



## **Università degli Studi di Padova**

DIPARTIMENTO DI STUDI LINGUISTICI E LETTERARI

DIPARTIMENTO DI SCIENZE STORICHE, GEOGRAFICHE E DELL'ANTICHITÀ

Corso di Laurea in Lettere Moderne

Tesi

**L'ASSISTENZA ALLA NASCITA NELLA PRIMA ETÀ MODERNA.**

**PERCORSI STORICO-CULTURALI**

Relatore:

Prof. Salvatore Ciriaco

Laureando:

Giovanni Battista Franco  
Matricola: 620553

ANNO ACCADEMICO 2013-2014

## INDICE

### **PREMESSA**

<b>CLIMA STORICO-CULTURALE</b>	1
La scienza e la rivoluzione inglese	10
<b>RIVOLUZIONE INDUSTRIALE</b>	12
Rivoluzione Demografica e Agricola	13
Rivoluzione Industriale: un nuovo modo di produrre.	14
La nascita delle città industriali	15
La scienza si collega alla tecnica	15
<b>LA MEDICINA DAL PUNTO DI VISTA STORICO-SOCIALE</b>	17
<b>SULLA PROFESSIONE MEDICA: UN ESCURSUS</b>	20
Un tentativo di conclusione sulla professionalizzazione sanitaria	27
I limiti della formazione di una base tecnica	27
Il secolo XIX: la formazione di una base cognitiva	29
<b>UNA STORIA DELL'ASSISTENZA AL PARTO: DALLE MAMMANE ALLE LEVATRICI ISTRUITE</b>	33
Gli attori e le tappe del cambiamento, ovvero la conquista della medicalizzazione	35
<b>I COMPITI DELLE COMARE</b>	38
La mode de l'accoucheur	48
Il medico assiste il parto normale	52
Sulla medicalizzazione del parto	53
<b>LE SCUOLE OSTETRICHE</b>	54
<b>XIX SECOLO : LE SCOPERTE BIOLOGICHE, BATTERIOLOGICHE E L'ANESTESIA</b>	66
<b>IL PARTO IN ITALIA, dal sociale ad una questione politica</b>	69

<b>SITUAZIONE SANITARIA E “PROFESSIONI” MEDICHE</b>	72
<b>IL TAGLIO CESAREO</b>	79
Sul termine cesareo	81
Il cesareo post mortem: dal Medioevo al Settecento	82
L'importanza della pratica nella Controriforma	85
Il cesareo su donna in vitam. Dal XVI al XVIII secolo, il tempo della elaborazione	90
Le alternative al Taglio cesareo	97
<b>JUSTINA SIEGEMUND: donna, senza figli, ostetrica e intellettuale</b>	100
<b>IL PARTO A PADOVA NELL'800</b>	104
<b>ALCUNI PROVERBI VENETI SULLA NASCITA</b>	105
<b>UNA CONCLUSIONE</b>	107
<b>ICONOGRAFIA</b>	113
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	129

## PREMESSA

L'idea di questa tesi nasce durante le lezioni di Storia moderna, materia del corso di laurea di Lettere moderne dell'Università degli studi di Padova.

Lo sviluppo delle lezioni ha dato alla mente del discente il percorso che l'Europa ha compiuto dalla scoperta dell' "Otro Mundo" fino al tempo napoleonico post Rivoluzione francese.

In poco più di tre secoli le condizioni delle popolazioni europee si rinnovano dal punto di vista politico, istituzionale, economico e sociale. In sintesi, la qualità di vita di donne e di uomini ha assunto una rilevanza sempre più pregnante nei luoghi istituzionali, dove propriamente si prendono le decisioni, che finalmente riguardano la generalità dei "cittadini".

Al netto delle diverse forme istituzionali e condizioni socio-economiche dei vari Paesi europei, lo sviluppo ha riguardato tutta l'Europa, cui per la prima volta nella storia spetta il compito di ampliare il suo impegno nei nuovi territori scoperti, conquistati e inizialmente sfruttati.

Quindi, le nuove scoperte geografiche, il rinnovamento del pensiero dell'uomo, la Rivoluzione scientifica, i nuovi assetti istituzionali, la Rivoluzione industriale, preceduta da innovazioni nel modo di organizzare le coltivazioni agricole con il conseguente miglioramento delle condizioni di vita di ogni persona e delle crescita demografica, l'urbanizzazione, le necessarie riforme sociali per rispondere al nuovo modo di vivere costituiscono nel loro insieme l'evidenza più chiara del "progresso" illuministico, che arride all'uomo nella prima età moderna del pianeta Terra.

Nell'interno di questo percorso storico dai molteplici aspetti, agli occhi del discente, che per professione hanno assistito ad alcune migliaia di parti nel corso di quarant'anni di professione ostetrico-ginecologica, mancava il tema del rinnovamento dell'assistenza alla nascita dell'uomo.

Con le pagine che seguono, si vuole indicare i percorsi storico-culturali che, quasi con integrazione spontanea, hanno portato a considerare l'assistenza alla nascita come il tema fondante della nuova civiltà umana.

*Nasce l'uomo a fatica,  
ed è a rischio di morte il nascimento.<sup>1</sup>*

*Giacomo Leopardi*

Operette morali

*Dicono che noi donne vivendo in casa viviamo senza  
pericoli e l'uomo ha i pericoli della guerra.  
Ragionamento insensato. Vorrei tre volte trovarmi  
nella battaglia anziché partorire una sola.*

*Medea di Euripide*

---

<sup>1</sup> Leopardi, G. Operette morali.; Euripide, Medea, Primo episodio in Il teatro greco. Tutte le tragedie, pag. 453 Sansoni Firenze, 1970

## CLIMA STORICO-CULTURALE

Nell'età moderna diversi sono i fattori caratterizzanti l'Europa: la Riforma protestante del secolo XVI, l'invenzione della macchina da stampa, lo sviluppo di Stati nazionali centralizzati e delle loro burocrazie, ma anche la paura o la realtà di una rivoluzione politica o di disordini sociali scatenati dalla massa ignorante o poco istruita della popolazione, una elite terriera, almeno nell'Europa occidentale, vivificata da un forte sentire di trasformazioni strutturali del potere nelle campagne, sin qui di tipo feudale su vaste terre e contadiname, ma che si vuole innovare per un utilizzo più flessibile, anche per condividere con le elite urbane e mercantili i nuovi mezzi di sfruttamento del mondo<sup>2</sup>.

