicento alimentarono le *ucronie*, le descrizioni di società perfette localizzate nel tempo, ma non in uno spazio reale, come quella descritta in *L'anno 2440* da Louis Sebastian Mercier (1770). Si offriva all'immaginazione dell'uomo la possibilità di sostituire l'attuale mondo imperfetto con un altro, posto nel futuro, dove l'oppressione era sostituita dalla libertà, la miseria dal benessere, l'ignoranza dalla conoscenza. Rousseau nell'*Emilio* parlò di un "uomo nuovo" che, liberato dalla corruzione della società, finalmente si protendeva leggero verso la felicità. Si faceva più chiaro, in pari tempo, il concetto di limite. Lasciatisi alle spalle il mondo chiuso e limitato della cultura antica e medioevale, già con Giordano Bruno si passò a immaginare l'infinito dando così all'uomo maggiore libertà e felicità: "Potrebbero essere infiniti mondi simili a questo"²³. Con Kant si cercò di mettere da parte la metafisica e la fede, ossia questioni non razionalmente argomentabili, per dare all'intelletto la possibilità di giungere a una solida conoscenza basata sull'esperienza dei sensi o sul sapere matematico²⁴.

Tra angosce, legate alla perdita di convinzioni ripudiate, e esaltazione, dovuta alla coscienza di nuove prospettive e di un incremento di potenza del proprio essere, alla fine la scoperta scientifica si avvale del "metodo", ossia di un *meta-odos* (strada attraverso cui), il cammino che guidò l'intelletto umano nella ricerca della verità. Il maggior vanto dell'Era Moderna è stato il desiderio dell'uomo di proiettarsi verso l'ignoto, mentre nell'antichità ciò costituiva una forma di *hybris*, punita dalla divinità. L'uomo nuovo fu animato dalla curiosità, dallo spirito di avventura (*ad-ventura*, il lanciarsi verso le imprese future) sia nel mondo fisico che intellettuale. Si trattò di una vera sfida alla natura selvaggia, a volte vissuta con gioia tal' altra con gran fatica, fino alla morte, pur di mostrare la superiorità dell'uomo sulla vastità del cosmo e sulla sterminata potenza della natura. Un atteggiamento espresso magnificamente da Nietzsche quando raffigurava l'uomo moderno destinato a navigare in mare aperto: «Finalmente [...] ogni rischio dell'uomo della conoscenza è di nuovo permesso»²⁵. Il pensiero moderno rivalutò quindi la "libido sciendi", rovesciando i principali dogmi imposti dalla tradizione, aprendo alla conoscenza umana gli "arcana naturae", gli "arcana Dei", gli "arcani imperii", i misteri della natura, di Dio, del potere²⁶. Le ricadute sociali furono evidenti: giovandosi del "metodo scientifico", si formò per la prima volta nel mondo occidentale una vasta nuova cultura, che trovò nella stampa a caratteri mobili, inventata dal tedesco Johannes Gutenberg nel 1455, lo strumento ottimale per la sua ampia e rapida diffusione, mentre l'insegnamento appartenne proprio a una istituzione scolastica a prevalente carattere laico, dopo il monopolio degli ordini religiosi lungo tutto il medioevo²⁷.

Alle turbolenze religiose, fomentate dalla irruenta entrata in vigore della riforma luterana, in parallelo si fece avanti e si sviluppò un inarrestabile razionalismo più o meno irreligioso. Per la prima volta Mirabeau nel 1757 impiegò la parola "progresso" per indicare un "movimento in avanti della civiltà verso uno stato sempre più fiorente"²⁸, che avrebbe trovato di lì a poco nella Rivoluzione Francese la fucina popolare del valore politico del "cittadino", inteso come persona degna di essere considerata sotto i riguardi della solidarietà da parte dello Stato e delle sue Istituzioni, rinnovate sulle macerie dei «vincoli e delle vecchie comunità, delle confraternite, degli ordini, dei costumi, delle corporazioni, del cosiddetto ancien régime»²⁹. Alla fine nacque una nuova Europa, quella del Rinascimento, in cui il primato appartenne al metodo della razionalità delle matematiche applicata all'esperienza, nel nostro caso a quella della autopsia³⁰.

²³ B. GIORDANO, *De l'infinito universo e mondi (1584)*, ora in «Oeuvres complètes», a cura di Y. HERSANT E N. ORDINE, vol. IV, *De l'infini, de l'univers et des mondes*, Les Belles Lettres, Paris, 1995, p. 67: "mi par cosa ridicola il dire che estra il ciela sia nulla".

²⁴ I. KANT, *Critica della ragion pura*, Laterza, Bari 1996.

²⁵ F. NIETZSCHE, *La gaia scienza*, in *Opere*, Adelphi, Milano 1964, vol. II, aforisma 343, p. 195.

²⁶ B. TELESIO, *De rerum natura iuxta propria principia*, Trad. e note a cura di L. De Franco, 3 voll., Casa del libro, Cosenza, 1974.

²⁷ Il tasso di scolarizzazione di base a Firenze nel 1480 era al 28% dei ragazzi maschi tra 10 e 13 anni, a Venezia il 33% nel 1587. Erano soprattutto i ragazzi appartenenti alle famiglie di artigiani, negozianti, operai, che frequentavano regolarmente le scuole comunali gratuite, mentre bassissima era la percentuale delle ragazze tra i 6 e i 15 anni. Solo verso la fine del 700 diffusamente in Europa lo Stato si impegnò nell'istituzione scolastica, promuovendola e controllandola. M.T. Teresa d' Austria nel 1774 varò una riforma scolastica elaborata dall'abate Giovanni Ignazio Felbiger, che per la prima volta prevedeva tra l'altro la obbligatorietà della scuola elementare per i bambini dai 6 ai 12 anni e contemporaneamente la istituzione di apposite scuole normali (*Normalschulen*) per la preparazione dei maestri. Con la rivoluzione francese, si affermò una nuova idea della scuola: l'istruzione primaria doveva essere pubblica (aperta sia ai maschi che alle femmine), obbligatoria e gratuita. Cfr. P. F. GRENDLER, *La scuola nel Rinascimento italiano*, Laterza, Roma-Bari 1991, p. 87 e ss.

²⁸ J. LE GOFF, *Il tempo continuo della storia*, Editori Laterza, Bari 2014, p. 121, 122.

²⁹ A. DE BAECQUE, *Le monde des livres*, in «Le monde», 10 maggio 2013, p. 2.

³⁰ *La genie de la Renaissance. Quand l'Europe se réinvente*, in «Les cahiers de science et vie», Aprile 2012, p.

L'ALBA DELLA NOSOLOGIA OSTETRICA. I PIONIERI E LE LORO OPERE, ALL'INIZIO DELLA MODERNITÀ

La pratica ragionata dell'autopsia fu la via maestra che i chirurghi di Montpellier, di Bologna e Padova hanno seguito per conoscere la morfologia normale e patologica del corpo umano³¹. Nel breve giro di due secoli si formò un corpus dottrinale di sapienza morfo-funzionale umana, da cui l'arte dell'assistenza sanitaria avrebbe tratto continuo nuovo alimento per conseguire, scavalcando i limiti tradizionali, i suoi scopi terapeutici. Ai fini dell'assistenza al parto, importanza decisiva ebbe la descrizione del bacino osseo e delle parti molli (utero ed annessi, vagina e vulva) della pelvi femminile dando inizio allo svelamento degli arcana anatomici e dei meccanismi fisiologici della procreazione, dello sviluppo della gravidanza, del parto sia normale che difficoltoso.

La scuola padovana di anatomia con Alessandro Benedetti e con il suo successore il fiammingo Andrea Vesalio ha dato contributi fondamentali nella descrizione del bacino sia maschile che femminile (*De humani corporis fabrica libri septem*, 1543). La magistrale descrizione del bacino, indicato per la prima volta col nome di "pelvis" (p. 129), si accompagnò alla tesi che le ossa non si disgiungevano al passaggio del feto durante il parto (p.131), in contrapposizione alla dottrina antica e ancora prevalente (VI secolo d. C. ad opera di Ezio d'Amida), che assegnava ai legamenti troppo saldi tra le ossa del bacino la causa dei parti difficili. Sulla scia di Vesalio, Realdo Colombo (1516-1559) (*De re anatomica*, Venetiis 1559, L. XI, cap. XVI), dell'utero (matrice) fece ampia e minuta descrizione (pp. 240-244); inoltre classificò l'atteggiamento del feto nell'utero ed ammise tre presentazioni: cefalica, la più frequente, podalica e trasversa; individuò e nominò l'ammios e l'allantoide, introdusse il nuovo vocabolo di vagina (p. 244)³². Le tube furono descritte da Gabriele Falloppio (1523-1563) (*Opera omnia*, Venetiis, MDCVI, p. 106), da cui presero il nome; dallo stesso Autore fu definita la connessione materno-fetale, formata, come oggi chiaramente si sa, dalla compenetrazione reciproca tra corion frondoso e decidua basale (p. 107), dove solo in seguito si sarebbe appurato quale sede degli scambi nutritivi tra la circolazione vascolare materna e quella fetale. Il secolo glorioso degli studi anatomici padovani fu chiuso dall'opera di Fabrizio D'Acquapendente (1533-1619), che indagò per primo sullo sviluppo dell'ovulo dei polli (*De formatione ovi et pulli*), inaugurando attraverso l'anatomia comparata gli studi embriologici, che saranno successivamente sviluppati da Malpighi (1628-1694). Nel suo *De formato foetu*, edito nel 1600, matrice, strutture embrionali e placenta umane furono descritte ed illustrate anche attraverso le migliori tavole dell'epoca. Le osservazioni dei microscopisti olandesi Antony van Leeuwenhoek (*Arcana naturae ope exactissimorum microscopiorum detecta. Editio novissima, auctior et correctior*, 1722), Swammerdam (*Miraculum naturae*, uscito nel 1672), Renier de Graaf (*De mulierum organis generationi inservientibus tractatus novus*, 1672), sullo scorcio del Seicento, portarono alla conclusione che gli "animaluncoli" del seme maschile (detti spermatozoi da K. von Baer, 1827) avevano la loro corrispondenza negli "ovuli" indovati nei "testicoli" femminili, altrimenti detti ovaie, e dotati della capacità di raggiungere la "matrice" uterina, trovandovi sede definitiva. Spallanzani (1729-1799), negando la fecondazione spontanea (*Sistema della generazione de' Signori* di Needham e Buffon, 1765), dimostrò sperimentalmente che la fecondazione aveva bisogno del contatto fisico dei gameti, unendo uova di rospo con liquido seminale maschile, raccolto in *culottes* protettive applicate al maschio prima del coito, smentendo finalmente le vecchie teorie che vedevano in una misteriosa aura spermatica – una sorta d'effluvio generativo emanato dallo sperma – il fattore determinante del processo riproduttivo.

³¹ La pratica delle imbalsamazioni dei cadaveri in uso sin dal lontano Egitto ha dato all'uomo l'opportunità di conoscere la costituzione interna del corpo umano. Solo nel secondo millennio, però, la pratica dissezzatoria sul corpo umano avrà lo scopo scientifico di individuare la causa delle morti in corso di pestilenze. A partire dal 1200 a Montpellier, Guy de Chauliac (1300-1368), Francois Gigot de la Peyronie (1678-1747), a Bologna, Mondino de Liuzzi (1276-1328) nel suo *Anathomia*, lo studio dell'anatomia divenne conoscenza di base per ogni progresso medico e chirurgico, fissando anche un preciso protocollo per la pratica autoptica. A Padova con Bernardino Benedetti (1455-1525), attraverso la formazione di vere scuole di dissezione, si avviò il processo che avrebbe portato alla descrizione della morfologia normale e patologica del corpo umano (n.d.r.).

³² La presentazione definisce la parte fetale che si mostra alla bocca uterina al momento del parto (n.d.r.).

Dal punto di vista clinico (diagnosi e terapia) l'innovatore dell'epoca moderna è unanimemente considerato Ambroise Paré (1517-1590), chirurgo de l'Hotel de Dieu a Parigi, che con il suo allievo Guillemeau e successivamente con Mauriceau, attraverso l'osservazione intelligente e continua dei casi clinici, la loro annotazione, accompagnata dall'analisi ragionata degli eventi, incominciarono a disvelare la natura cancellando in pari tempo l'infallibilità dell'antichità dalla credenza umana³³.

Nel XVI secolo i primi due chirurghi, a discapito della pratica antica del rivolgimento cefalico (operare per portare in basso la testa), rivalutarono il *rivolgimento podalico* – operare perché la presentazione alla fine fosse quella podalica³⁴ –, che praticarono con grande maestria non solo nelle presentazioni anomale, ma anche nei casi di emorragia fuori travaglio e per “placenta praevia”, allo scopo di favorire il cosiddetto “parto forzato”, da loro stessi ideato³⁵. Entrambi però dettero ancora credito all'opinione antica del “*disgiungimento delle ossa del bacino*” nell'espletamento felice del parto, che invece diventava problematico in sua assenza, come nelle donne anziane dato l'indurimento dei legamenti e delle cartilagini. Annotarono che la presentazione cefalica, dopo lo scolo del liquido amniotico, rendeva il parto naturale e facile, quella podalica certamente lo complicava, mentre in tutte le altre presentazioni fetali il parto si espletava molto difficilmente³⁶.

Francesco Mauriceau (1637-1709) nel secolo successivo confermò definitivamente la supremazia del rivolgimento podalico su quello cefalico nella soluzione di gran parte della patologia ostetrica. Propugnò l'obbligo del parto forzato sia nelle emorragie che nelle convulsioni gravidiche, da lui descritte in forma chiara e completa, per evitare danni mortali alla madre e al figlio³⁷. Definì la diagnosi di “placenta praevia”³⁸, mediante la percezione del dito esploratore della soffice resistenza intrauterina del tessuto placentare praevio, raccomandava di operare con delicatezza ma prontamente (parto forzato) allo scopo di ridurre le massive e quasi sempre mortali emorragie. Concepì le lochiazioni puerperali come normale secrezione (purga) dalla ferita endouterina, sede della placenta in gravidanza, fenomeno ritenuto vitale tanto che il loro arresto era creduto foriero di accidenti fino alla morte, per esempio quella esitata nella febbre puerperale dovuta a ristagni di umori, che all'esame necroscopico si trovavano raccolti in ascessi in sede uterina e in loci indovati negli organi vicini e distanti. Mauriceau fu il primo a citare l'epidemia di febbre puerperale che divampò contemporaneamente in una grande città e in una grande maternità, ove perirono più di due terzi delle ricoverate. Ricercò per primo i movimenti fetali attivi per la diagnosi differenziale di vita o di morte del feto in utero. Negò fermamente e in maniera decisiva che le ossa del bacino cedessero nel parto. Un tema dibattuto era la ricerca della posizione ottimale da tenere durante il parto da parte della donna per meglio respirare e rendere più efficaci gli sforzi muscolari necessari per favorire l'espulsione fetale. All'ostetrica si affidava il compito di individuare prontamente le presentazioni fetali anomale, ovvero quando il feto si presentava con il dorso, l'addome, le mani e i piedi insieme, la spalla, in quanto in questi casi era necessario il rivolgimento podalico, che ella doveva conoscere e eseguire, altrimenti doveva chiedere l'intervento di un abile chirurgo. Consigliava di affidare a Dio le partorienti in condizioni disperate, secondo la antica opinione di Sorano, pur accettando il parto cesareo, ma solo su donna “morta”; su donna in vita in casi di feto morti o con testa di grossa taglia o mostruosi consigliava l'uso del tiratesta, di sua ideazione e costruzione³⁹. Il taglio cesareo alla “morente” era accettato da Roderico Da Castro, pur avvertendo i chirurghi che «*la vita del feto si spenge subito con la morte della madre*», ovvero i bambini nati con taglio cesareo potevano sopravvivere solo in quanto estratti “*palpitante autadhuc viva matre*”⁴⁰. Mauriceau giustamente è considerato lo spartiacque tra la vecchia

³³ A. PARÉ, *Opere*, II, Ediz. Buon, Parigi 1579.