Un'altra alleanza si struttura in questa età, quella tra gli scienziati o appassionati di scienza, in particolare i filosofi naturali, che per aver studiato nelle scuole o nelle università a forte monopolio clericale-scolastico sentono il bisogno di liberarsene, e gli interessi delle elite istruite e possidenti. Là dove questa alleanza ebbe modo di formarsi ed operare mediante la sintesi tra sapere scientifico ed interessi materiali, dapprima in Inghilterra e quindi in Francia e nei Paesi Bassi, procurò successi materiali nello sviluppo commerciale e industriale, attraverso un percorso storico, non semplice né lineare, che va dalla Rivoluzione scientifica alla Rivoluzione industriale<sup>3</sup>.

Se pensiamo alla complessità e alla articolazione del linguaggio della scienza, ossia della filosofia naturale, come si diceva allora, dobbiamo anche pensare che, oltre ai filosofi, erano pochi, ossia aristocratici facoltosi, mercanti ed ecclesiastici, quelli che potevano permettersi di leggere libri scientifici; certamente una popolazione selezionata e probabilmente non più del cinque per cento ed essenzialmente concentrata nelle città dell'Europa settentrionale e occidentale: Londra, Amsterdam, Parigi, le aree di maggiore acculturazione, che saranno nel prossimo futuro anche le aree a più alto sviluppo economico.

Ma quali erano le elite del tempo della modernità? Ovviamente nella realtà erano differenti tra loro: un gentiluomo delle contee inglesi, proprietario terriero, che votava o che fosse candidato per il parlamento, un fiorentino e colto mercante urbano, di Londra, Parigi o Amsterdam, che leggeva libri sia di religione che di filosofia, gli ecclesiastici istruiti, protestanti o cattolici, gli avvocati, i medici, i giornalisti, i magistrati delle città, o gli individui, che per aver studiato all'università, potevano dare lezioni ai figli di qualche famiglia facoltosa o assumere ruoli di funzionari minori a corte. Alle donne era proibito frequentare le università, ma quelle che avevano studiato privatamente erano nella condizione di seguire i dibattiti di filosofia naturale e nel secolo XVIII di dare il proprio contributo. Una tipologia ristretta, come si vede, ma certamente uomini e qualche donna, che nel loro insieme, costituirono il tramite per il quale un corpo di conoscenze si diffuse e operò in maniera innovativa nei gangli della società di allora come in nessun altro periodo precedente o futuro.<sup>4</sup>

Il tema principale di questa prima parte riguarderà il modo come il nuovo sapere, elaborato da poche menti, passerà, sorprendentemente anche in relativo breve tempo, nella mentalità comune.

Si è sempre pensato che la scienza sia un elemento connaturato alla nostra visione del mondo, tanto da poter considerare la sua preminenza, nella nostra cultura, un dato fondamentale della mentalità

---

<sup>2</sup> Jacob, M.C. Il significato culturale della rivoluzione scientifica. Introd. pag XI

<sup>3</sup> Musi, A. Le vie della modernità. *Le considerazioni storiche presenti in questo capitolo sono di derivazione dal testo di questo A.*

<sup>4</sup> Jacob, MC. Introd.

occidentale a partire dalla Grecia classica. Eppure, al volgere del secolo XVII la scienza degli antichi greci, in particolare com'era enunciata negli scritti di Aristotele e in seguito di Tolomeo, era fortemente screditata all'interno della cultura di élite, come si evince anche dalla Querelle o Controversia degli antichi e dei moderni.<sup>5</sup> La visione antica del mondo naturale ha ben poco in comune con la nostra attuale, che invece *non differisce significativamente* da quella del XVIII secolo.<sup>6</sup>

La pubblicazione del *De revolutionibus orbium coelestium* nel 1543, di Copernico (1473 - 1543), fino a quella dei *Principia* di Isacco Newton nel 1687 ( *Philosophie Naturalis Principia Mathematica*), in termini molto generali, possono essere considerate alla base delle innovazioni filosofiche e matematiche della nuova scienza, che sarà davvero parte integrante della nostra cultura. Era ed è una scienza molto diversa dalle precedenti in quanto si fondava in larga misura sulla *osservazione concreta* dei corpi visibili in moto nei cieli e sulla terra e sulla *valutazione dei risultati*, davvero rivoluzionaria, mediante l'applicazione di principi matematici. Nel libro dell'universo è affermato: << *La filosofia è scritta in questo grandissimo libro che continuamente ci sta aperto davanti agli occhi (io dico l'universo), ma non si può intendere se prima non si impara ad intendere la lingua, e conoscere i caratteri nei quali è scritto. Egli è scritto in lingua matematica, e i caratteri sono triangoli, cerchi e altre figure geometriche, senza i quali mezzi è impossibile ad intenderne umanamente parole; senza questi è un aggirarsi vanamente per un oscuro labirinto*>>.<sup>7</sup>

Un dato storicamente rilevante è la felice accoglienza di questa scienza presso larghe fasce di popolazione attiva in aree industriali e tecnologiche specifiche (Francia del nord, Paesi bassi e Inghilterra), tanto da costituire un suo ulteriore controllo-verifica, oltre a produrre un impatto senza precedenti sull'ambiente naturale e sulla configurazione dei gruppi sociali. La nuova scienza si fondava in sostanza sulla interazione tra ipotesi ed esperimenti, da cui era possibile elaborare spiegazioni probabili, che assumevano la forma di leggi di natura, a loro volta abili per essere applicate ad altri fenomeni, in precedenza rimasti inesplorati.<sup>8</sup>

Non solo, la nuova scienza aveva in sé i caratteri della progressività a fronte della staticità delle “ autorità antiche “, in quanto provando e riprovando - secondo il metodo galileiano - sotto lo stimolo d'una ipotesi o di una intuizione, ogni legge poteva essere cambiata oppure enunciare di nuove.