³⁴ *Descrizione del rivolgimento podalico su feto morto*: la donna viene collocata nella posizione della litotomia; con la mano esploratrice introdotta dentro l'utero si cercano e si afferrano i piedi del feto portandoli verso il basso, mentre la testa viene aiutata dall'esterno a collocarsi in alto; quindi, compiuto il rivolgimento, si procede all'estrazione fetale, tirando prima un piede, poi l'altro, esercitando in pari tempo compressioni sul ventre e stimolando la contrazione dei muscoli addominali, manovra già suggerita da Mercurio.

S. MERCURIO, *La Commare o Raccogliatrice*, Venezia 1595.

³⁵ H. FASBENDER, *GeschichtederGeburtshilfe*, Gustav Fischer, Jena 1906.

³⁶ A. PARÉ, *De hominis generatione*, cap. XV, p. 68, in <<*Opera Ambrosii Parei*>>, Jacob Du-Puys, Paris 1582.

³⁷ F. MAURICEAU, *Trattato delle malattie delle donne gravide e delle infantate*, Trad. it. Cologni, Appresso Cio. Luigi Du-Fous, 1685.

³⁸ *Placenta praevia*: quando la placenta è inserita sulla parte bassa dell'utero, coprendola e impedendo la progressione del feto nel canale del parto durante il travaglio (Ndr).

³⁹ F. MAURICEAU, *Trattato delle malattie ...*, cit.

⁴⁰ R. DA CASTRO, *De universa muliebrium morborum medicina novo et antera a nemine tentato ordine...*, cap. *De partu caesareo*, Amburgo, 1604.

e la nascente nuova ostetricia a caratterizzazione salvifica sia per la madre che per il bambino, a partire dalla seconda metà del Seicento, con l'alienazione di vecchie teorie, degli strumenti tradizionali quali uncino, tenaglie dentate e recisori di arti prolassati in vagina e la contestuale innovazione tecnopratica basata sull'esperienza autoptica e sulle nascenti teorie anatomo-fisiopatologiche⁴¹. Del tutto contrario all'uso degli strumenti metallici fu Cosimo Viardel⁴², contemporaneo di Mauriceau, preferendo in assoluto la capacità prensile delle dita delle mani, che abilità nell'estrazione sia di feti mostruosi che di feti morti, e specialmente nell'estrazione della placenta ritenuta in utero (mancato secondamento), dopo il fallimento dei tradizionali mezzi, quali starnutatori, pressione sull'addome materno e moderate trazioni anteriori del cordone ombelicale. Considerava il taglio cesareo su donna "viva" una pura crudeltà. Secondo Siebold la sua opera non apportò alcuna novità in campo ostetrico, rispetto alla tradizionale prassi ostetrica⁴³.

Il metodo della valutazione clinica trovò conferma nelle 81 osservazioni descritte da Paolo Portal (1630-1703), oggetto della sua personale pratica ostetrica, il cui valore clinico-metodologico era imperniato sulla visita interna, che effettuava col dito indice della mano destra o sinistra introdotto in vagina, nella esposizione sintetica dei sintomi e dei segni per dare agli operatori gli strumenti culturali per riconoscere un vero travaglio di parto, per fare diagnosi di presentazione fetale, di placenta praevia e di altra patologia. La diagnosi precoce di placenta praevia (in assenza di perdite ematiche dai genitali) attraverso il segno della sofficietà del polo inferiore dell'utero da lui apprezzata con l'esplorazione digitale è stata certamente una conquista sanitaria che ha reso possibile la estrazione fetale attivando la procedura della dilatazione digitale del collo uterino, lo scollamento della placenta dalle pareti uterine, seguito prontamente dal rivolgimento podalico, secondo l'indicazione salvifica della scuola francese dell'Hopital de Dieu. La sua casistica comprendeva anche la diagnosi di gravidanza tubarica e quella di *inversio uteri post partum*, seguita dopo poche ore da esito letale per emorragia inarrestabile (patologia che ancora oggi impegna severamente l'arte dell'ostetrico). La sua pratica ostetrica, comunque, era guidata dalla sua grande fiducia nelle risorse della natura, che gli permetteva un atteggiamento attendista, prima di decidere una qualsivoglia azione ostetrica⁴⁴.

Dotato di grande vis polemica, Guglielmo Manquest De la Motte (1655-1737), favorevole alla partecipazione dei medici all'assistenza al parto, si schierò convintamente contro la virulenta campagna antimaschilista animata dal medico e teologo Filippo Hecquet (1661-1737). Allo scopo di ridurre l'eccessivo ricorso a strumenti offensivi per il feto nei casi di parti ostacolati, propugnò il rivolgimento podalico, che egli stesso eseguiva con perizia insuperabile; definì naturale il parto se terminava senza l'aiuto del medico, a prescindere dal tipo di presentazione; fu il primo a intuire l'importanza della distanza tra le ossa del bacino, segnatamente tra pube (anteriormente) e sacro (posteriormente), osservando la maggiore facilità del parto in donne con cifosi lombo-sacrale. Il bacino osseo per questa sua intuizione diventò di capitale importanza nello studio di ogni parto, permettendo la diagnosi precoce del bacino ristretto e di quello stenotico, potendosi eseguire nel primo caso il rivolgimento podalico, mentre nel secondo caso era indispensabile l'estrazione con l'uncino o l'apertura del cranio fetale. Confidava molto nelle risorse della natura per via del modellamento allungato (*fenomeni plastici*) della testa fetale nel canale del parto sotto la potente spinta delle contrazioni uterine, rendendone possibile talvolta la progressione, mentre tal'altra, formandosi un tumore da parto, la testa si incastrava nella parte alta della pelvi, impedendone la discesa. In assenza del forcipe, successivamente ideato e largamente applicato in simili circostanze, non era contrario al taglio cesareo, di cui vituperava però la leggerezza con cui se ne abusava⁴⁵. L'intuizione di De La Motte sul valore della morfometria del bacino nello svolgimento del parto, in netta contrapposizione con la cultura antica che considerava solo le parti molli nelle difficoltà del parto e per le quali si ricorreva ad un canestro di mezzi medicinali – vapori, unzioni, suffumigi,

⁴¹ Mauriceau affermava: quando il parto è naturale la donna ordinariamente si libera con poco aiuto d'altri [...] ed alle volte ogni mammana è buona; quando invece il parto è contro natura necessitano ben altre attenzioni. In tal caso l'abilità, la prudenza e l'esperienza di un dotto chirurgo sono indispensabili. Difatti Mauriceau tolse alle mani delle ostetriche ogni atto chirurgico.

⁴² C. VIARDEL, *Observations sur la pratique des Accouchements naturels, contre nature et monstreaux*, Lambert Rouland Imprimeur, Paris 1678.

⁴³ E. SIEBOLD, *VersucheinerGeschichte der Geburtshulfe*, 1839.

⁴⁴ P. PORTAL, *La pratique des Accouchements soutenue d'un grand nombred'observation*, Chez Jacques, Genève 1865.

⁴⁵ G. DE LA MOTTE, *Traité complete des Accouchements naturels ...* Paris, 1722.

etc. –, sempre inutili e talvolta dannosi per la madre, finalmente trovò ampia e definitiva approvazione con gli studi e le definizioni anatomico-funzionali sul bacino elaborate da Enrico Deventer (1651-1724).

Con questi due grandi medici si entrò nella modernità in quanto si conferiva al metodo obiettivo una più ricca semiologia nella interpretazione dei fenomeni sia normali che patologici e si impediva di intraprendere anche nei casi disperati trattamenti inadeguati⁴⁶. Olandese, chirurgo, appassionato cultore dello scheletro e costruttore di apparecchi ortopedici, Deventer (1651-1724) nel suo libro, un vero trattato di sola ostetricia, il bacino e le posizioni del feto in utero trovarono finalmente una dettagliata e oggettiva descrizione della loro multi variabilità morfologica, correggendo, per esempio, l'errata opinione che l'ampiezza del bacino fosse correlata alla grossezza del corpo femminile (donne di grossa taglia con bacini larghi o viceversa), mentre la sua forma poteva essere anche ovale, non solo rotonda⁴⁷. Finalmente accertò e codificò che il meccanismo del parto non prevedeva la separazione delle ossa del bacino, ammessa da altri e soprattutto nel passato, mentre ammise la possibile retrocessione del sacro, certamente del coccige, nell'impegno della testa fetale nel canale del parto⁴⁸. Innovativa fu la definizione dell'asse del bacino lungo il quale progrediva il feto nel corso del travaglio di parto, che scandiva secondo la posizione della parte presentata nella pelvi ossea, rendendo possibile quindi la determinazione del grado di progressione della stessa, ovvero se il parto procedeva secondo tappe consuete o invece rallentate o arrestate, concetti già intuiti dal Pineau nel secolo XVI e ancora oggi validi nella interpretazione dello sviluppo di ogni travaglio di parto⁴⁹. Se il bacino della partoriente era parzialmente stretto, il travaglio di parto sarebbe stato abbastanza lungo, quindi consigliava alla ostetrica di attendere con pazienza e spirito di assecondamento della donna per favorire il modellamento della testa al canale da parto. In questi casi proscriveva l'uso di medicine e di strumenti nocivi, in quanto nel bacino stretto la testa si allungava e poteva determinare la morte del feto per congestione cerebrale, mentre nella stenosi pelvica, insorgevano contrazioni uterine ipertoniche e più frequenti, che potevano portare a ferite uterine mortali (rottura dell'utero). Per i feti sofferenti alla nascita consigliava di annodare sollecitamente il cordone ombelicale, stimolare il bambino stropicciandone le piante dei piedi e avvicinando alle narici del naso una cipolla schiacciata⁵⁰. Le sue opere e le sue idee attraversarono il suo secolo ed anche oltre, aprendo alla ostetricia nuove pratiche di assistenza manuale al parto, ma soprattutto codificò il bacino, quale sede delle difficoltà del parto e dette un impulso decisivo alla teorizzazione dei meccanismi del parto, la cui conoscenza sarà alla base di ogni ragionamento per fare diagnosi e terapia in ogni circostanza. Una novità assoluta nel campo dell'assistenza ostetrica⁵¹.

“L'impulso che la scienza aveva ricevuto dal secolo XVII – affermava Velpeau (1795-1867) – crebbe ancor più nel XVIII e seguendo le massime di Paré e Guillemeau, ampliate da Mauriceau e da Peau, l'ostetricia fu non solo coltivata in Francia, ma anche in tutte le parti d'Europa”⁵². La scuola francese sarà ancora una volta una vera fucina di talenti che in piena collaborazione e talvolta in aperto contrasto soprattutto con abili mammane indicarono il cammino sicuro, che portò l'arte ostetrica all'altezza di vera e propria scienza.

L'arte ostetrica fu interpretata con le leggi della meccanica da Andrea Levret (1703-1780), chirurgo abilissimo, appassionato dell'ostetricia, di cui “studiò il bacino e il modo di contrazione della matrice con un rigore ed una precisione fino allora ignoti”. L'incuneamento della testa nel bacino e l'inserzione della placenta verso il collo dell'utero con l'invenzione del forcipe, che porta il suo nome, furono i temi che lo resero famoso⁵³. La dottrina del meccanismo del parto naturale, argomento studiato da Francesco L.G. Solayrès de Renhac (1737-1762), morto prematuramente mentre stava per essere ammesso alla scuola di chirurgia con la dissertazione della tesi *De partu viribus maternis absoluto*, sarà sviluppato da Gian Luigi Baudelocque (1746-

⁴⁶ A. MICHAELIS, *Das enge Becken, herausgeg.*, Von Litzmann, Leipzig, 1851.

⁴⁷ H. VAN DEVENTER, *Operationes chirurgicae novum lumen exhibentes obstetricantibus, quo fideliter manifestatur ars obstetricandi et quid quidadeam requiritur*, Lugduni Batavorum (Leiden), Andreas Dyckhuisen, 1701.

⁴⁸ Deventer: *Massima apertio et amplificatio pelvis [...] a retrocessu ossis vel totali, vel quoad acumen eius sive os coccigis, expectanda est.*

⁴⁹ *Primum officium erit - Deeventer si riferiva alla levatrice - parturientem tactu explorare... et simul sensu in vestiget, pelvis si ampla sit, vel angusta, rotunda vel plana.*

⁵⁰ G. MICHAELIS, *Das enge Becken, herausgeg.*, op. cit..

⁵¹ Deventer classificò il bacino “in pelvis nimis magna, nimis parva e nimis plana”.

⁵² A. VELPEAU, *Traité élémentaire de l'art des accouchements: ou, Principes de tokologie et d'embryologie*, Paris, 1829.

⁵³ A. LEVRET, *Art des Accouchements démontrée par des principes de physique ...*, Parigi, 1753.

1810). La sua opera di studioso chiari la classificazione geometrica delle varie posizioni fetali, l'operazione cesarea venne affrontata in termini di tecnica chirurgica, le emorragie in gravidanza esaminate nelle cause e negli opportuni provvedimenti terapeutici. Coltivò la morfometria del bacino, argomento di vitale importanza in quel tempo. Scrisse un manuale per levatrici⁵⁴ molto apprezzato, aiutato dalla levatrice Maria Luisa Lachapelle, l'insegnamento per levatrici ebbe grande splendore⁵⁵. La sua opera di studioso trovò la sua consacrazione nel suo grande trattato di ostetricia⁵⁶. Non accettava nei parti normali pratiche di dilatazione digitale del collo uterino, né la rottura precoce del sacco amniotico, molto diffuse tra gli innovatori del tempo. Non accolse con favore il parto prematuro e avversò la sinfisiotomia proposta e attuata da Sigault, ricevendo le offese più atroci. Fournier nel 1817 scriveva che l'arte ostetrica con Baudelocque era ormai giunta all'ultimo grado di perfezionamento⁵⁷, mentre Millot si domandava per quale magia un uomo ignorante come Baudelocque potesse diventare professore!⁵⁸ Il parto prematuro sarà accettato in Francia solo dopo la sua morte per opera di Paolo Dubois (1795-1867), che mise in guardia gli ostetrici sui pericoli che il feto correva in seguito all'uso della segale cornuta, dotata di azione stimolante sulla muscolatura uterina. Contrario ad ogni soccorso strumentale alla partoriente fu Giovanni Sacombe che fondò l'Ecole anti-césarienne. Allo scopo di ridurre lo sviluppo del feto nel bacino stretto, F.G. Moreau propose una dieta debilitante. In luogo della sinfisiotomia, sostenitore della perforazione e del parto prematuro artificiale fu Paolo Cazeau (1802-1860). Stefano Tarnier si ricorda ancora per il suo forcipe traente sull'asse e per la sua personale lotta contro la febbre puerperale. Per primo usò il *sublimato corrosivo* per la disinfezione delle mani⁵⁹.