Questo metodo, applicato nei vari campi dello scibile e del fare dell'uomo, è alla base della conquista umana della RIVOLUZIONE SCIENTIFICA. Uno degli aspetti, che a noi interessa per il tema che vogliamo trattare, - la nascita nell'età moderna -, è come tale conquista finì per far parte integrante della cultura occidentale, intesa anche come ricaduta nella prassi quotidiana: un processo avviato al principio del XVII secolo ed in sostanza concluso all'inizio dell'800. Non ci interessa come uomini, certamente geniali del calibro di Copernico, Galileo e Newton ed altri ancora meno famosi, hanno condotto gli esperimenti o risolsero i problemi matematici, che assorbivano il loro interesse. La conoscenza di ciò appartiene ad altri settori della ricerca, ed è comunque di per sé non sufficiente a spiegare il significato culturale attribuito alla nuova scienza. La nuova scienza a noi interessa in quanto strumento di *innovazione metodologica*, abile a determinare *atteggiamenti mentali diffusi* e tali da permettere ricadute nel modo di pensare e di fare nel campo del vivere quotidiano e quindi anche del nascere.

---

<sup>5</sup>Pazzaglia, M. Dal Rinascimento all'illuminismo. Lett. Italiana. Zanichelli

<sup>6</sup>Guardini, R. La fine dell'epoca moderna. Vol. 10; Jacob, M.C. Introd.

<sup>7</sup>Galilei, G. dal Saggiatore, in Pazzaglia, M. opera cit. pag 464.

<sup>8</sup>Jacob, M.C.; Musi, A.; Ciriaco, S. La Rivoluzione industriale, Mondadori

La vera domanda metodologica è la seguente: come una scoperta scientifica viene assimilata nella cultura generale di una popolazione in un determinato tempo?

Ammettendo la razionalità nella scienza, nella musica o in tutte le altre espressioni dell'umano ingegno, se la scoperta scientifica è frutto del tempo e del modo di vivere e pensare dell'uomo di quel tempo ovvero se tutte le espressioni della creatività umana sono storiche, vincolate al tempo e al luogo, non esistendo una verità storica legata ad una classe sacerdotale, nel secolo XVII, doveva essere presente un complesso di circostanze storiche tali da mettere alcuni individui e poi un'intera cultura nelle condizioni di assimilare le nuove visioni dell'ordine naturale e di applicarle in modo poi ritenuto via via più vantaggioso per loro stessi. Di tutto ciò è possibile ricostruire le circostanze attraverso l'analisi storica della documentazione scritta del passato tanto dei filosofi naturali quanto e soprattutto del loro pubblico, il cui linguaggio comune, derivato da quello scientifico, è divenuto, attraverso un processo storico, uno dei vocabolari principali del nostro mondo mentale.<sup>9</sup> Un dato documentale è, per esempio, l'uso deliberato del vernacolo italiano da parte di uno dei più valorosi seguaci di Copernico, Galileo ( 1564- 1642 ); così facendo ci si rivolgeva non esclusivamente al clero, ma, in forma più sensazionale, ai laici istruiti nei centri urbani, nonché ai nuovi sovrani e ai salotti di principi e aristocratici. Il risultato più concreto era la costante integrazione della scienza nuova con i valori e gli interessi delle élite, a cui peraltro quegli scritti erano principalmente rivolti. Si tenga conto, inoltre, che il pubblico dei lettori all'inizio del secolo XVII si ampliava al di là degli individui di cultura (compresa qualche donna): difatti ricchi commercianti acquistavano e leggevano libri e soprattutto applicavano routinariamente la matematica elementare agli affari di tutti i giorni, pesavano le merci e tenevano la contabilità.<sup>10</sup> Questa consuetudine, o senso comune, è presa in considerazione dallo stesso Galileo, quando afferma che *“anche le astrazioni debbano avere rapporti con la realtà fisica”*, e sarebbe strano che *“ i compiti e le ragioni fatte in numeri astratti non rispondessero poi in monete d'oro e argento e alle mercanzie in concreto”*. La stranezza, è sempre Galileo a dirlo, sta *“nel calcolatore (scienziato) che non sa fare i conti giusti”*.<sup>11</sup> Galileo quindi per far passare il suo messaggio corteggiò la aristocrazia mercantile delle città-stato italiane, solo mezzo secolo dopo che Copernico dedicò il suo trattato allo stesso Papa<sup>12</sup>. Nel 1543 Copernico si domandava in modo alquanto retorico, in un trattato squisitamente tecnico sul moto dei pianeti scritto in latino (*De revolutionibus orbium coelestium*), perché l'idea che la terra si muovesse nell'universo incontrava una resistenza tanto tenace tra i contemporanei. Sapeva benissimo, ovviamente, che essi avevano *“ fede “* in secoli di sapere *“ scolastico”*, di cui i fautori dell'aristotelismo erano i massimi rappresentanti. Un sapere in cui la semplice osservazione aveva certamente grande valore, così come, per la logica, centrale era l'argomentazione di tipo sillogistico, e che collocava, per via della semplice osservazione, appunto, la terra al centro dell'universo chiuso, circondata da corpi luminosi, pianeti visibili grazie alla loro luce, ma non reali materialmente. L'immagine del cosmo resta l'immagine tolemaica, pur ricevendo nuovo carattere e nuovi valori simbolici, metafisici e religiosi, dall'insegnamento biblico sulla sovranità di Dio, primo principio, creatore e signore misericordioso del mondo, da quando l'uomo crede nella rivelazione biblica<sup>13</sup>. Così, ci sarebbero voluti altri 200 anni prima che l'eliocentrismo, con tutto ciò che comportava, fosse generalmente accettato dalle élite istruite d'Europa, rappresentate dai principi e

---

<sup>9</sup> Jacob, M.C. Introd. Pag X-XI

<sup>10</sup> Ibidem, pag 5.

<sup>11</sup> Galilei, G. Dialogo dei due massimi sistemi, Barbera, Firenze 1933. P 234.