Riconosciuta in tutta Europa come la culla del nuovo che avanza, a Parigi si recava ogni medico che volesse impegnarsi nell'assistenza alla partoriente, per acquisire le nuove “*potenze dell'arte rimpetto all'efficienza delle forze naturali*”⁶⁰. Giuseppe Vespa (1727-1804) frequentò la scuola di Parigi per due anni all'epoca del Levret, che ammirò l'ardore e l'assiduità dell'allievo e per questo ammesso “*benché straniero a consultare [...] i mali più pericolosi e più difficili a curarsi*”. Ritornato a Firenze, fu il fondatore della scuola di ostetricia di S. Maria Nuova, dove eserciterà il suo sapere e la sua arte a sollievo dei suoi compatrioti⁶¹. Lorenzo Nannoni si impegnò nel perfezionamento in ostetricia presso il Levret, potendone continuare l'insegnamento e le dimostrazioni operatorie presso l'Ospedale degli Innocenti in Firenze⁶². A Bologna Giovanni Galli (1708-1782) fu il primo direttore della cattedra di ostetricia, acquisendo in breve tempo fama come operatore e maestro di chirurghi e levatrici, che provenivano non solo dall'Italia. Il suo insegnamento si avvaleva della pregevole *supellex obstetricia*, una raccolta di preparati di creta e di altre materie raffiguranti le parti molli e solide del bacino femminile e del feto, la cui manipolazione permetteva al maestro di mostrare agli allievi tutte le varie fasi normali e patologiche alla base dell'evento parto: una visione tridimensionale ante litteram. A Padova l'insegnamento ostetrico fu iniziato da Luigi Calza (1737-1784), allievo del Galli, che si avvaleva di preparazioni in cera “*capaci di illustrare l'anatomia degli organi inservienti al parto*”⁶³. A Roma Francesco Asdrubali (1759-1834) iniziò l'insegnamento al ritorno da Parigi dove era stato per tre anni perché si addestrasse nell'arte dei parti. Via via in tutte le città italiane si svilupparono iniziative di insediamento ostetrico secondo le modalità operative e d'insegnamento di origine d'oltralpe. «*D'altronde l'ostetricia nostra nè tutto prendeva di fuori, nè quello che assumeva lasciava senz'opera propria o mutamento; sicché il frutto più che la nativa esoticità, mostrava dopo qualche tempo le qualità del suolo novello in cui aveva allignato. In certe parti eziandio essa si spinse più innanzi che altrove, [...], nel ritrovare ingegnosi artifizii nel rendere l'insegnamento più facile e per conferire maggior destrezza alle mani che dovevano soccorrere le donne di parto nei più difficili bisogni. I nostri maggiori procuravano di supplire con tali mezzi alla mancanza delle*

⁵⁴ G. L. BAUDELOQUE, *Princeps de l'art des Accouchemens par demandes et par reponses*, Paris, 1775.

⁵⁵ H. FASBENDER, *Geschichte der Geburtshilfe*, op cit..

⁵⁶ G. L. BAUDELOQUE, *L'art des Accouchemens*, Paris, 1781.

⁵⁷ V. FOURNIE, *Journal universel des sciences medicales*, 1817.

⁵⁸ A. J. MILLOT, *Supplement a tous les traités d'accouchemens...*, Paris, 1804.

⁵⁹ G. VESPA, *Trattato dell'arte ostetrica. Ragionamento primo*, A. Bonducci, Firenze 1761.

⁶⁰ H. FASBENDER, *Geschichte der Geburtshilfe*, op. cit.

⁶¹ G. M. NARDI, *L'indirizzo aspettante e l'insegnamento teorico clinico nella scuola d'ostetricia dell'ospedale di S. Maria Nuova in Firenze nella prima metà dell'Ottocento*, in “*Rivista di storia delle scienze mediche e naturali*”, 1942.

⁶² O. VIANA, F. VOZZA, *L'ostetricia e la ginecologia in Italia*, in «*Società italiana di ostetricia e ginecologia*», Milano, 1933.

⁶³ S. DE RENZI, *Storia della medicina in Italia*, Napoli, 1845.

cliniche; non raggiungevano certamente con ciò il fine dell'arte, ma all'arte stessa davano aiuto perché educavano la mente a bene osservare e le mani a ben operare»⁶⁴.

In Inghilterra l'attività sanitaria si svolgeva, a partire dalla seconda metà del sec. XVIII, in istituti pubblici e privati, dove c'erano le Maternità impiegate anche per il perfezionamento dei medici e dei chirurghi. Generalmente il soccorso ostetrico veniva prestato direttamente nelle case delle partorienti. L'ostetricia inglese ha sempre avuto stretti rapporti con quella olandese, di cui si seguivano principalmente le dottrine di Deventer. Il primo professore pubblico di ostetricia inglese fu John Maubray (1700–1732)⁶⁵, nettamente contrario all'uso del forcipe, accolto invece con favore da Fielding Ould (1710-1789), costruttore di uno strumento “*terebra occulta*” per la perforazione, che per primo dimostrò che la testa del feto all'ingresso pelvico si presentava con l'asse fronto-occipitale trasversalmente e non dall'avanti all'indietro. William Smellie (1697-1763) studiò i meccanismi del parto divenendo il più grande riformatore dell'ostetricia inglese. Per tre mesi soggiornò a Parigi con l'intenzione di perfezionarsi, criticò l'insegnamento con il manichino; a Londra i suoi corsi venivano seguiti da una folla di studenti, in dieci anni sembra che circa novecento allievi abbiano seguito le sue lezioni. A Smellie si devono le prime misurazioni del cranio del feto. Le figure rilasciate da Smellie sulla matrice e sulle posizioni del feto, secondo Fasbender “*sembrano essere state copiate dalla natura*” e sono ritenute da Velpéau di molto superiori a tutte le altre già pubblicate⁶⁶. Descrisse la *rottura d'utero* come conseguenza del bacino stretto e il decorso del parto nel bacino rachitico in modo molto preciso. Evitò di eseguire il rivolgimento podalico in questi casi per le ovvie difficoltà di estrarre la testa postica. Fu il primo ad applicare il forcipe su testa che segue nella presentazione podalica. La sua dottrina definì in maniera appropriata ed eccellente le indicazioni elettive per l'applicazione del forcipe, dando a questa pratica finalmente dignità teorica e pratica, superando un suo uso molto spesso ritenuto ingiusto sia per la sua ampia diffusione fra gli ostetrici pratici che per la tecnica di applicazione⁶⁷. Accettò il taglio cesareo nel caso di fallimento di ogni altro mezzo capace di portare al parto con donna ancora in buone condizioni. Egli però non lo eseguì mai⁶⁸. Con Levret ci fu grande rivalità, ma entrambi nel Settecento dettero grande impulso alla scienza ostetrica. Grande ricercatore dell'utero gravido, Guglielmo Hunter (1718-1783) non accettò né il taglio cesareo né la sinfisiotomia, applicò il forcipe talvolta con successo, che alla fine però rinnegò perché più dannoso che utile e arrivò alla convinzione che la vita della madre avesse più valore di quella del feto, ciò portò in Inghilterra ad una maggiore diffusione della perforazione cefalica nei parti impossibili⁶⁹. Fu maestro di altri valenti ostetrici inglesi come Tommaso Denman (1733-1815) e Guglielmo Osborne (1732-1808), che non aggiunsero novità scientifiche. Degno di menzione è James Simpson del XVIII secolo, inventore di un forcipe lungo, molto usato in Inghilterra, di un cranioclaste a due branche, introdusse il cloroformio per la narcosi in ostetricia.

In ambito tedesco, diffuso era l'insegnamento dell'ostetricia sia per studenti di medicina che per levatrici a Strasburgo, Gottinga e Berlino, ma nella prima metà del Settecento ancora non era stata istituita alcuna cattedra di ostetricia⁷⁰. Giovanni Giorgio Roederer (1726-1763) nella sua opera *Elementa ars obstetriciae*, pubblicata nel 1753, acuto studioso della circolazione fetale, delle posizioni del feto e del meccanismo del parto, classificò l'incuneamento della testa fetale nello scavo pelvico secondo tre gradi con la identificazione della *paragonfosi*, come quello stato particolare in cui la testa fetale era talmente fissa nel bacino da costituire un tutt'uno con esso. Definitivamente cancellò la teoria antica del disgiungimento delle ossa del bacino nel parto avvalendosi di criteri puramente anatomici, concludendo che la testa fetale, spinta dalle contrazioni uterine dentro la pelvi, non poteva esercitare la forza necessaria a produrre questa violenta separazione, semmai poteva essere pensata solo in certe circostanze, quale l'estrazione manuale, necessariamente forzata, di feti mostruosi⁷¹. Giorgio Guglielmo Stein (1731-1803), professore all'Università di Marburgo, dotato di notevoli capacità analitiche,

⁶⁴ A. CORRADI, *Dell'ostetricia in Italia dalla metà del sec. scorso fino al presente*, Tip. Gamberini e Parmeggiani, Bologna 1874.

⁶⁵ A.W. BATES, *The sootherkin doctor: the London career of John Maubray, MD (1700–1732), "andro-boethogynist"*. *Journal of Medical Biography*, August 2004, 12 (3): 147–53

⁶⁶ W. SMELLIE, *A sett of anatomical tables, with explanations, and an abridgment, of the practice of midwifery*, London, 1754.

⁶⁷ G. A. MICHAELIS, *Das Enge Becken*, Lipsia, 1865.

⁶⁸ W. SMELLIE, *Theory and Practice of Midwifery*, Londra, 1764.

⁶⁹ W. HUNTER, *The Anatomy of the human gravid uterus*, Birmingham, 1774.

⁷⁰ H. FASBENDER, *Geschichte der Geburtshilfe*, op. cit.

⁷¹ G. G., ROEDERER, *Elementi d'ostetricia*, trad. it. di G. Galletti, Firenze, 1775.

cultore della pelvimetria mediante l'uso di pelvimetri da lui stesso costruiti, confermò l'assenza del disgiungimento delle ossa nel parto, affermando che «*la sana ragione, la struttura e le funzioni delle parti nell'atto del partorire, nonché molti altri argomenti fisici e matematici, non permettono di adottare questa proposizione per vera, come nemmeno la teoria d'una nuova e strana operazione (la sinfisiotomia, ndr) che ad essa è appoggiata*»⁷². Federico Osiander (1759-1822), sviluppò come nessuno l'arte di far partorire in breve tempo con metodi anche inconsueti, in netto contrasto con i sostenitori del parto naturale⁷³. Favorevole al parto prematuro artificiale, praticato per la prima volta al di là del Reno da Francesco Mai (1742-1814), Guglielmo Enrico Busch (1788-1858) ideò e costruì un dilatatore del collo uterino. Alla base di ogni intervento in ostetricia, Francesco Carlo Naegele (1778-1851)⁷⁴ disponeva la conoscenza esatta del meccanismo del parto, di cui egli stesso fu ritenuto il massimo cultore del suo tempo, tanto da essere chiamato dal Cuzzi, ostetrico dell'Università di Pavia, l'Euclide dell'ostetricia⁷⁵. Allievo di Siebold e Baudelocque, Luca Boer (1751-1853) venne considerato il vero fondatore della scuola viennese di ostetricia e uno dei più significativi riformatori dell'arte ostetrica. In Francia aveva imparato cosa poteva fare l'arte, in Inghilterra imparò ciò che poteva fare la natura⁷⁶. Eseguì il taglio cesareo, talvolta preferì la craniotomia, ma era convinto che la natura faccia molto meglio dell'arte, che lascia sempre il segno sulla madre e sul bambino; era contrario alle segiole, alle preparazioni evacuative prima del parto⁷⁷. Le sue lezioni erano frequentate da numerosi studenti provenienti da tutta Europa, del resto Vienna era diventata il centro della cultura medica del Continente. In Belgio, Olanda, Finlandia, Danimarca la diffusione della cultura ostetrica ebbe chiara evidenza nella seconda metà del Settecento per opera di numerosi cultori formati nelle scuole francesi e inglesi per assumere assoluta importanza sanitaria nell'Ottocento, dando anche contributi operativi soprattutto sull'uso del forcipe, vero toccasana della patologia ostetrica di quel tempo. Utile ricordare Mattia Saxtorph (1740-1800), che considerava il forcipe uno strumento a limitate indicazioni nel bacino stretto e soprattutto aveva la sola funzione traente, non compressiva, se non in rari casi, sulla testa⁷⁸.

L'innovazione ostetrica dal Cinquecento al Settecento e inizio Ottocento portò quindi rilevanti nuove conoscenze. Difatti, se la credenza antica assegnava al fanciullo il ruolo di forza attiva capace di aprire le parti della donna vincendo in tal modo tutti gli ostacoli che si opponevano alla sua nascita, con Levret, Roderer, Stein e Baudelocque la forza degli organi della donna - secondo la nuova dottrina - costituiva il motore propulsore della venuta di un nuovo essere nell'ordine naturale. Con Baudelocque si riconobbe finalmente che lo sviluppo del travaglio di parto era ontologicamente legato al ruolo primario della attività peristaltica spontanea della massa muscolare uterina, divenuta notevolmente ipertrofica a termine di gravidanza; mentre ai muscoli del cinto addominale si riservava un ruolo di spinta ancillare, sotto stretto controllo volontario della paziente⁷⁹. Con Levret, ideologicamente il parto fu inteso una operazione di natura strettamente meccanica e suscettibile di dimostrazione geometrica⁸⁰. Si individuò anche l'antagonismo fisiologico tra corpo (segmento superiore) e collo (segmento inferiore) uterini, il primo passivamente inerte durante lo sviluppo della gravidanza, mentre il secondo stenotico per evitare la caduta del prodotto del concepimento in crescita; al parto invece il corpo assume ad attore propulsore del cambiamento del collo che appianato prima e dilatato dopo rendeva possibile con la forza delle contrazioni la discesa prima e l'espulsione finale del feto⁸¹. Anche il secondamento (espulsione della placenta) fu spiegato con l'attività sistolica della muscolatura uterina e la

⁷² G. G. STEIN, *Arte ostetrica.*, trad. it. di G. B. Monteggia, Venezia 1805.

⁷³ A. VELPEAU, *Traité élémentaire de l'art des accouchements ou Principes de tokologie et d'embryologie*, 1829.

⁷⁴ F. C. NAEGELE, *Ueber den Mechanismus der Geburt*, in «Dtsch Arch. Physiol.», 1819, n. 5, pp. 483-531.