<sup>12</sup> Leopardi, G.. Operette morali., Copernico: dialogo con il sole, che consiglia: *<< E se tu vuoi essere più sicuro, prendi questo partito: il libro che tu scriverai a questo proposito, dedicarlo al papa. In questo modo, ti prometto che né anche hai da perdere il canonicato >>*, Pag 3.

<sup>13</sup> Guardini, R. La fine dell'epoca moderna. Vol. 10, ed. Brescia: Morcelliana; 2004; pag 24.

dalle loro corti, che avrebbero potuto offrire protezione e mecenatismo allo scopo di promuovere le nuove idee, al netto della compatibilità di queste con il potere di quelle<sup>14</sup>.

Una delle questioni del nuovo sapere è quella legata al linguaggio della filosofia naturale, che sarà completamente diverso da quello della tradizione, codificato nel corso di secoli e strettamente appannaggio del clero cattolico o protestante. L'ecclesiastico erudito traduceva ordinariamente in lingua scritta o parlata dal pulpito ampie e complesse ipotesi metafisiche sul modo di intendere il Cosmo e il rapporto dell'uomo con la divinità in un linguaggio quotidiano impregnato di pietà religiosa<sup>15</sup>.

Il clero cattolico ha guardato sempre con sospetto il mondo e il linguaggio della scienza da Copernico in poi, anche se, in pari tempo, la nuova scienza sarebbe stata promossa da altri ecclesiastici cristiani e laici, in quanto, per contrastare le nuove affermazioni scientifiche negli studi ecclesiastici, esse stesse pur tuttavia dovevano essere espresse. Lo stesso Galileo le ha apprese a scuola dai gesuiti<sup>16</sup>. In verità, l'ortodossia cattolica aveva validi motivi per temere e contrastare contestualmente i nuovi pensieri e le nuove conclusioni dei processi elaborativi in corso. In effetti, era lampante che asserire che il sole era al centro dell'universo contraddiceva alcuni passi della Bibbia, tanto da indurre Retico, un discepolo dello stesso Copernico, ad aggirare il problema separando la nuova astronomia dal linguaggio della religione: «< i filosofi affermano che talune cose sono conosciute alla natura e a noi sconosciute. Affidiamo allora questa categoria anche le dispute circa le ipotesi »<sup>17</sup>.

Lo stesso Galileo, nel presentare le sue nuove idee per interpretare il mondo fisico che ci circonda, da considerare in movimento e non come fisso, soleva affermare che, se c'è qualcosa che contraddice qualche passo delle sacre scritture, è da intendersi in senso metaforico a beneficio del “volgo” e non come vera contraddizione tra la sacra scrittura e la scienza naturale. Quindi, per Galileo la parola di Dio non poteva contraddire l'opera di Dio. Ovviamente, ed invece, si poteva criticare Aristotele in quanto “lo stesso Aristotele mi ha insegnato quietar l'intelletto a quello che m'è persuaso dalla ragion, e non dalla sola autorità del maestro [...]”. Il filosofar vuol essere libero<sup>18</sup>. Inoltre era ormai evidente l'utilità pratica della nuova scienza “in occorrenza di fabbricar ponti o altre macchine sopra l'acqua, che avvengono per lo più in affari di molto rilievo”, tanto per accattivarsi, convincendolo, il pubblico, data la utilità della nuova scienza<sup>19</sup>.

Comunque si arrivò fatalmente al drammatico confronto tra Galileo e l'Inquisizione della Chiesa cattolica romana quando Firenze era animata da ricca cultura umanistica e da interessi politici ed economici sia degli aristocratici che dei mercanti (stoffa e manifattura) con un clero popolare, ma soprattutto arcivescovi e cardinali in possesso di una considerevole raffinatezza teologica. Il confronto era anche la conclusione inevitabile di vicende storiche legate: 1) al protestantesimo dell'Europa settentrionale ed occidentale che metteva in dubbio la preminenza papale nella Chiesa, 2) alla tendenza allo scetticismo eretico, diffuso soprattutto in Francia ed ostile ad ogni genere di ortodossia dottrinale e, non ultimi, 3) i pensatori, anche di derivazione ecclesiastica, che proponevano un ritorno alla religione naturale universale. Giordano Bruno ne è il massimo

---

<sup>14</sup> Jacob, M.C., opera cit. pag 4.

<sup>15</sup> Guardini, R. La fine dell'epoca moderna; Il potere, pag 28 -33.

<sup>16</sup> A. Wallace (a cura di), Galileo's early notebooks: Physicaltestion, University of Notre DamePress, Notre Dame (Ind.) 1977.

<sup>17</sup> G.J. Rheticus' treatise on Holy Scripture and the motion of the earth : with translation, annotations, commentary and additional chapters on Ramus Rheticus and the development of the problem before 1650, pag 77-78.

<sup>18</sup> G.Galilei, Sidereus nuncius.

<sup>19</sup> G. Galilei, Delle cose che stanno in su l'acqua, Barbera, Firenze 1932, pag. 65.



rappresentante<sup>20</sup>. La Chiesa, nel tentativo di uscire dall'angolo in cui era stata cacciata, si rifugiò nell'azione di una istituzione burocratica, gestita da funzionari ecclesiastici, a cui conferì l'incarico di tutelare la sua autorità contro quella della nuova scienza. In questo contesto maturò la condanna di Galileo nel 1633, che oramai con il suo impegno scientifico aveva conquistato le élite laiche dell'umanesimo civico ed a lui erano vicino gli aristocratici e i mercanti, dichiarando che la scienza si confaceva perfettamente tanto ai loro interessi quanto alla loro educazione e intelligenza<sup>21</sup>. Ma, come è noto, non bastò per evitare la condanna.

Alla condanna seguì tra gli eruditi del tempo un'ampia, approfondita discussione, che avviò *realmente* il processo attraverso cui la nuova scienza si integrò nella cultura occidentale.