⁷⁵ A. VELPEAU nel suo *Trattato completo di ostetricia e tocologia teorica e pratica...*, trad. it. di G. Coen., Venezia, 1835, ha scritto: «nessuno prima di lui aveva detto così formalmente che il diametro antero-posteriore della testa è quasi sempre collocato sul diametro sacro-ilio-cotiloideo sinistro allo stretto superiore; che è il parietale e non l'occipite che si impegna per primo, la guancia e non tutto il viso che si mostra primeramente nelle posizioni della faccia; l'ischio e non il podice nelle presentazioni delle natiche, né che arrivando allo stretto inferiore la testa vi s'impegna innanzi d'aver terminato il suo movimento di perno?».

⁷⁶ H. FASBENDER, *Geschichte der Geburtshülfe*, op. cit.

⁷⁷ L. BOER, *Naturalis medicinae obstetriciae, libri septem*, Viennae, 1805.

⁷⁸ G. A. MICHAELIS, *Das Enge Becken*, Lipsia, 1865.

⁷⁹ G. L. BAUDELOQUE, *Principes de l'art des accouchemens par demandes e par reponses*, op. cit.

⁸⁰ A. LEVRET, *L'art des Accouchemens*, Paris, 1761.

⁸¹ G. G. STEIN, *Arte ostetrica*, cit.

persistente apertura del collo. Levret avvertì che «*il distacco avviene in un tempo segnato dalla natura. Spetta all'arte di scegliere questo momento con esattezza, per accelerare l'uscita della placenta al momento giusto*». Si scoprirono le perdite ematiche anteriori, contemporanee o immediatamente successive al parto, quali indici sicuri di potenziale secondamento. «*Se il feto viene alla luce senza che si siano verificate queste emorragie, bisogna guardarsi dall' estrarre la placenta subito dopo il parto, se vogliamo evitare l'inversione dell'utero od anche l'insorgenza di gravissime emorragie letali per la donna*». Fu chiaro quindi che la mano degli ostetrici, se costoro volevano raggiungere i loro obiettivi assistenziali, dovesse essere guidata dalla conoscenza di questi principi per quanto generali, in quanto coloro che li avessero ignorati si sarebbero esposti a commettere gravi errori⁸². In effetti durante tutto il Settecento, specialmente a Parigi, la terapia ostetrica fu dominata dai principi anatomo-matematici diffusamente accettati e praticati in maniera deterministica perché tranquillizzanti, benché fossero derivati dalle astrattezze dei calcoli che sfruttavano incognite di valore impreciso. In pari tempo la vitale potenza biologica della fisiologia del parto fu obnubilata dal sapere ostetrico, dando la stura ad una corsa sfrenata e intemperante all'uso della mano e degli strumenti, con la conseguenza che «*la terapia ostetrica non fu sempre l'aiutatrice delle disturbate forze naturali, ma molto spesso l'espugnatrice di sognate anomalie del parto*»⁸³.

Le teorie dei meccanici però non ressero a lungo al vaglio dell'osservazione clinica, che alla fine restituì la fisiologia del parto alla forza espulsiva dell'utero. M.L. Lachapelle (1769-1821), verificò per la prima volta che nel corso della discesa fetale nella grande e piccola pelvi le posizioni fetali erano temporanee e diverse⁸⁴, Naegele confermò tale affermazione tanto da farne una regola per ogni travaglio di parto⁸⁵. Fu Luca Boer (1751-1835), nel solco dei concetti naturalistici già sostenuti in Inghilterra da Harvey, Smellie e W. Hunter, che costruì solide fondamenta all'ostetricia naturale mediante la severa e giudiziosa osservazione di migliaia di parti che avvenivano nella clinica ostetrica da lui creata, sotto Giuseppe II, dove «*indagava quanto la forza della natura era nella potenza superiore a ciò che pomposamente veniva proclamato dagli sfrenati ambiziosi di operare; e come quella ricusava di sottoporre a regole totalmente meccaniche il parto; e come spesso erano schernite da essa le dimostrazioni geometriche delle presentazioni, che i teorici fingevano coi calcoli e cogli ingegnosi artifici della macchina ostetrica*». Professò e richiamò i suoi contemporanei alla pratica dell'ostetricia naturale, abbandonando «*i deliri delle matematiche*», per osservare attentamente ogni parto al fine di poter comprendere «*quando l'arte deve venir in aiuto alla natura fatta impotente*». In opposizione alle ricche statistiche di operazioni manuali e strumentali sulla madre e sul feto, sbandierate dagli ostetrici interventisti capitanati da Osiander della scuola francese, il Boer comunicava invece la semplicità della sua pratica che «*uno su cento parti ne aiutava con la mano, uno su cento con gli strumenti e che in mille parti due sole volte si era trovato ad aprire la testa del feto*». I suoi libri e l'impegno dei naturalisti lentamente diradarono i dubbi dei dotti e le calunnie dei calunniatori, favorendo infine la ricerca e la conoscenza di principi veramente sani che saranno alla base di una vera scienza ostetrica, con la definitiva debilitazione del delirio operatorio del secolo XVIII⁸⁶.

LE SCUOLE OSTETRICHE

L'istituzione delle scuole ostetriche con inizio verso la metà del 700 interruppe la sostanziale assenza dello Stato nell'evento parto. La scena del parto strutturalmente era appannaggio del dominio incontrastato della mamma, l'unica figura a cui ogni comunità umana, e in ogni locale universo, dava credito e autorità per le incombenze del parto⁸⁷. Fu l'evidente, diffusa per tutta l'Europa e ormai intollerabile alta mortalità fetale e

⁸² A. LEVRET, *Art des Accouchements démontrée par des principes de physique...*, op. cit.

⁸³ P. VANNONI, *Idee generali per guida d'un razionale insegnamento di ostetricia teorico-pratica*, Firenze, 1839.

⁸⁴ A. DUGÈS, *Pratique des accouchemens, ou Mémoires, et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art* par Mme Lachapelle, ed. Feugueray, *Hugues *Marie, Paris, 1821

⁸⁵ F. C. NAEGELE, Ueber den Mechanismus der Geburt, in «*Dtsch Arch. Physiol.*», 1819, n. 5, pp. 483-53.

⁸⁶ P. VANNONI, *Idee generali per guida d'un razionale insegnamento di ostetricia teorico-pratica*, op. cit.

⁸⁷ C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op.cit.; E. SHORTER, *Storia del corpo femminile*, op. cit.: sono questi i testi a cui si fa riferimento per queste note.

materna da parto, imputata alla proverbiale ignoranza delle mammane, a obbligare lo Stato a elaborare progetti di acculturazione e di controllo delle stesse⁸⁸. La riforma dell'assistenza ostetrica fu imperniata sulla scolarizzazione obbligatoria delle mammane in quanto lo Stato finalmente riconosceva il valore sociale del parto e intendeva tutelare e risparmiare ogni singola vita umana a vantaggio del nuovo progresso della famiglia e dello stesso Stato. Si istituì nel corso di un secolo e fu operante un sistema formativo, oggi diremmo professionale, pagato dallo Stato e quindi gratuito, indirizzato all'apprendimento da parte delle allieve ostetriche dei processi fisio-patologici allora conosciuti della procreazione, della gestazione e del parto, per favorire una pratica ostetrica competente e certificata. Donne povere, spesso analfabete, furono trasformate nelle nuove mammane di città e di piccoli villaggi, socialmente definite con la ricaduta pratica che il mestiere di levatrice doveva essere svolto secondo precise norme legislative, qualificanti i compiti operativi e, novità chiara, la subordinazione gerarchica delle levatrici ai medici condotti e agli ostetrici, dal momento che esse stesse, finalmente, erano state inserite nell'ambito delle professioni sanitarie⁸⁹. Il controllo a questo punto fu pieno, anche ideologico, ovvero con possibile risvolto legale, in quanto la levatrice poteva agire e comportarsi solo nell'ambito del detto e del prescritto insegnato e appreso a scuola, mentre tutto il resto, cioè la tradizione e l'autonomia delle mammane, fu bandito del tutto. Ovviamente, dal punto di vista sociale e culturale, i propositi innovatori trovarono ben presto diffuse resistenze soprattutto in ambiente rurale, che si manifestarono attraverso il legame atavico e inerzialmente ottuso tra le donne delle classi subalterne e le vecchie mammane ancora operanti secondo riti, credenze e terapie popolari da secoli componenti hard e diffuse. Il nuovo mondo del parto invece vide la nuova classe medica e gli amministratori delle classi dominanti operare in sintonia fra loro e in opposizione a quel vecchio mondo del parto, ormai impermeabile ai cambiamenti e soprattutto incapace di immaginare il nuovo per poterlo accettare quando gli veniva proposto. Pur tuttavia, il carattere familiare di quella cultura tecnopratica continuò a sopravvivere come elemento positivo, anche nel momento della sua retrocessione a sottocultura. «*Si curava la donna sofferente non il suo male, in quanto la nascita era tra i momenti più familiari e non era fra le malattie*»⁹⁰. La nuova cultura del parto invece proponeva l'idea di sviluppo, progresso, razionalità e sicurezza, nell'ambito di uno Stato che finalmente provvedeva per la sua popolazione secondo le idee illuministiche⁹¹. La conseguenza del cambiamento fu la medicalizzazione del parto che dando qualche certezza in più permise la riduzione progressiva della mortalità materna e neonatale, con la trasformazione conclusiva e quasi radicale di un evento da personale e familiare in un avvenimento all'interno della Medicina e dello Stato. A fine corsa fu certificata la sconfitta del dominio femminile sulla scena del parto con l'entrata non tanto e non solo dell'uomo, ma dotando finalmente l'assistenza al parto del favore dei nuovi saperi, della loro diffusione per vaste contrade e soprattutto della loro applicazione, secondo l'intuizione dei grandi filosofi naturalisti, che da Galileo in poi hanno trasformato la scienza in strumento di utilità pubblica⁹².

⁸⁸ Sulla mortalità materna e perinatale tra il 700 e 800 si possono leggere i dati contenuti nelle tabelle del saggio di J. SCLUMBOHM, *Saving mothers' and children's lives? The performance of German lying-in hospitals in the late eighteenth and early nineteenth centuries*, «Bull. Hist. Med.», 2013, n. 87, pp. 1-31, che riguardano i parti assistiti in aree ospedaliere e territoriali di diverse città europee, caratterizzate dalla pratica della registrazione degli eventi naturali a partire dal 1751 presso l'ospedale di Gottingen, pp. 9, 11, 14, 16, 23, 26-27. Nota eclatante è la più alta mortalità materna negli ospedali che nei parti assistiti a domicilio, di cui la opinione pubblica dell'epoca era ampiamente informata e per questo il parto in ospedale era considerato più rischioso di quello domestico. Nella storia della sanità le vicende viennesi che permisero a Sommelweis di identificare il tramite della febbre puerperale ne rilevò una causa umana (la visita degli studenti di ostetricia dopo essere stati in sala autoptica), a cui si aggiungevano le tecniche ancora non ben sperimentate.

⁸⁹ M. LAGET, *Naissance. L'accouchement avant l'âge de la Clinique*, Paris, 1982.

⁹⁰ C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op.cit., p. 21.

⁹¹ J. P. FRANK, *Sistema completo di polizia medica*, ed. italiana, 1786: [non basta che si affidi semplicemente la cura a una determinata classe di uomini; bisogna con delle sagge leggi regolare l'ordine e l'utilità delle loro operazioni]. Ovvero, l'impiego dei risultati della scienza secondo la visione baconiana (F. BACON, *La nuova atlantide*, in *Scritti filosofici*, Utet, Torino 1975), questa volta anche con l'intervento dello Stato inteso secondo Hobbes (1588-1689) del Leviatano, cioè impersonale, dell'autonomia dello Stato e della società civile, dello Stato che si regge anche attraverso il consenso, elemento fondante del patto tra governanti e governati a garanzia della pace e della sicurezza sociale, a cui il popolo partecipa, secondo la visione di Locke (1632-1704), mediante la rappresentanza politica, la separazione tra la sfera del potere civile e la sfera del potere religioso, e la definitiva perdita della sovranità assoluta per diritto divino. Sono le idee che saranno alla base dei processi rivoluzionari inglese (1642-1688) e poi francese (1789).

⁹² Sull'ignoranza delle levatrici c'è una vasta letteratura che data da Rosslin (1513). Shorter, nel suo libro *Storia del corpo femminile*, Milano 1984, esibendo una vasta documentazione e alienando ogni dubbio che l'elevata mortalità materno-infantile potesse riconoscersi in altre cause, sposò integralmente la ideologia dei medici, che tacciavano le levatrici di ignoranza e comunque di essere inadeguate a correggere ogni minima difficoltà di un parto, mentre lo stesso autore sottacque l'inadeguatezza dei primi chirurghi ostetrici, come evidenziava la persistente alta mortalità materna e neonatale negli ospedali a cavallo tra XVII e XVIII secolo secondo Jurgen Sclumborhm (op. cit.). La campagna denigratoria fu campale, architettata per annientare una storia, ingigantendo talora la incapacità della levatrice in casi certamente tragici, talaltra non pensando che l'esito sfavorevole di un parto potesse essere legato all'impossibilità umana di correggere comunque quel destino (C. Pancino, op. cit., p. 22). Sarà Mireille Laget con la sua

La nascita nel 1700 di una “*vera e propria specializzazione medica in ostetricia*”, il cui *corpus* dottrinale era espresso dalla nuova trattatistica ostetrica, accettata dall’*accademia medica* nelle Università e praticata nelle Maternità, rese possibile la istituzione di Scuole ostetriche in tutta l’Europa, quali sedi legali per ottenere un diploma e poter esercitare l’arte delle antiche e dotte “*maia*” greche e “*medicine*” romane.

I primi insegnamenti alle “*sages femmes*” vennero impartiti pionieristicamente dal chirurgo Ambroise Paré (1510-1590) e dal suo allievo Guillemeau (1550-1613), e dalla famosa ostetrica Louise Burgeois (1563-1636), iniziatrice dell’insegnamento pratico per le levatrici. Quaranta levatrici francesi nel 1745 pretesero dal Collegio dei Medici l’istituzione formale a Parigi di un insegnamento specifico, affidato poi a Jean Astruc (1684-1766)⁹³. Il programma e il metodo di insegnamento si avvalevano dell’uso di fantocci per insegnare, attraverso la simulazione, la dinamica del passaggio del feto nel canale da parto inserito nel bacino osseo, le manovre di rivolgimento ed estrazione podalica, tecnica ancora insegnata nello stesso modo specialmente nei paesi ove il parto non sempre può essere effettuato in qualificati centri ospedalieri. In Germania le Scuole per Ostetriche sorsero più tardi rispetto alla Francia: a Strasburgo, a Gottingen, e nelle altre sedi universitarie. Lo storico Karl Gaspar von Siebold (1736-1807) riportò che anche in Germania, nonostante il pregiudizio che chirurghi e medici assistessero i parti a decorso regolare mentre erano chiamati solo in casi di urgenza, spesso drammatici e faticosi, per volontà dell’Autorità diffuso era il loro impegno a trasmettere conoscenze mediche alle ostetriche, di valutarne la robustezza fisica, la istruzione, anche se per costoro era prevalente il vecchio costume di imparare dalle più anziane, ritenute ricche di esperienza. Si aggiunga l’assenza di reparti ospedalieri dove i medici potessero fare esperienza ostetrica (ad eccezione di Strasburgo) e accogliere le allieve da istruire: era gioco forza che l’istruzione specifica fosse nelle mani delle ostetriche anziane⁹⁴.