Dopo Copernico e Galileo nelle Università europee gli studenti ricevevano ancora un insegnamento tradizionale, che vedeva al centro Aristotele, ma anche le nuove idee venivano accolte con interesse crescente in quanto espressione di una scienza più pratica e meno astratta: per l'astronomia, al servizio della navigazione, per la meccanica semplice, per la metallurgia, per la matematica e perfino per l'anatomia pratica, che veniva insegnata a Bologna<sup>22</sup>. Un dato che sarà persistente nel tempo della prima rivoluzione industriale, e che prenderà forme diverse nei vari paesi europei, è l'alleanza della nuova scienza con gli interessi di un laicato istruito, elitario dapprima, ma poi via sempre più diffuso nella popolazione attiva (borghese), in contrapposizione alla cultura popolare secolarizzata. Sarà questa frattura tra cultura alta e bassa che, per molti storici dell'epoca moderna, è alla base delle trasformazioni cruciali del periodo storico che stiamo trattando<sup>23</sup>. Contribuirono all'efficacia di questa frattura l'invenzione della stampa e la Riforma, che permisero l'alfabetizzazione e, in parallelo, la rivoluzione commerciale a sua volta responsabile del miglioramento delle condizioni economiche di uomini e donne, a cui finalmente era data la opportunità di accedere a quanto veniva scritto in campo religioso, medico o meccanico<sup>24</sup>.

La Riforma protestante, che esercitava sui magistrati delle città e sui governanti dei nascenti Stati nazionali notevole ascendenza per un assetto millenario migliore anche sulla terra, forniva alla gente comune una via disciplinata a quell'ordinato futuro. L'accettazione della nuova scienza rientrerà in questa visione riformistica, che doveva essere irrevocabilmente connotata in senso millenaristico per essere accolta. Il versante cattolico ecclesiastico e aristotelico, invece, si armò per il tramite dei giudici-burocrati dell'Inquisizione e condannò l'asserzione galileiana del “*sol est centrum mundi, et omnino immobile motu locali*”<sup>25</sup>, allo scopo di difendere la sua tradizione e il senso letterale della Bibbia, che invece ammetteva la immobilità della terra secondo la visione tolemaica del mondo. Questa condanna mise in evidenza l'enorme potere di controllo della Chiesa di Roma e della Controriforma sulla cultura, sulla politica, soprattutto sulla stampa sia in Italia che in Spagna, mentre l'area dell'Europa protestante, ovvero le città tedesche, l'Inghilterra ed in modo particolare i Paesi Bassi, da poco indipendenti dalla Spagna, con l'incremento della stampa, permettendo ampiamente la diffusione dei libri da Galilei a Newton, nel secolo XVIII favoriranno

---

<sup>20</sup> Yates, F. Giordano Bruno e la tradizione ermetica.

<sup>21</sup> Jacob, M.C. Opera cit. pag. 9.

<sup>22</sup> Siraisi, N. Taddeo Alderotti and his Pupils: Two Generations of Italian medical Learning, Princeton University Press, Princeton 198.

<sup>23</sup> Zemon Davis, N. Culture del popolo. Sapere, ritualità e resistenza nella Francia del Cinquecento, Einaudi, Torino 1980, pp. 259-361; P. Burke, Cultura popolare nell'Europa Moderna, Mondadori, Milano 1980, pp. 251-73.

<sup>24</sup> Eisenstein, E.L. La rivoluzione inavvertita, il Mulino, Bologna 1985, pp. 355-447.

<sup>25</sup> Galilei, G. De Motu, scritto intorno al 1591.

la integrazione culturale tra le nuove idee e l'autorità politica, la cui leadership era nelle mani dei protestanti<sup>26</sup>.

L'Inghilterra dapprima e poi i Paesi Bassi si avvalsero di questa integrazione culturale, che produsse per merito di alcuni uomini colti ed influenti (e qualche donna) una nuova visione del mondo, in cui la scienza attraverso il razionalismo rendeva possibile al laicato secolare un impegno nuovo per il destino dell'uomo della modernità<sup>27</sup>.

In Italia, si svilupparono forme di religione naturale che ebbe in Giordano Bruno il suo leader, la cui battaglia era tesa a rompere l'alleanza tra papato e monarchia spagnola, favorendo l'attenzione intorno a sé dell'élite colta e laica, e proponendo sul piano filosofico una sintesi tra eliocentrismo copernicano e una visione della natura antica, pagana e, per questo, fortemente eretica, in quanto dotata di valenza religiosa; cosa che ovviamente non poteva essere accettata dai fautori della nuova scienza, immaginata sprovvista di ogni valenza religiosa<sup>28</sup>. Bruno sarà bruciato vivo sul rogo con tutti i suoi libri, che comunque si riuscì a reperire.

Un altro italiano, Tommaso Campanella, a differenza di Galileo, propugnava la diffusione a tutto il popolo, non solo alle élite, della scienza: ciò avrebbe avuto il merito di favorire una maggiore stabilità sociale e politica dovuta al conseguente sviluppo economico. Questa visione avrebbe avuto la sua applicazione pratica in Inghilterra e sul continente alla fine del secolo XVIII. Nel secolo XVIII l'argomentazione dell'utilità sociale della scienza troverà terreno fertile ed attecchirà secondo la versione inglese, il cui massimo obiettivo era accrescere la ricchezza e il potere sia sociale che militare delle élite, mantenere la stabilità contro la trasformazione sociale, favorendo al contempo la prosperità dello Stato<sup>29</sup>. In concomitanza, il concetto della diffusione della scienza per tutto il popolo fu caldeggiato dai pensatori cosiddetti radicali, a beneficio di tutta l'umanità. Molti italiani, dopo la condanna di Galilei, trovarono rifugio all'estero, comunque la scienza in Europa trovò sicuro rifugio in Francia, nei Paesi Bassi e più ancora in Inghilterra.

Iniziamo a questo punto del nostro discorso a delineare, anche se in maniera necessariamente succinta, quanto la scienza europea del tempo ha elaborato attraverso alcuni dei suoi pensatori, che appartengono alla storia del pensiero umano e allo sviluppo della qualità di vita dell'uomo.

**Francis Bacon** (1561-1626), Lord Chancellor d'Inghilterra, allo scopo di rendere radicale la possibilità della diffusione dell'utilità del sapere conquistato, dedicò tutti i suoi scritti al sovrano, allo scopo appunto di convincerlo a dare il suo sostegno al << *processo del sapere* >>, inteso essenzialmente come accumulazione delle conoscenze sulla natura, considerate alla base dell'<< *arricchimento e beneficio della vita umana* >><sup>30</sup>. Più di ogni altro, Bacon aveva colto i progressi eccezionali fatti dagli artigiani meccanici nell'ingegneria navale, balistica, stampa ed ingegneria idraulica. Di più, per Bacon l'attività scientifica era vista come molteplicità di impegni: alcuni speculativi, altri pratici, sotto forma di divisione del lavoro da intendere come le due facce di una sola medaglia. Era ancora presto per poter pensare ad una classificazione duale della scienza in Pura ed Applicata, un dato che sarà dell'Ottocento. Al tempo di Bacon si poteva pensare che il vigneto della scienza prevedesse solo artigiani. Nel trattato postumo "The New Atlantis", utopisticamente

---

<sup>26</sup> Musi, A. Opera cit.

<sup>27</sup> Yates, F. A. Lull and Bruno. The religious Policy of Giordano Bruno. 1982, Rutledge, London, pag. 151-79; Stubbe, H. Campanella Revived, London, 1670, pag. 3.

<sup>28</sup> Jacob, M.C. Opera cit., pag. 23, 24, 29.

<sup>29</sup> Henry Stubbe, Radical Protestantism and the Early Enlightenment, pag. 86.

<sup>30</sup> F. Bacon, La dignità e il progresso del sapere divino e umano, in Scritti filosofici, Utet, Torino 1975, p. 173-206.

Bacon pensava a "fiaccole che avrebbero illuminato nuovi esperimenti con risultati più profondi dei primi sulla natura" ovvero con << risultati di uso pratico per la vita dell'uomo >><sup>31</sup>.

Da ciò nasce il rifiuto baconiano della segretezza, delle fantasie grandiose e fumose proprie della magia e dello stesso aristotelismo, a cui contrapponeva la ricerca laboriosa e sobria della verità, di orientamento meccanico, che sarà proprio della Riforma protestante.

Nel corso dei secoli XVII e XVIII ebbe particolare diffusione la concezione umanistica di Bacon circa la validità e l'utilità della scienza come strumento ormai indispensabile per << alleviare la condizione umana >> e sarà a fondamento razionale della ricerca filosofica naturale e di ogni istruzione scientifica generale. Gli ambienti eruditi europei sul continente – a Parigi i botanici<sup>32</sup> e in Germania i protestanti riformatori, ma anche in Inghilterra -, vedevano di buon occhio una scienza empirico-naturale, affidata sempre ad un'élite istruita, utile all'uomo nel momento presente e, rispettivamente, per il futuro nella sua concezione millenaria: scoprire i segreti della natura, ma rifiutare la metodologia occulta della magia. Come Galileo, Bacon scrisse le sue opere in inglese e non in latino. Furono tradotte in latino per la loro diffusione in continente, soprattutto nei Paesi Bassi: Beeckman e l'università di Leida. Il medico Herman Boerhaave ( 1668-1738 ), proprio a Leida, dove insegnava all'Università, manifestava con enfasi retorica il suo entusiasmo per la prospettiva del progresso in campo medico, offerto a coloro che raccoglievano l'invito di Bacon ad incontrare in prima persona la natura<sup>33</sup>. Sempre in Olanda fu tradotto e pubblicato, in edizione tascabile e con grande diffusione, *The New Atlantis*, dove Bacon esprimeva la sua visione utopistica di un'isola-paradiso dedita al progresso scientifico e alla pace, che bene si confaceva allo spirito millenaristico, che affascinava la popolazione colta delle regioni marcatamente mercantili e urbanizzate dell'Europa.

Bacon sarà presente successivamente nella storia del pensiero umano, per esempio nella Enciclopedia (1751) dei francesi Diderot e D'Alambert, nell'intenzione di unificare il sapere e renderlo accessibile a tutti<sup>34</sup>. Il *Novum Organum* ( 1620) veniva tradotto in tedesco allorché nuove società scientifiche si formavano con l'intento di tradurre in pratica le acquisizioni della scienza per favorire la soluzione dei problemi della società e dell'industria.

Ci penserà **Cartesio** ( 1596-1650) ed i suoi seguaci a dare una visione filosofica "totale" che avrebbe rafforzato l'ordine sociale e l'ortodossia religiosa, dopo una fase in cui era molto diffuso lo "scetticismo" fra le élite colte europee, notevolmente turbate da anni di brutale intolleranza religiosa fra cattolici e protestanti, con il risultato di generare pericoli per la stabilità e l'ordine di una società, e per la stessa ortodossia religiosa, dal momento che ogni organizzazione ha bisogno di credere agli assunti che ne sono alla base costitutiva.<sup>35</sup> **Michel Montaigne** ( 1533-1592) ne fu uno degli interpreti più raffinati, definendo la ragione << un'arma spuntata >> e, considerando contraddittorie le opinioni sulla nuova scienza, in particolare intorno a Copernico, dichiarò la futilità della stessa verità, dando in pari tempo voce alla profonda crisi intellettuale del tempo in gran parte dovuta sia alla Riforma che alla nuova scienza<sup>36</sup>. Il pericolo maggiore era il <<libertinage>>, ovvero un naturalismo sia pratico che teorico e/o un modo di vivere e pensare senza coerenza etica e morale.

---

<sup>31</sup> F. Bacon, *La nuova atlantide*, in scritti filosofici, Utet, Torino 1975.

<sup>32</sup> I collezionisti del "Jardin des plantes".

<sup>33</sup> P. M. Rattansi, et al., *Science and society : 1600-1900*; edited by Peter Mathias.

<sup>34</sup> W. Bartoldy, *Neues Organon aus dem Lateinischen ubersetzt* George Berlin 1793.

<sup>35</sup> Popkin, R.H.; Rini, R.; Morini, S. *La storia dello scetticismo*, 1995:XXII, p 359.

<sup>36</sup> *Ibidem*, pag. 46.