In Inghilterra, per svolgere l’attività di *midwife* era richiesto un “*esame di licenza*” a cui si accedeva dopo brevi corsi di preparazione in scuole ostetriche rudimentali introdotte sin dal 1512, sotto il patrocinio del vescovo locale, a garanzia morale e religiosa delle molteplici attività che competevano a questa figura assistenziale, che non solo seguiva la gravidanza e il parto, ma doveva amministrare il battesimo, come in tutta la cristianità, denunciare gli infanticidi, certificare la paternità dei neonati da madre non sposata, al fine di assicurarne il mantenimento; alle ostetriche era richiesto il giuramento di non praticare riti magici, di non somministrare farmaci abortivi, di mantenere il segreto intorno alla nascita, di svolgere la loro professione in modo diligente e onesto⁹⁵. Nella letteratura inglese la necessità di dare istruzione alle ostetriche comparve in *Breviary of health*, 1547 di Andrw Boorde (1490-1549), medico e religioso. Presentata dal Vescovo, a scuola la candidata riceveva dalla Maestra (*Matron*) un modesto “*corpus*” di conoscenze ostetriche trasmesse oralmente fra donne nei secoli e mai sottoposte a verifiche di studio e ricerca scientifica. Il primo “*diploma*” di ostetrica, segnalato in Inghilterra, fu dato dal Vescovo Bonrer, in epoca elisabettiana. Il giuramento della levatrice in occasione del conseguimento del diploma, riportato da Aveling (1567), ribadiva solennemente i suoi doveri morali e la fedeltà alle prescrizioni della religione. Peter Chamberlen (1560-1631), il primo di una lunga generazione di chirurghi ostetrici, con un documento indirizzato direttamente a Re Giacomo (1566-1625), avvertì la necessità di un intervento pubblico destinato a regolamentare l’attività delle ostetriche, innanzitutto mediante la loro istruzione. Di questa esigenza peraltro si fece interprete l’ostetrica Jane Sharpe (1641-71), che nel suo trattato intitolato *The midwives book, or the whole art of mid-wifery discovered; directing child bearing in the art of midwifery above thirty years* (Londra, 1671), riconosceva l’ignoranza diffusa tra le sue colleghe. Nel 1783 il College of Physicians fu quasi costretto dai suoi associati ad istituire al suo interno il diploma in “*ars obstetrica*”, dando l’inizio ufficiale della specialità di Ginecologia. Così da questo momento molti ostetrici unirono allo studio, alla ricerca e alla didattica, una grande esperienza professionale. Ricordiamo pure che in questa epoca esisteva lo spettro di quella infezione che Edward Strothers aveva nel 1716 definito col nome di “*febbre puerperale*” in “*Acritical Essay On Fevers*”. Malgrado le proteste di ostetrici, come James Douglas (1675-1742), non si crearono in Inghilterra Scuole Universitarie per

documentatissima ricerca antropologica sul cambiamento dell’assistenza alla nascita (*Naissances. L’accouchement avant l’age de la Clinique*, op. cit.), che farà una profonda riflessione e soprattutto arrivò a dare equilibrio al giudizio storico su quel periodo.

⁹³ R. FORLEO, *Fondamenti di storia della ostetricia e ginecologia*, op. cit., p. 55.

⁹⁴ A. E. VON SIEBOLD, *Uber den Gebaermutterrebs*, Dummler, Berlino 1824.

⁹⁵ *Struper’s Annals*, 1567, citato da R. Forleo, op. cit., p. 46.

Ostetriche, se non dopo aver dato vita a luoghi di degenza ostetrica all'interno degli Ospedali, naturali sedi per l'insegnamento alle allieve ostetriche ed anche per "specializzare" i medici in Ostetricia e Ginecologia. A Londra si dette vita a veri Reparti ostetrici nel 1749 nel Lying-in Hospital, "City of London", nel 1752 al "Queen Charlotte", nel 1754 nel General Lying Hospital. Nel 1757 si era addirittura dato il nome di Royal Maternity ad un intero ospedale, anche se occorre aspettare la metà dell'800 per avere veri e propri "ospedali per donne", isolati rispetto agli ospedali generali: prima il Piccadilly Hospital for Woman, poi il Chelsea hospital for Women in Dovehouse Street, una traversa di King's Road⁹⁶.

LE SCUOLE OSTETRICHE IN ITALIA

Il bisogno di acculturamento in una branca dell'assistenza sanitaria, quella ostetrica, che vedeva occupate diverse persone, era divenuto anche in Italia all'inizio del 700 molto sensibile soprattutto nelle considerazioni di una larga parte della popolazione istruita. Sorsero pressoché in tutte le Università cattedre di ostetricia per l'insegnamento agli studenti, con programmi separati per le allieve ostetriche. Corradi, il maggior storico italiano dell'Ostetricia della fine del XIX secolo, così commenta questo fervore che accompagnò la nascita di "Scuole per Levatrici" e, diremmo oggi, per "Specializzandi": «*Queste istituzioni fanno prova quanto fra noi fosse sentito il bisogno di affidare a persone intelligenti e a mani addestrate la cura delle partorienti e l'arte di estrarre i parti*»⁹⁷.

A Torino il reparto di maternità fu creato nel 1728 dal Re del Piemonte Amedeo II di Savoia nell'Ospedale di S. Giovanni, con lo scopo specifico di permettere alle Ostetriche di abilitarsi nella professione, senza che fossero costrette a frequentare le scuole di Parigi⁹⁸. In questa scuola, la prima in Italia, erano ammessi anche allievi chirurghi, anche se si richiedeva che limitassero la loro azione alla patologia medica, sia in gravidanza che durante il parto. Nel regolamento dell'"Opera torinese delle donne partorienti" era ancora scritto che «*il chirurgo chiamato per salassare una donna nel tempo del parto, fatta la cavata di sangue, se ne andrà e non potrà fermarsi per vedere il parto*».

La frammentazione del territorio italiano in piccoli Stati facilitò l'iniziativa di medici illustri e, di conseguenza, la diffusa istituzione di scuole, cui si associò la stampa di libri, quasi sempre tradotti da libri di autori stranieri, di quella che veniva definita "Ostetricia minor", ma non fu data uniformità alle iniziative⁹⁹.

Non sempre, almeno nelle fasi iniziali della loro istituzione, le scuole hanno previsto un vero esame ed il rilascio di un diploma, soprattutto quando l'insegnamento fu affidato a singole personalità mediche, come a Trieste nel 1753, allorché la Ceasarea e Regia Suprema Intendenza Commerciale annunciava pubblicamente la disponibilità del protomedico, dottor Carlo Kraft, ad "impartire" lezioni per le levatrici. Le interessate, che dovevano saper leggere e scrivere, avrebbero dovuto seguire le lezioni presso l'abitazione del docente per un anno, essendo «*domi mea nullum angulum tradendis collegiis comodum superesse*»¹⁰⁰.

L'ostetrico Giovanni Antonio Galli (1708-1782), ancor prima di essere nominato dal Senato "pubblico" professore di ostetricia a Bologna nel 1757, nella propria abitazione teneva *corsi per allieve levatrici e chirurghi* della durata di tre mesi, due volte all'anno. Si avvaleva di una notevole quantità di "supellex obstetricia", suppellettili ostetriche per la didattica; fra queste aveva fatto costruire in cristallo trasparente alcuni bacini con l'utero¹⁰¹. Era quindi una scuola privata. Dice il Corradi che «*dopo aver allontanato da sé i discepoli introduceva un feto pieghevole ed articolato, e poscia, bendato loro gli occhi, chiamavali all'opra, potendo egli in tal guisa stare osservando come quella sopra da loro si facesse*». Suo allievo e successore fu Luigi Galvani (1737-1798), che promosse con particolare cura lo studio dell'anatomia nella Scuola ostetrica bolognese, preferendo l'ostetricia "sperimentale" a quella teorica¹⁰².

⁹⁶ J. H., AVELING, *English Midwives. Their history and prospects*, Ed. Thorton, 1872.

⁹⁷ A. CORRADI, *Dell'ostetricia in Italia*, Bologna, 1875, p. 11.

⁹⁸ Documento del 19/6/1728 riferito da T. M. Caffarato, *Breve storia delle ostetriche*, in "Minerva Ginecologica", 1981, n. 33, pp. 867-880.

⁹⁹ C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op. cit., pp. 93-94.

¹⁰⁰ C. BOUCHÉ, G. CANDUSSI, *Breve storia dell'ostetricia e della ginecologia a Trieste*, La Garangola, Padova 1989, p. 15.

¹⁰¹ F. A. ZACCARIA, *Storia letteraria d'Italia*, Venezia, 1753, vol.V, pp.725-727.

¹⁰² G.B. FABBRI, *Antico museo ostetrico di Giovanni Antonio Galli in memoria dell'accademia delle scienze di Bologna*, serie III, Bologna, 1872, pp.

A Firenze la prima esperienza di insegnamento alle levatrici dovrebbe risalire al 1759, anno in cui per volere di Francesco Stefano, Granduca di Toscana, fu affidata al chirurgo Giuseppe Vespa (1727-1804) l'istruzione di chirurghi e levatrici, dopo un periodo di due anni di perfezionamento a Parigi alla scuola di Levret. L'insegnamento a Firenze ha avuto certamente uno sviluppo accidentato per l'assenza di “*ospizi riservati alle gravide ammalate o partorienti occulte*”. Solo nel 1773 si pensa che si sia davvero dato inizio ad una vera scuola per levatrici e chirurghi, istituita dal Granduca Pietro Leopoldo nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova, dove fu allestita una sala per le partorienti povere, utilizzata anche per l'istruzione delle levatrici.¹⁰³

A Venezia la prima cattedra venne istituita nel 1773¹⁰⁴. Già dal 1624 le ostetriche che volevano esercitare quest'arte erano state obbligate a saper almeno leggere, ma anche a superare un esame, obbligo al quale molte si sottrassero. A Verona, sede di un Ufficio sanità molto efficiente, venne fondata una scuola per levatrici con sette anni di anticipo su quella di Venezia, capitale della Repubblica Veneta. Un proclama del 19/9/1775 stabiliva che le levatrici dovevano sostenere un esame presso quell'ufficio di fronte ad una commissione formata da “*un protomedico, protochirurgo e comare provetta*”, a cui potevano accedere documentando con “*fede giurata*” di aver fatto due anni di pratica con una “*comare approvata*” (Proclama del 16/9/1755, Asvr, Archivio sanità, b, 45)¹⁰⁵. C'erano già le comare approvate, quindi il costume di valutare le levatrici era già pratica vigente, amministrata e sostenuta da reiterati proclami a partire da quello del 1608 seguito da quello dei Provveditori alla sanità di Venezia del 27/9/1689, in cui veniva prescritto, oltre a un esame e ai due anni di pratica, che la comare sapesse leggere e scrivere e conoscesse « *il libro intitolato della Commare* », cioè il trattato di S. Mercurio, considerato il testo di riferimento, quasi una Summa, e che avesse seguito per due anni anche dei corsi di anatomia (Asv, Provveditori alla sanità, b. 85). Dal 1755 presso l'Ufficio sanità si redasse il “*Registro delle allevatrici o sian comari approvate*”, dotato anche di un sintetico verbale dell'esame sostenuto da ogni levatrice dal 1755 al 26/3/1821 (Asvr, Archivio sanità, b. 31). Nel 1763 la chiara evidenza che «*continuano non pochi tuttavia li disordini, per lo più procedenti dall'imperizia di dette donne col danno talora e del parto e della partoriente medesima*» trovò la innovativa soluzione nell'accettazione da parte dell'Ufficio di sanità della personale proposta di insegnamento di Antonio Piccoli, medico formatosi presso professori di Bologna e Londra, celebri per l'uso di «*modelli dimostrativi*» particolarmente adatti all'insegnamento dell'anatomia e dell'ostetricia, specialmente alle allieve levatrici generalmente di scarsa attitudine alla lettura. Riconfermate le norme del vecchio decreto, il Proclama di approvazione dell'insegnamento fu emanato il 4 maggio dal Magistrato alla sanità di Venezia. I requisiti fondamentali di ammissione al corso vertevano sulla capacità di saper leggere, sulle doti fisiche e morali; si comandava di seguire per due anni «*le pubbliche ostensioni della matrice, ed insieme delle parti genitali della donna*»; era auspicato «*un qualche stabile emolumento*» al dottor Piccoli e che la scuola diventasse stabile (Asvr, Archivio sanità, b 45). La scolarizzazione per essere obbligatoria era ovviamente gratuita non solo per le allieve ma anche per le levatrici già approvate dall'Ufficio di sanità, a cui si consigliava di continuare il loro esercizio «*affinché non abbiano a rimanere prive le partorienti del necessario soccorso*», ma anche per mantenere il guadagno nonché la certezza della propria piazza. Le lezioni di Piccoli si tenevano nella sua abitazione privata (come a Trieste e in altre sedi), con il sussidio di «*trentaquattro quadri rappresentanti i parti contra natura*», «*statue*» di donne, feti di legno, sedie ostetriche. Il maestro per questi oggetti, come pure per «*careghe di paglia numero di trenta*» e altre «*ventiquattro sedie*» e «*quattro bacini di donna*», richiese e ottenne il rimborso delle spese dall'Ufficio di sanità¹⁰⁶. Il piano del suo corso comprendeva quarantaquattro lezioni di cui a) le prime sedici erano dedicate alle «*qualità necessarie per essere una brava levatrice*» e le altre trattavano la conformazione anatomica della donna, la descrizione dell'apparato genitale, le teorie della generazione, lo sviluppo della gravidanza, la sterilità, i segni di gravidanza, i segni del parto imminente; b) la seconda serie di sedici lezioni affrontava lo studio «*del parto naturale e di quello ch'è contra natura laborioso e difficile*», alcune lezioni sul battesimo,

129-166; M. MEDICI, *Elogio di Gian Antonio Galli*, t. VII, 1858, pp. 425-450.

¹⁰³ L. PASSERINI, *Storia degli stabilimenti di beneficenza della città di Firenze*, op. cit, p. 725; A. Corradi, op. cit., p. 21.

¹⁰⁴ E. NELLI MARCHINI, *L'arte del levare e le strategie del far nascere. XVI-XVIII secolo*, in L. Chele (a cura di), «*Nascere a Venezia dalla Serenissima alla Prima Guerra Mondiale*», Gruppo Editoriale Forma, Torino 1985, pp. 19-26.

¹⁰⁵ I provvedimenti veronesi citati sono riferiti da C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op. cit., p. 107 e ss.