Contro lo scetticismo espresse preoccupazioni << *per la grande oscurità di questi tempi*>> **Pierre Gassendi** ( 1592-1655 ), un brillante prete provenzale. La sua elaborazione filosofica fu indirizzata contro gli aristotelici e la pratica del sillogismo logico degli scolastici e, in base all'esperienza della natura, a qualificare la nuova scienza come base di una certezza nuova con radici empiriche, rifacendosi all'atomismo epicureo dal quale trasse anche implicazioni etiche e morali<sup>37</sup>.

Nei Paesi Bassi, **Isaac Beeckman** ( 1588 –1637 ) è da considerarsi il primo filosofo meccanico della rivoluzione scientifica. Conosceva sia Gassendi e sia Cartesio. Questi lo considerava un Maestro. Il contesto sociale economico politico religioso, quello olandese del tempo dopo la rivolta antispagnola in cui visse, era molto caratterizzato in senso innovativo con uno stato repubblicano, un clero calvinista, una magistratura laica e calvinista. Le Università olandesi insegnavano l'aristotelismo, ma il clero calvinista non raggiunse mai il potere monopolistico di cui godeva quello cattolico alla Sorbonne. Il clima di tolleranza e di unità e stabilità che vigeva in Olanda sottraeva Beeckman dalla necessità di cautele religiose e politiche nel formulare la sua visione meccanica del mondo. Anzi, le città olandesi erano le più industrializzate del mondo conosciuto e lo stesso Beeckman, nato in una famiglia di industriali, era assiduo frequentatore di mercanti, navigatori e medici<sup>38</sup>.

All'interno di questo gruppo laico egli trovò la propria «*società*» meccanica - *collegium mechanicum* - in cui uomini di orientamento pratico ed eruditi potevano applicare i loro interessi meccanici ai mulini ad acqua o ai problemi della navigazione, e proprio in un momento in cui l'industria e il commercio olandesi si espandevano dappertutto. Insomma Isaac non ebbe i problemi che afflissero altri pensatori come Gassendi e fra poco Cartesio<sup>39</sup>.

**Renè Descartes** ( 1596 –1650 ): nell'Europa preindustriale Galileo, con la determinazione matematica di ogni affermazione a cui si vuol assegnare valore scientifico, e riconoscendo ad ogni mente di intervenire con libertà su ogni affermazione per confermarla o per disconoscerla negando quindi ogni autorità sacrale nel campo della scienza, torna prepotentemente nel ragionamento filosofico di Cartesio e la concezione meccanica della natura ne è la sostanza. Ovvero, la materia è considerata come *estensione*, mentre i suoi aspetti formali, colore, peso per esempio, sono visti come degli accidenti, caratteristiche secondarie rispetto alle sue dimensioni o al moto relativo. La materia, nelle sue conformazioni astratte, è interpretata dalla mente come il matematico concepisce i numeri semplici e le curve geometriche, e alla stessa stregua di colui che pratica le arti meccaniche per risolvere un problema legato al moto locale. Quindi, in opposizione all'istruzione formale, e spesso mnemonica della scolastica, che definiva la materia per le sue qualità interne, il nuovo approccio cartesiano la considera nella sua meccanica. Eppure, Cartesio aveva ricevuto la migliore istruzione scolastica e gesuitica possibile nel suo tempo giovanile, arricchita provvidenzialmente, a quanto pare, da un resoconto fatto nel 1611 dalla sua scuola sulle scoperte di Galileo. Inoltre, si era convinto che una vera conoscenza era frutto di uno studio sistematico, di memoria e di continue dispute sulla base delle regole della logica. Metodologia che il maturo Cartesio rinnegò privilegiando la materia, la sperimentazione meccanica e la fisica matematica, secondo l'esperienza

---

<sup>37</sup> Rothkrug Lionel, *Opposition to Louis 14. : the political and social origins of the French Enlightenment* . Princeton : Princeton University Press, 1965.

<sup>38</sup> van Berkel, K. *Isaac Beeckman en de Mechanisering van het Wereldbeeld*, Rodopi, Amsterdam 1983, pag 215 è il libro da cui si trae qualche spunto sulla sua opera

<sup>39</sup> *Ibidem*.

di Beeckman. Cartesio si proponeva quindi un nuovo metodo per allontanare lo scetticismo e ricostruire ex novo tutto il sapere. La pubblicazione del Discorso nel 1637 in Olanda, e successivamente a Parigi, e delle altre opere, Diottrica per esempio, erano scritte e indirizzate agli artigiani che si occupavano di lenti. Difatti, secondo Cartesio, <<L'esecuzione delle cose che esporrò deve dipendere dal lavoro degli artigiani, i quali di solito non hanno compiuto alcuno studio. Cercherò di esprimermi in modo comprensibile a chiunque e di non omettere nulla, né di assumere alcunché che possa essere appreso dalle altre scienze>><sup>40</sup>.