¹⁰⁶ O. VIANA, *La scuola veronese...*, cit, doc. V, p. 25 e ss..

sull'operazione cesarea, sulla cura della puerpera e sull'allattamento; c) la terza parte del corso era costituita da dodici lezioni pratiche sulle «*situazioni difficili de' bambini e dell'utero*» (Asvr, Archivio sanità, b, 45)¹⁰⁷. Piccoli giustificava l'uso dei modelli per le lezioni pratiche con la scarsa disponibilità di cadaveri, nonostante la prescrizione nel decreto, ma gli sembrava «*questa specie d'anatomia più decente e meno schifosa*», secondo l'esempio di Anna Manzolini (1714-1774), che a Bologna teneva un corso di anatomia su modelli di cera¹⁰⁸. Assolutamente contrario alla moda de l'accoucher, «*non so s'io mi debba dire il costume, o l'abuso*», il docente si impegnava con ogni sforzo a istruire le levatrici, che considerava gli unici agenti dell'assistenza del parto¹⁰⁹. Piccoli morì a due anni dall'inizio dell'insegnamento e con la sua morte si interruppe bruscamente la prima esperienza di didattica ostetrica veronese¹¹⁰. Il nuovo maestro d'ostetricia sarà Andrea Avellino Gaspari, a cui fu affidato il compito di ridare vita alla scuola per levatrici, riaperta l'anno successivo con la dotazione dello strumentario del Piccoli e le stesse modalità operative dell'esperienza passata.

Nonostante l'insegnamento, le levatrici approvate, che avevano giurato di chiamare il medico e il chirurgo nei parti difficili, non si attenevano al giuramento; nelle denunce di morte per parto molto spesso non veniva registrato il nome della comare. Probabilmente le allieve non approvate sfuggivano ad ogni controllo. La scuola di Avellino Gaspari durò fino al 1793, anno in cui morì; dopo alcuni mesi prese il suo posto Zenone Bongiovanni e alla morte di questi nel 1796 fu nominato provvisoriamente G. Verardo Zeviani, il cui impegno produsse un interessante studio sulla mortalità infantile¹¹¹.

Nella seconda metà del Settecento Verona aveva esaminato cinquantotto levatrici e poteva vantare un buon numero di levatrici approvate. Da un'inchiesta del 1801, che riguardava dodici Pievi del veronese, si contavano undici fra medici e chirurghi, mentre le levatrici erano ventidue. Non conosciamo l'età di queste donne, ma gli anni di esercizio, che per la maggioranza superava i venti, toccavano il minimo di quattro e il massimo di cinquanta, mentre per lo stato civile secondo la tradizione nessuna era nubile, metà delle allieve era sposata e metà vedova. La tradizione si adattava e conviveva con la nuova regolamentazione, anche quando le madri insegnavano alle figlie il mestiere e firmavano l'attestato di pratica di tre anni presso una levatrice approvata, richiesto dalla legge per le aspiranti levatrici allorché si presentavano al giudizio dell'Ufficio di sanità¹¹². Così fece anche Anna Maria Lizzi sottoscrivendo questa dichiarazione: “*19 settembre 1789 Verona, Faccio fede giurata che Rosa Tisati, mia figlia, è intervenuta per tre anni assidui per arrivare a quel fine, che in cui spera dalla benignità loro, che sarà per ottenere*”. Anna Maria Lizzi arlevatrice profesa (Asvr, Archivio sanità, b. 45).

La scuola per levatrici a Milano nacque nella metà degli anni sessanta del 700, favorita dai valori della cultura illuministica, a cui in gran parte gli amministratori pubblici legavano la propria ragion d'essere e quelle dell'organizzazione degli enti, che furono parte essenziale e motore del miglioramento della qualità di vita della popolazione milanese e lombarda. L'ambiente sanitario ebbe in Bernardino Moscati (1704-1798), allievo di Levret e chirurgo nell'Ospedale Maggiore, il suo massimo esponente anche come categoria professionale emergente per il livello qualitativamente alto delle performance diagnostico-terapeutiche e anche per l'impegno sociale indirizzato alla collaborazione con gli organi istituzionali della comunità di appartenenza. Difatti il Moscati stese il piano «*intorno allo stabilimento della nuova scuola pe' parti*», a motivo che «*la felicità dello Stato cresce con il numero dei sudditi*» e pertanto bisognava rendere «*felici i parti acciocché in tale maniera si perda un minor numero d'uomini futuri, e si conservino quante più madri feconde si possono allo Stato*»¹¹³. Sull'esempio di Vienna, Torino e Firenze, in collegamento con la cultura francese, che di lì a poco avrebbe dato il là alla Rivoluzione con ricadute ideologiche sul modo di intendere la organizzazione della società in funzione dei bisogni del “cittadino”, fu quasi naturale proporre la scuola di ostetricia «*per sottrarre tante vittime innocenti alla ignoranza di rozze levatrici, ed al barbaro coraggio di molti inesperti cerusici*»¹¹⁴.

¹⁰⁷ A. PICCOLI, *Dell'importanza e del modo d'istruir le levatrici*, Verona, 1763.

¹⁰⁸ L. GALVANI, *De Manzoliniana suppellectili*, Bologna, 1777.

¹⁰⁹ A. PICCOLI, *Dell'importanza e del modo d'istruir le levatrici*, op. cit.

¹¹⁰ O. VIANA, *La scuola veronese ...*, cit. doc. X, p. 29.

¹¹¹ G. ZEVIANI, *Dissertazione medica sulle numerose morti dei bambini*, Verona, 1755.

¹¹² C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op. cit., p. 112.

¹¹³ Archivio di Stato di Milano, Fondo sanità, p. a., c. 268.

¹¹⁴ ASM, Fondo sanità, p. a., c. 268.

L'Ospedale Maggiore fu pensato come la sede ideale per organizzarvi la Scuola, dove l'insegnamento teorico poteva trovare riscontro oggettivo nell'assistenza quotidiana alle partorienti. Moscati si rese conto che l'unico modo per avere allievi e veder funzionare il suo progetto era che «*voglia il principe degnarsi con suo autorevole editto di proibire d'ora in avanti l'esercizio di quest'arte a tutti que' cerusici, ed a tutte quelle levatrici, che non abbiano per un dato tempo frequentata la pubblica scuola de' parti*»¹¹⁵. Il progetto tenne conto degli attori in campo e tutti vennero tenuti insieme dal miglioramento complessivo del fare sanitario e perché la posta, che era già sentita alta, chiamò a una sfida, a cui bisognava legare tutti quelli che volevano esserci per i molteplici interessi personali e collettivi. La scuola vide riuniti levatrici e chirurghi come a Bologna per impartire loro un eguale insegnamento, salvo proibire alle levatrici le operazioni chirurgiche, che potevano eseguire solo sotto il bisogno urgente e in assenza del chirurgo o di fronte all'ignoranza di questi¹¹⁶. L'apprendimento fu modellato sull'«*esatta anatomia delle parti che servono al concepimento*», sulla fisiologia e la patologia del parto e del puerperio¹¹⁷. La proficuità dell'insegnamento richiese che le allieve sapessero leggere e scrivere, e come strumento didattico si propose l'uso di «*macchine artificiali imitatrici della figura, della direzione e delle capacità delle parti naturalmente contenenti il feto, col mezzo delle quali si eserciti la mano delli scolari a conoscere, ed a mutare bisognando la situazione de' feti, a rivolgerli, ad estrarli*». Una sintesi perfetta della teoria e della pratica di cui doveva essere dotata una buona ostetrica. Dopo molti dibattiti la scuola ebbe inizio nel 1767 e fu una scuola esclusivamente per levatrici; l'incarico dell'insegnamento venne affidato allo stesso Moscati. La scuola ebbe sede nell'Ospedale Maggiore, dotata di una area riservata all'alloggio delle allieve, con residenza obbligatoria, le lezioni si tenevano per sei mesi, da novembre ad aprile¹¹⁸. L'ammissione alla scuola era preceduta dall'elezione della candidata da parte del Convocato dei deputati dell'Estimo della sua Pieve e rispondere ai requisiti di buona salute, «*natura docile e discreto discernimento*», stato di maritata o vedova, e se vedova preferibilmente senza figli, avere un'età compresa fra i ventidue e i trentadue anni, fatta eccezione per le levatrici che già esercitavano e caldamente invitate a frequentare la scuola, il certificato di buoni costumi e del battesimo rilasciato dal parroco, il consenso documentato del marito. L'invito quindi era diretto all'esistente da migliorare e alla generazione futura da formare secondo la nuova ostetricia codificata ormai a livello europeo. Dopo che le prime levatrici avranno lasciato la scuola con la relativa abilitazione, sarà vietato a tutte le altre l'esercizio del mestiere¹¹⁹. Una rigida disciplina, quasi da caserma militare, avrebbe regolato la vita delle allieve all'interno dell'ospedale: lezioni, studio, lezioni di un parroco dell'ospedale sulla dottrina cristiana, pulizia del reparto e lavoretti per ricavare qualche provento. Saranno sorvegliate nell'ospedale e potranno uscire solo nei giorni di festa ad orari fissi e mai sole¹²⁰.

Il gruppo delle allieve accettate alla scuola nel novembre 1767 era composto di Sessantuno donne, fra cui diciannove già esercenti il mestiere di levatrice, un quarto erano vedove, l'età variava tra i ventidue e i cinquantotto anni¹²¹. Di queste frequentarono effettivamente la scuola quarantacinque, più sei di Milano che assistevano solo alle lezioni¹²². Venticinque donne si abilitarono il 30 aprile 1768, ottenendo la *patente di approvazione* della commissione della Facoltà medica. Le altre furono invitate a ripresentarsi alla scuola l'anno successivo, per completare la loro preparazione¹²³. L'insegnamento uguale per tutte le allieve era stato proficuo soprattutto per quelle che avevano già alcuni o molti anni di esperienza e per quelle che avevano fatto pratica

¹¹⁵ ASM, Fondo sanità, p. a., c. 268.

¹¹⁶ ASM, Fondo sanità, *Relazione di Bernardino Moscati verso il finire del primo anno della scuola*, p. a., c. 268.

¹¹⁷ Cfr. *Indice dei capitoli che formano il Trattato dell'arte d'ostetricare che detta e spiega presentemente Bernardino Moscati nel venerabile Ospedale maggiore di Milano*, pubblicato da C. DECIO; *Due autografi inediti di Bernardino Moscati*, in *Raccolta di scritti ostetrico-ginecologici pel giubileo didattico*, Luigi Mangiagalli, Pavia, 1906.

¹¹⁸ Cfr. A. PARMA, *Dalla mammana alla "levatrice di stato". La scuola ostetrica milanese (1765-1791)*, tesi di laurea, Università di Trento, Facoltà di Sociologia, a. a. 1980-81; cfr. anche C. DECIO, *Notizie storiche sulla ospitalità e didattica ostetrica milanese*, Pavia, 1906; F. DE BILLI, *Sulla i. e r. scuola d'ostetricia ed annesso Ospizio delle partorienti in Milano*, Milano, 1844; L. BELLONI, *La scuola ostetrica milanese dal Moscati al Porro*, Milano, 1960.

¹¹⁹ «*Circolare*» del 28 otto 1767 ed *Istruzione*» allegata, a stampa ASM, I. sanità. P. a., c. 268.

¹²⁰ *Piano per la scuola delle ostetriche*, 10 ottobre 1767, ASM, F. sanità p. a., c. 268.

¹²¹ *Tabella delle donne forensi accettate nel venerando Ospedal Maggiore di Milano alla nuova Scuola delle ostetriche*, 26 novembre 1767, ASM, F. sanità, p. a., c. 268.

¹²² *Relazione di Bernardino Moscati verso il finire del primo anno della scuola*, cit.

¹²³ *Nomi delle donne alle quali non è stato permesso l'esercizio dell'arte ostetrica*, ASM, F. sanità, p.a., c. 268.

presso una levatrice anziana. Tuttavia non tutte quelle che avevano già esperienza superarono l'esame. Nel 1768 l'insegnamento riprese col secondo anno di scuola per levatrici e iniziò anche separatamente l'insegnamento dell'ostetricia per i chirurghi, oggi si direbbe specializzandi¹²⁴. Le pievi furono invitate a mandare nuovamente a Milano le donne che avevano già seguito il primo anno, o un'altra donna qualora la prima fosse stata approvata, con l'avvertenza di non inviare nuovamente «*senza speranza di miglior successo*» le donne troppo ignoranti «*essendovi tra le donne di campagna talvolta delle sì grossolane, ed ottuse d'intendimento, che non promettono mai buona riuscita*»¹²⁵. Molte donne comunque si rifiutarono di «*venire a rinchiudersi in questo Ospitale*», altre, dopo aver acconsentito, si pentirono e non vollero assolutamente recarsi a Milano, altre ancora non ottennero il permesso del marito. Come ogni novità anche la scolarizzazione delle levatrici mise in evidenza le diverse forme dell'attività e degli interessi delle persone. In altri casi l'unica levatrice di un villaggio non poteva recarsi a scuola per non lasciare scoperta la popolazione dell'assistenza ostetrica, oppure si trattava di donne anziane, o di donne che «*sapevano far partorire*», ma che non identificavano la loro abilità con l'esercizio di un mestiere.

Dopo due anni di funzionamento la scuola cessò l'attività, anche se delle levatrici continuarono ad essere addestrate nell'ospedale. La scuola non risorse che nel 1791, sotto Leopoldo II. Dopo un'inchiesta del governo sull'assistenza ostetrica nelle campagne e un dibattito che si era protratto per alcuni anni, un avviso del 15 febbraio 1791 annunciò che nella Casa di Santa Caterina alla Ruota, fondata da Maria Teresa d'Asburgo nel 1780, veniva aperta una «scuola ostetrica per le levatrici della provincia di Milano»¹²⁶, secondo il modello sperimentato da Bernardino Moscati; ne fu nominato insegnante Pietro Moscati, figlio di Bernardino. Le allieve erano tenute a vivere in convitto e furono per la prima volta ammesse alla scuola anche le nubi¹²⁷. L'insegnamento si indirizzava ormai alla creazione di una «*nuova levatrice*», pur mantenendo la necessità di correggere gli errori di quelle donne, che con la loro lunga esperienza si erano impadronite di *un modo* di curare, peraltro solo parzialmente modificabile dagli insegnamenti più moderni.

A Napoli, dal 1777 Domenico Ferrari insegnò come lettore «*l'arte di raccogliere i parti*», presso l'Ospedale degli Incurabili dove si accoglievano «*le donne inferme e quelle che vogliono infantare in secreto o tanto povere da non potersi permettere il parto a domicilio*»¹²⁸. La Cattedra fu istituita da Re Ferdinando IV «*per riparare in parte ai tanti funesti accidenti prodotti dalla ignoranza dei tempi e dall'oscurità delle anatomiche nozioni*». Molti studenti vi accorsero, per loro vennero pubblicati alcuni manuali tra cui quelli degli ostetrici francesi Baudelocque, tradotto dal medico napoletano Oronzo Dedonno, allievo del Ferrari, e Mauriceau, opere certamente erudite ma carenti nella pratica. La pratica ostetrica sarà al centro della Scuola ostetrica napoletana e sarà concepita non in continuità ma in contrapposizione alla cultura tradizionale del parto, propria dell'ignoranza delle levatrici, che per questo vennero attaccate e svalutate: le levatrici «*operano a tentoni*» e «*con abbagli gravi e mortali*», tanto da far dire all'ostetrico La Mettrie che «*le partorienti farebbero meglio a non servirsi delle levatrici*». Occorreva dunque, concludeva Dedonno, reprimere la «*sfrontatezza di queste temerarie levatrici*», «*la cui falsa pratica ha devastato le popolazioni più che le stragi della peste e della guerra*». Di contro, la vera Ostetricia ormai aveva raggiunto il rango di sublime Scienza pratica, era sempre la convinzione del Dedonno¹²⁹.

Nel suo *Breve compendio dell'arte ostetrica*, T. Ployant, ostetrica maggiore e maestra presso la sala di maternità dell'Ospedale degli Incurabili, si premurava in pari tempo di esortare le «*ostetriche napoletane*» a difendere la loro arte bloccando «*il fatal corso*», ovvero l'intervento maschile nella gestione della gravidanza, parto e puerperio, percepito ampiamente diffuso nelle diverse contrade d'Europa, mediante «*un indefesso studio*» per render nota la loro capacità professionale di «*condurre ad esito felice i parti, e risparmiar nell'istesso tempo la femminil verecondia*», anche se in altra parte del libro affermava la necessità per le

¹²⁴ ASM, F. sanità, p.a., c. 268, *Avviso per i giovani chirurghi*, 24 ottobre 1768.

¹²⁵ ASM, F. sanità, p.a., c. 268, *Lettera di Kaunitz a Firnian per il secondo anno della scuola*, Vienna, 1-1768.

¹²⁶ A. Parma, *Dalla mamma*, cit., p. 8.2

¹²⁷ ASM, p.a., c. 269, *Piano delle levatrici in ogni pieve*; A. PARMA, *Dalla mamma ...*, cit., pp. 165-171.

¹²⁸ O. DEDONNO, *Prefazione a Baudelocque, Elementi di raccogliere i parti*, Napoli, 1788-9, p. 11.

¹²⁹ L. GUIDI, *Levatrici ed ostetriche a Napoli: storia di un conflitto tra XVIII e XIX secolo*, in «*Sanità e Società*», a cura di Paola Frascani, Casamassima editore, Udine 1990, p. 109 e ss.

levatrici di conoscere l'anatomia non solo teorica, ma anche attraverso le esplorazioni manuali dei genitali per meglio operare: il dito esploratore diventava la *“bussola della nostra arte”*¹³⁰.

Una Scuola ostetrica venne progettata dal medico chirurgo Cattolica nel 1808 per entrare in funzione nel 1811, sempre presso l'Ospedale degli Incurabili. L'insegnamento teorico poteva essere verificato con dimostrazioni pratiche a letto delle ricoverate, che per statuto dovevano essere *“malconformate”*, per meglio istruire gli studenti e le allieve ostetriche sui parti contro natura, ma che nella sostanza erano normoconformate, giusto per favorire comunque una pratica ostetrica. Cattolica diresse la clinica fino al 1845, fu l'operatore di sei Tagli cesarei, una sola bambina sopravvisse, a cui fu dato il nome di cesarina¹³¹.

In numero di 600 nella sola Capitale, in gran parte analfabete e pertanto anche incapaci di leggere i manuali (sotto forma catechistica) loro destinati, le mammane risposero disertando i corsi, nonostante la loro gratuità, l'obbligo per legge ad assistervi e la relativa minaccia della loro destituzione dall'esercizio di levatrice in caso di assenza. Al corso del 1816 solo sei levatrici si presentarono. L'amara constatazione di Cattolica è che *“l'ignoranza le ha rese audaci in modo di mettere in non cale anche gli ordini del Governo per mostrarsi al Pubblico che esse non hanno bisogno d'istruzione”*¹³². L'istruzione obbligatoria sarà vissuta dalla stragrande maggioranza delle levatrici del Regno come lo scoperto processo di degradazione del loro ruolo, che storicamente autonomo e autorevole sarà sentito con la scolarizzazione chiaramente come subalterno, soggetto a regole, a controlli e per giunta al pagamento obbligatorio di tasse allo Stato.

Fu abolita la tradizionale valutazione delle mammane svolta dal protomedico in città e dai medici visitatori nelle province per accertare la loro abilità di offrire assistenza *«alle creature che non possono uscire e alle donne che non possono partorire (parto vitiato)»*¹³³; continuò invece, nonostante la decretazione ingiuntiva di Carlo di Borbone del 1738, la inveterata pratica di non pagare il tributo da parte della quasi totalità delle mammane (1 su 136 nel 1771), con le pezze di appoggio di certificati di povertà e dichiarazioni di interruzione di esercizio. Nel 1810 la situazione non cambiò¹³⁴. Nella capitale fu l'Università di Napoli a concedere la *“cedola”* o *“carta autorizzante”*, in provincia Commissioni proto medicali e, per le mammane più anziane, Autorità locali certificavano *“la pubblica stima”*, sorvolando sull'accertamento del livello tecnopratico. A partire dal decennio francese, per soddisfare la volontà governativa di diffondere l'istruzione delle mammane capillarmente anche nei comuni più lontani delle province, vennero previsti corsi tenuti da parte dei medici locali e a partire dal 1818 la Pubblica Istruzione propose l'istituzione di corsi di istruzione *“empirica, se non teorica”* presso i Licei¹³⁵, una sede ideologicamente destinata all'apprendimento, anche se l'opinione degli Intendenti sulle mammane era in generale strutturalmente sconcertante, negando loro ogni possibilità di emancipazione culturale in quanto ritenute *“donne di vilissimo conto, e che niuna si applicherebbe ad una scuola”* [...]. *“Le donne le più vili de' villaggi, e le ultime del paese esercitano tale mestiere, e ciò fanno quando sono divenute vecchie, e miserabili”*. Mancava dunque una vera identità professionale, ma le levatrici dalla opinione pubblica femminile erano stimate come esperte di parto e aiutavano le altre a partorire, e *“niun profitto ritraggono da tal mestiere”*.

La nuova ostetricia praticata nell'Università e nelle Maternità del Regno fu lo strumento ideologico che guidò l'impegno organizzativo dell'Intendenza Statale per favorire il miglioramento sistematico dell'attività assistenziale secondo i nuovi canoni teorici e pratici; mentre nelle diverse realtà socio-economiche territoriali, l'impellenza della richiesta assistenziale quotidiana costrinse i Protomedicali a giustificare, in nome dell'interesse pubblico, sia l'abusivismo (assenza di cedola o di autorizzazione), sia il mancato pagamento della tassa, dal momento che *“in alcuni momenti critici nei quali la meno di una femmina, anche non valente, per iscienza sopraffina, anche non cedolata od altrimenti legittima nell'esercizio, può togliere a morte una madre sofferente, ed un tenero bambino”*¹³⁶.

¹³⁰ T. PLOYANT, *Breve compendio dell'arte ostetrica*, Napoli, 1787, pp. 2-5.

¹³¹ G. BOTTI, *L'organizzazione sanitaria nel decennio*, in A. LEPRE (a cura di), «Studio sul Regno di Napoli nel decennio francese», (1806-1815), Napoli 1985, pag.96.

¹³² ASN, C.I.P., f. 3107.

¹³³ ASN, *Sommario-Dipendenze*, IIa s., f. 33.

¹³⁴ ASN, *Sommario-dipendenze*, IIa s., f. 35.

¹³⁵ ASN, M.I., inv., f. 909.

¹³⁶ ASN, M.I., I inv., f. 1136

A fatica e solo a metà Ottocento si formò una élite di levatrici che “*sentiva*” il mestiere e lo poté difendere istituendo stabili rapporti con le altre esercenti, nell’ambito di un quasi naturale processo di professionalizzazione, che solo nell’Italia postunitaria divenne lo strumento principale del controllo sulla professione con la conseguenza di una drastica riduzione dell’abusivismo, relegato finalmente a fenomeno marginale¹³⁷.

Il parto continuò ad essere fenomeno domestico per tutto l’Ottocento, l’Ospedale accoglieva soprattutto madri illegittime a tutela dell’ordine di famiglie e comunità, prevenendo scandali e infanticidi. L’assistenza alla nascita permase di stretta pertinenza della levatrice, la cui azione in Ospedale era utilmente osservata anche da studenti di medicina a scopo didattico. Di contro, la richiesta del ricovero ospedaliero era motivata su base terapeutica solo in una minoranza di casi, in genere drammatici a travaglio inoltrato con feto morto in utero e partoriente in gravi condizioni generali¹³⁸. Erano queste le occasioni disperate in cui l’ostetricia si sentiva obbligata a proporre e a sperimentare nuove tecniche con la motivazione di salvare vite di donne disperate, le uniche peraltro disposte a sottoporsi ai suoi strumenti. Accanto al tradizionale significato asilare, affiorava e si instaurava il valore salvifico del ricovero ospedaliero, soprattutto per il diffondersi dell’uso del forcipe, largamente inteso come strumento di vita, mentre il taglio cesareo era ancora gravato da mortalità materna sicura. Nella seconda metà del secolo le levatrici avranno modo di prendersi cura nell’ospedale anche dei bambini abbandonati, dando così il viatico alla nascita della pediatria ospedaliera.

Tracciando sinteticamente la storia delle principali scuole per levatrici sorte in Italia abbiamo voluto dare uno spaccato delle due situazioni emblematiche: quella di tipo individuale e quasi personale, vedi il caso di Bologna, Verona, e nella fase iniziale di Trieste, e quella Milanese e Napoletana, che invece si avvalsero del contributo di idee e volontà collettive espresse per il tramite delle Istituzioni. In entrambi i casi l’inizio manifestò sviluppi accidentati, ma alla fine si scoprirà che l’opera di pionieri andava nella direzione giusta. Abbiamo anche visto come la progressiva maturazione scientifica della ginecologia comportò non solo il sorgere di scuole regolamentate in modo specifico, con esami e diplomi, ma introdusse gradatamente e stabilmente l’uomo nell’assistenza a gravidanza e parto fisiologico.

CONSIDERAZIONI FINALI

L’elaborazione del concetto di paternità in epoca neolitica fu il primo *turning point* della relazione uomo-donna, con la promozione della pratica della indispensabile dualità sociale del nascere e del vivere tra donna e uomo¹³⁹.

Il pensiero antico, in particolare come era stato enunciato negli scritti di Aristotele e, in seguito, di Tolomeo, al volgere del secolo XVII, fu fortemente screditato all’interno della cultura di élite nel 500, dopo il ribaltamento della tolemaica visione geocentrica del cosmo con la teoria copernicana eliocentrica, avvalorata dalla galileiana analisi scientifica della realtà, basata sulla verifica matematica di ogni affermazione, a cui si voleva dare valore di legge¹⁴⁰.

¹³⁷ Denunce arrivano anche da medici (ASN, Prefettura di Napoli, f. 2957).

¹³⁸ F. DE RENSIS, *Osservazione sopra i parti*, in «Annali clinici dell’Ospedale degli Incurabili», 1835, pp. 238-43.

¹³⁹ J. DUPUIS, *Storia della paternità*, Tanchida Editore Inchiostro, Milano 1992, p. 15; G. LO RUSSO, *Uomini e Padri. L’oscura questione maschile*, Edizioni Borla, Roma, 1995; M. GIMBUTAS, *Le Dee e gli Dei dell’Antica Europa*, op.cit..

Nota: fino al neolitico l’umanità ignorava il concetto di paternità e interpretava la nascita quale evento partenogenetico di stretta pertinenza diaginica, espressa dalle società matrilineari, dalla parentela sociale e dalla teogonia della Grande Madre. La scoperta della paternità fu sperimentale all’epoca dello sviluppo dell’agricoltura e dell’allevamento controllato nel 5° Millennio, quando la mente umana poté osservare la sterilità delle femmine degli animali, se deliberatamente venivano uccisi tutti gli esemplari maschi. Con la diffusione di tale conoscenza il sistema sociale gradualmente si formalizzò attorno alla diade maschio-femmina, permettendo il passaggio dall’endogamia all’esogamia familiare e lo sviluppo del sistema patrilineare, con la sacralizzazione del matrimonio e moralizzazione dell’eros in epoca cristiana.

¹⁴⁰ N. COPERNICO, *De revolutionibus orbium coelestium*, 1543; A. WALLACE (a cura di), *Galileo’s early notebooks: Physical testion*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (Ind.)1977.

La nuova scienza, i cui ragionamenti furono espressi in volgare, e il sapere tecnico conseguente unitariamente dettero “*risultati di uso pratico per la vita dell’uomo*”¹⁴¹, attraverso l’alleanza tra gli scienziati o appassionati di scienza e gli interessi delle *élites* istruite e possidenti, a cui seguì anche la loro felice accoglienza presso larghe fasce di popolazione attiva in aree industriali e tecnologiche continentali, soprattutto in Francia del nord, Paesi Bassi e Inghilterra, dove furono attivi strumenti di diffusione culturale quali la carta stampata, le conferenze pubbliche, *grammar schools*, accademie, fondazioni come la *Royal Society*. Contestualmente le scienze rare e occulte furono retrocesse a sottocultura, in quanto non abili a produrre conoscenza chiara e certa della realtà¹⁴².

Si strutturò quindi un altro *turning point* della storia umana, oggettivato da cambiamenti, senza precedenti, che riguardarono l’ambiente naturale, l’organizzazione del lavoro e la stessa configurazione dei gruppi sociali con ricadute finali nel modo di pensare e di fare, ovvero del vivere quotidiano e quindi anche del nascere¹⁴³.

Nel corso della storia umana alla nascita si è assegnato costantemente il valore di evento naturale, di certo ricco di mistero, ma sperimentalmente anche rischioso per la vita della partoriente e del nascituro. Le diverse procedure, attivate dalla mente umana per correggere le difficoltà eventualmente intercorse nel parto, costituiscono momenti salienti e distintivi della storia dell’assistenza ostetrica, per secoli geloso ed esclusivo appannaggio del mondo femminile, un evento che in gran parte era “*gestito dal destino*”, almeno fino al secolo della Rivoluzione Francese, allorché “*si passa dal sentimento al razionale, (...) dall’assistenza affettiva all’assistenza medicalizzata*” attraverso “*un groviglio di storia e di avvenimenti che si intersecano*” come espressione del vivere e del sopravvivere dell’uomo¹⁴⁴.

Dopo la Rivoluzione, lo «*sguardo medico*», finalmente liberato dai lacci di ogni sistema e di ogni filosofia legati all’ancien régime, trovò nella clinica la propria struttura tecnologica, che quotidianamente fu praticata e verificata sui pazienti degli strati sociali più poveri, mentre i ricchi, in quanto paganti, furono gli unici veri clienti. Sul piano sociale, si potrebbe dedurre dell’esistenza di un patto tacito tra ricchezza e povertà, che produsse un sistema sociosanitario in cui gli ospedali erano il terreno fertile per indagare e fare sintesi teorica e pratica, e dove insegnare medicina e chirurgia¹⁴⁵. Le nuove conoscenze anatomiche e anatomopatologiche, derivate dallo sviluppo della pratica autoptica a partire dal 600, furono la radice ideale su cui si sviluppò la struttura razionale della eziopatogenesi e dei multiformi aspetti della clinica delle malattie umane, che furono studiate negli ospedali riorganizzati, secondo le idee giacobine, su tutti l’Hotel de Dieu di Parigi¹⁴⁶, dove Bichat, Pinel, Laennec, Broussais, Louis, Magendie, Corvisart furono soltanto alcuni dei nomi che resero possibile che «*le forme della razionalità medica s’immergessero nel meraviglioso spessore della percezione*». Si strutturò un sistema generale, che non potendo giudicare ogni singolo atto medico, si assicurava attraverso l’insegnamento codificato dalla struttura tecnologica, la qualità dei produttori di quegli atti, cioè dei nuovi “*propri*” medici¹⁴⁷. Fu davvero il primo chiaro e importante passo verso la formazione della moderna professione medica, di certo non quello decisivo¹⁴⁸.

Anche il parto divenne oggetto di indagine e di studio da parte di valenti chirurghi, che arricchirono il loro esercizio professionale con le nuove elaborazioni teoriche sui meccanismi del parto, fonte razionale delle nuove pratiche operative per correggere le difficoltà del parto «*contra natura*»¹⁴⁹. Le conoscenze anatomico-chirurgiche dell’utero e del bacino osseo, derivate dalle dissezioni sui cadaveri, abbinate alla valutazione clinica di migliaia di parti assistiti in ospedale, tolsero finalmente la gravidanza, ma soprattutto il parto, al

¹⁴¹ F. BACON, *Scritti filosofici*, a cura di P. Rossi, UTET, Torino 2009, p. 888.

¹⁴² M. C. JACOB, *Il significato culturale della rivoluzione scientifica*, Introd., Ed. Einaudi, 1992, p. XI; S. CIRIACONO, *La rivoluzione industriale*, B. Mondadori, Milano 2000, p. 214; CH. WEBSTER, *La grande instaurazione: scienza e riforma sociale nella rivoluzione puritana*, a cura di Pietro Corsi, Feltrinelli, Milano, 1980, pp. 85-91.

¹⁴³ A. MUSI, *Le vie della modernità*, Sansoni, Milano 2000, pp. XI, 478.

¹⁴⁴ C. PANCINO, *Il bambino e l’acqua sporca*, op. cit. p. 18, 15, 104.

¹⁴⁵ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, 1963; trad. it. 1969, pag. 10, 13, 104.

¹⁴⁶ RH. SHRYOCK, *Storia della medicina nella società moderna*, 1936, trad. it., ISEDI, Milano, 1977, p. 103.

¹⁴⁷ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, 1963, cit., trad. it., 1969, p. 10, 98-99; H. JAMOUS, B. PELOILLE, *Professions or Self-Perpetuating System?*, 1970; trad. it. 1979, pp. 215-217.

¹⁴⁸ E. BRAMBILLA, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica*, in *Storia d’Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984, p. 147.

¹⁴⁹ Vedi da p. 6 a p. 14 del testo.

silenzio e al pudore, che li avevano circondati da sempre, e resero possibile un nuovo discorso medico-chirurgico. Riconoscendo la potenziale fragilità dell'evento parto, nonostante il suo carattere naturale, lo trasformò, togliendolo così dalle mani di persone allora tacciate semplicemente come ignoranti, da evento familiare in quello di stretta pertinenza medica, con lo scopo dichiarato di approntare, a fronte della inerzia tradizionale delle levatrici, validate pratiche terapeutiche delle difficoltà ostative della nascita, responsabili della elevata mortalità materno-infantile. La figura della levatrice perse per sempre la sua autonomia, l'ambiente pacifico del parto virò ad ambiente conflittuale per l'entrata fragorosa dell'uomo, che, dall'alto della sua nuova cultura, dettava le “*norme*” sia istruendo le levatrici, sia in quanto titolare della capacità professionale di operare con strumenti (forcipe) ideati e costruiti razionalmente, e sia in ragione dell'elevato rango sociale della nuova figura professionale, il medico-chirurgo ostetricante, a cui peraltro il potere prontamente si legò per organizzare la cosiddetta politica populazionistica, cioè a favore della popolazione, sin qui, invece, vittima della proverbiale ignoranza delle mammane, trasformata ora in pressante fattore riformatore¹⁵⁰. Si sviluppò per la prima volta in ambito sanitario un processo di professionalizzazione, in base ad alcuni momenti costitutivi, quali la formazione di una base tecnica, la divisione del lavoro tra diverse occupazioni, l'elaborazione di un'etica professionale¹⁵¹, che partorì la figura del medico clinico, la cui azione, avvalendosi dei risultati delle scienze naturali e della medicina sperimentale, da questo momento in poi, non sarà più quella di un filosofo, ma si sporcherà le mani nella diagnosi e cura delle malattie, favorite anche dai progressi spettacolari e duraturi nel campo della biologia cellulare, della fisiologia umana, dell'anestesia, delle pratiche antisettiche e asettiche, della batteriologia, della malaria in particolare, vero flagello nella storia dell'uomo, della biofisica con la scoperta dei raggi x e dalla capacità della chimica di produrre in laboratorio molecole di sintesi, la cui somministrazione appronterà risposte certe alla domanda di salute della popolazione e darà una volta per sempre il ben servito ai ciarlatani¹⁵². Con le parole di Freidson, da allora in poi «*la distinzione tra il medico e il cosiddetto ciarlatano non ebbe più bisogno di appoggiarsi al certificato accademico della superiorità di una superstizione su un'altra*»¹⁵³.

Alla fine il parto uscì dalla unica condizione domestica dei secoli precedenti, in cui la mammana era l'autorità indiscussa, controllata socialmente e moralmente dalla Chiesa controriformistica attraverso la pratica della somministrazione del battesimo nel caso di pericolo di morte del neonato, per diventare il centro di un cambiamento che fu lungo, travagliato, con molti attori e che sfociò alla fine nella sconfitta definitiva della mammana e nella presenza dell'uomo-medico accanto alla donna partoriente. Si entrò così nell'epoca della medicalizzazione del parto. La “*mode de l'accoucher*”, nata quasi occasionalmente da quando Luigi XIV fece assistere “*clandestinamente*” il parto normale di “*mademoiselle*” de la Valière dal chirurgo Jules Clement¹⁵⁴, dette il via ad una richiesta, quasi generalizzata nella popolazione abbiente di Parigi, di assistenza *medica* del parto naturale e non solo di quello difficoltoso. Col chirurgo ostetricante entrarono in gioco anche gli strumenti, i ferri, studiati e costruiti razionalmente, che diventarono famosi con appellativi come “*mani di ferro*”, “*leva*”, “*forcipe*” e “*cava testa*”. Da questo momento il parto non fu più un territorio pacificato. I contendenti saranno i “*nuovi medici*”, le “*vecchie mammane*” e un nuovo attore, che finalmente sentì la necessità di prendersi cura della sua popolazione e in specie della donna nel momento del parto, ossia lo Stato. In questo giro mancò la Chiesa. La presenza dello Stato ebbe il suo suggello nell'organizzazione delle scuole ostetriche, gratuite per le allieve, a significare l'interesse dello Stato, secondo i modelli formativi indicati dai medici, a partire dalla seconda metà del '700, in base al principio della “*pubblica felicità*” di conio illuministico, ovvero la scienza al servizio delle donne¹⁵⁵. In tutta Europa, come abbiamo riferito, si istituirono scuole ostetriche con caratteri organizzativi ed impostazioni “*di scuola*” differenti, ma tutte rispondevano ormai ad un bisogno ben codificato

¹⁵⁰ G. PANSIERI, *La nascita della polizia medica*, in *Storia d'Italia*, Annali 3, Einaudi, Torino 1980, pp.5-147; G. Cosmacini, *Storia dell'Ostetricia*, op. cit.

¹⁵¹ W. TOUSIJN, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna 2000, p. 41.

¹⁵² M. U. DIANZANI, *Trattato di patologia generale*, 1970, p. 5; F. F. CARTWRIGHT, *A social history of medicine: Longman*, London, 1977, p. 143; R. H. MAJOR, *Storia della medicina*, Sansoni, Firenze 1959, pp. 724-742; R. H. SHRYOCK, op. cit., p. 206.

¹⁵³ E. FREIDSON, G. VICARELLI, *La dominanza medica*, p. 16.

¹⁵⁴ G. MAUQUEST DE LA MOTTE, *Accoucheur de campagne sous le Roi Soleil*, introduzione a *Le traité d'accouchement*, Paris 1979.

¹⁵⁵ G. PANSIERI, *La nascita della polizia medica*, in *Storia d'Italia*, Annali 3, Einaudi, Torino 1980, pp.5-147; G. Cosmacini, *Storia dell'Ostetricia*, op. cit.

di miglioramento dell'assistenza del parto, che non poteva essere lasciato mai più nelle sole mani delle donne. Ci sarà da parte delle mammane e anche delle partorienti battaglia di resistenza al nuovo, poggiata sulla vergogna delle donne, sulla tradizione, etc., con l'appoggio anche di uomini di scienza, come Baudelocque, chirurgo parigino, che affermava tranquillamente che le levatrici erano più capaci dei medici nell'assistenza al parto. Le Scuole di Ostetricia, sia per medici che per levatrici, furono assistite da una copiosa trattatistica, che fu alla base dell'acculturamento di nuove generazioni di attori assistenziali del parto, a cui corrispose lentamente, ma inesorabilmente, lo sviluppo in fieri della "figura professionale" sia dell'ostetrica che del medico ostetrico. Per sempre si perse il valore del parto inteso come fatto quotidiano, naturale e misterioso insieme, intorno a cui si attivava il fervore solidaristico delle reti familiari e comunitarie, in cui la mamma spiccava per la sua rilevante autorità e qualche volta per la sua arroganza¹⁵⁶. A parziale risarcimento della cattiva fama se non disprezzo loro riservati, vogliamo ricordare alcune ostetriche che nel tempo spiccarono per impegno, per cultura e per capacità operativa: Marie Louise Lachapelle, Marie Anne Victorie Boivin, Boursier de Coudray e Justina Siegemund, di area germanica, la cui presenza nella storia dell'assistenza al parto ebbe una posizione del tutto innovativa, non solo dal punto di vista operativo, in ragione della ideazione di manovre ostetriche, *il giro di mano o manovra di versione interna del feto per meglio estrarlo*, ma soprattutto sul piano della elaborazione teorica dell'assistenza al parto, quando con la sua vita mostrò che non era necessario aver partorito per assistere le partorienti, alla stessa stregua del medico che curava le malattie senza l'obbligo di averle patite.

Il desiderio umano di favorire nei parti impossibili la nascita di un figlio senza danni per la vita della madre e del figlio ha adombrato nel corso dei secoli la soluzione della via addominale chiamata taglio cesareo¹⁵⁷, un intervento connotato come immaginario, mito, medicina salvifica e dibattuto in dispute teologiche e medico-chirurgiche, che potremmo considerare sineddoche o metonimia delle grandi difficoltà che la mente umana ha incontrato nel correggere la nascita ostacolata. Immaginato sin dall'antichità per connotare vite sovraumane o eroiche sin dalla nascita prodigiosa (Cesare)¹⁵⁸, proposto nel medioevo su donna gravida *post mortem* con l'intenzione, attraverso l'amministrazione del battesimo di salvare la "vita celeste" del figlio¹⁵⁹, solo nel secolo scorso, per l'arricchimento del sapere medico-chirurgico, finalmente l'intervento ha avuto in via teorica e pratica le proprietà di una vera operazione chirurgica, acquisendo il suo stabile successo, allorché il concorso di anestesia, asepsi, antisepsi, antibioticotera e una più avanzata organizzazione ospedaliera ha reso l'intervento indolore e privo di pericoli per la vita della donna e del figlio, cioè sicuro.

Nel nostro tempo, denso di progresso, ma chiaramente a diffusione diseguale nelle diverse aree del nostro pianeta, la dichiarazione congiunta OMS/FNUAP/UNICEF, pubblicata nel 1993 e indirizzata ai responsabili delle politiche sanitarie, ai medici, alle infermiere, alle sagge donne, ai direttori dei programmi sanitari e ad ogni persona che abbia un qualche interesse sanitario, ancora una volta rilevava la necessità di definire il ruolo e il futuro professionale dell'*Ostetrica Tradizionale* (O. T.) nei sistemi di cura delle Sanità Moderne per aiutare a mettere a punto delle politiche di cure sanitarie dinamiche¹⁶⁰. Si definiva l'O.T. «*la persona che aiuta la madre durante il parto e la cui competenza proviene dai parti che ella stessa ha praticato o dal suo apprendimento presso altre ostetriche tradizionali*». Mentre l'O.T. FAMILIARE «*è una ostetrica tradizionale designata da una famiglia allargata per aiutare le donne di questa famiglia a partorire*». Inoltre aggiungeva che l'O.T. QUALIFICATA «*è una O. T. o una O. T. familiare che ha seguito un breve corso di formazione nel settore delle cure sanitarie moderne per migliorare le sue competenze*». La dichiarazione chiariva che le persone, anche membri della famiglia, potevano avere occasionalmente aiutato delle donne a partorire, ma costoro non si potevano censire come assistenti alla nascita, in quanto non erano O.T., anche se esse potevano divenirlo. Le ostetriche tradizionali, che seguivano una formazione di lunga durata (da sei mesi ad un anno),

¹⁵⁶ C. PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca*, op. cit..

¹⁵⁷ N.M. FILIPPINI, *La nascita straordinaria*, F. Angeli, Milano 1995.

¹⁵⁸ P. GALL, *L'iconografia del taglio cesareo*, Ann. Obstet. Ginec., Milano, 1936 ; R. BLUMENFELD-KOSINSKI, *Not of Woman Born. Representations of Caesarean Birth of Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca-London, Cornell University Press, 1990, cap. II.

¹⁵⁹ N.M. FILIPPINI, *La nascita straordinaria*, op. cit.

¹⁶⁰ *Les accoucheuses traditionnelles*, O. M. S., Geneve 1993, pp.4-5.

erano allora impiegate come agenti di cure sanitarie primarie. Esse potevano continuare a giocare il ruolo di O.T., e potevano aiutare a mettere al mondo dei bambini nella loro comunità quando esse vi fossero invitate¹⁶¹.

La dichiarazione dell'OMS è solo del 1993, eppure la questione della figura umana che può prendersi cura con *competenza* del parto è ancora viva, se la massima organizzazione sanitaria mondiale ha sentito la necessità di connotarla in termini di competenza minima. Una presa d'atto delle differenti forme assistenziali, che accompagnano la nascita dell'uomo contemporaneo sulla superficie terrestre, a cui si intende dare indirizzi chiari perché ogni donna al parto possa godere dell'adeguata assistenza in ogni angolo della Terra.

L'impegno per una buona nascita continua.

Giovanni Battista FRANCO

1 Agosto 2018

Nome: Giovanni Battista

Cognome: FRANCO

Nato il 20/11/1943

Laurea in Medicina e Chirurgia, 110/110 e lode, nel dicembre del 1970 presso l'Università degli studi "La Sapienza" di Roma;

Specializzazione in Ostetricia Ginecologia nel 1977, presso l'Università di Padova;

Specializzazione in Dietologia Medica nel 1989, presso la stessa Università;

Dal 1972 attività di assistenza Ostetrica e Ginecologica in ambiente ospedaliero fino al 2009, anno del pensionamento;

Pubblicazioni sul Parto Podalico, Sull'interruzione volontaria della gravidanza, sul climaterio e sulla capacità riproduttiva nelle donne sottoposte a laparotomia anche cesarea;

Laurea in Lettere Moderne nel 2014 presso l'Università degli studi di Padova con Tesi su "L'assistenza alla nascita nella prima Età moderna. Percorsi storico-culturali".

¹⁶¹ Traduzione dal francese del redattore.