Il concetto di applicabilità della scienza lega Cartesio a Galileo, in quanto entrambi hanno in mente fasce di popolazione attiva, dedita agli affari pratici in Europa settentrionale ed occidentale, ed istruita, anche se con istruzione matematica scadente e in genere per nulla soddisfatta dei tradizionali metodi di apprendimento. Erano persone comunque che chiedevano stabilità politica, che i regimi assolutistici del tempo si sforzavano di praticare, senza alienarsi le vecchie élite feudali<sup>41</sup>. Nel "Discorso" Cartesio traccia, con enfasi retorica di novello profeta "DI UNA NUOVA ERA", le linee fondanti della sua visione filosofica imperniata sull'io, fatto arbitro della conoscenza umana, sull'uguaglianza del senso comune di tutti gli uomini, compresi gli scolastici la cui mente viene definita ovviamente normale<sup>42</sup>. Il filosofo dichiara la conquista di un nuovo metodo che gli permette di <<accrescere la sua conoscenza>> e di aver fatto un concreto <<progresso .....nella ricerca della verità>>, metodo che non ha la presunzione di insegnare, ma lo enuncia solo per dimostrare la via che ha percorso <<la sua ragione>>. Mette da parte le scienze <<rare ed occulte>>, che pure aveva appreso da giovane, in quanto non abili per una <<conoscenza chiara e sicura di tutto ciò che è utile alla vita>>. La via maestra per l'uomo è il soddisfacimento della sua curiosità intellettuale e attraverso la matematica cercare la certezza delle sue <<dimostrazioni>>, utili per giunta alle arti meccaniche e capaci di disciplinare il senso comune, rendendo chiari e intelligibili i pensieri dell'uomo. In opposizione ai ragionamenti insegnati tradizionalmente, che <<non producono effetto alcuno>> e non sono in sintonia con il senso comune. Anzi <<non si trova cosa su cui non si discuta, e per conseguenza che non sia dubbia>>. Grande fu la sua circospezione nel proporre questo metodo innovativo, che poteva dare adito ad un individualismo sfrenato e demolitore di ogni assetto societario e statale. Inoltre, nella elaborazione umana, mette in campo il concetto di <<evidenza>> come base per accettare ogni ragionamento, allontanando i pregiudizi, purché definito in maniera <<chiara e distinta>>. Per Cartesio l'individuo e la sua capacità di pensare sono al primo posto: <<penso dunque sono>>. L'odissea intellettuale dell'uomo scientifico, secondo il celebre motto, <<comincia col dubbio e termina con l'affermazione dell'io>>. Cosa molto interessante è il teismo di Cartesio per il quale l'idea di Dio deve essere percepita dalla mente umana prima di poter accettare come reale l'essere che essa definisce. Pertanto l'esistenza di Dio non considera necessaria la predicazione delle autorità religiose come fonte primaria della

---

<sup>40</sup> Quest'analisi attinge a fondo a B. Stansfield Eastwood, Descartes on Refraction: Scientific Versus Rhetorical Method, in «Isis», LXXV (1984), pp. I 81-502; Ibid., p. 486.

<sup>40</sup> A. D. Lublinskaya, French absolutism: the crucial phase, 1620-1629; translated by Brian Pearce; with a foreword by J. H. Elliott, pag 33.

<sup>40</sup> René Descartes, Opere filosofiche; a cura di Bruno Widmar; Torino: UTET, stampa 1969, pag. 901. *I riferimenti nel testo sono tutti a tale edizione*

religiosità individuale. Ovviamente la lunga ombra della condanna di Galileo gli consigliò di allontanarsi da Parigi per approdare nelle più tranquille sedi olandesi, dove le persone attive erano più << *sollecite dei propri affari che curiose di quelli altrui*>>.

Il pensiero cartesiano ebbe grande diffusione attraverso la carta stampata e le conferenze pubbliche, che trovarono il favore di una socialità laica – salotti e caffè - in piena fioritura e che costituirono nel loro insieme i fattori principali, che contribuirono a trasformare la nuova scienza in un aspetto peculiare e vitale della cultura occidentale. La cultura protestante fu più pronta e capace ad accogliere la dottrina di Cartesio e la nuova scienza, mentre quella dominata dalla clero-cattolica si oppose soprattutto per le evidenti implicazioni individualistiche e per un teismo definito attraverso l'io e l'interpretazione secolare della natura non più per mezzo della rivelazione, quindi esterna all'uomo<sup>43</sup>.

### **La scienza e la rivoluzione inglese**

Ogni volta che il pensiero umano ha elaborato una nuova concezione del mondo naturale, drasticamente diversa dalle precedenti, si è sentita la necessità di integrarla con le credenze che investivano la società e con le esigenze delle autorità; per dirla in breve, era necessaria l'integrazione con la religione e l'ordine pubblico<sup>44</sup>.

A metà della XVII secolo in Inghilterra il fermento intellettuale, che animava la nuova scienza, maturò nel contesto di un movimento politico e religioso, che aveva come obiettivo la riforma e il rinnovamento<sup>45</sup>. Nella storia d'Europa, l'inizio dell'era moderna vede nella rivoluzione inglese un evento profondamente integrato nella nuova scienza e nella cultura occidentale. Anzi, la rivoluzione inglese influenzò gli studi sperimentali e matematici di Isaac Newton (1642-1727) e di Robert Boyle (1627-91), Wilkins (1614 –1672) ritenuti alla base del metodo sperimentale, fondamento della scienza che noi chiamiamo moderna. La nuova scienza, a sua volta, sarà il piedistallo su cui i riformatori inglesi, i puritani, poggeranno la loro azione rivoluzionaria. Nel 1660, conclusasi la prima fase della rivoluzione inglese, la prosperità e il potere dello Stato inglese, l'accrescimento del profitto individuale nei vari settori economici, dall'agricoltura al commercio, compreso quello marittimo, erano chiaramente legati allo sviluppo scientifico e tecnologico<sup>46</sup>.

Negli anni Trenta del secolo scorso Robert Merton mise in luce i legami tra i progenitori di quella rivoluzione, cioè i puritani inglesi, e le origini della scienza moderna, dimostrando che i puritani non solo erano attratti dalle idee proprie del calvinismo, predestinazione e impegno personali, ma anche e particolarmente dallo studio scientifico<sup>47</sup>. Non solo, la nuova filosofia costituiva per essi la pietra angolare di ogni indagine scientifica; sostennero gli esperimenti meccanici utili all'industria e la sperimentazione chimica per il progresso della agricoltura. I riformatori puritani diedero l'assalto ai vecchi monopoli dei medici e delle università e ripresero le ultime novità in fatto di indagine scientifica, a partire dalle teorie di Paracelso fino agli scritti di Galileo, Bacone, Cartesio<sup>48</sup>.

---

<sup>43</sup> John L. Heilbron, *Alle origini della fisica moderna : il caso dell'elettricità*, pag. 454.

<sup>44</sup> Jacob, MC. *Opera cit.*

<sup>45</sup> Musi, A. *Opera cit.*

<sup>46</sup> Appleby, J.O. *Pensiero economico e ideologia nell'Inghilterra del 17 Secolo*, cap IX; Jacob, MC. *I newtoniani e la rivoluzione inglese : 1689-1720*; Rattansi, PM. et al. *Science and society : 1600-1900*; edited by Peter Mathias, pag 1-32.

<sup>47</sup> Merton, R K. *Scienza, tecnologia e società nell'Inghilterra del 17. secolo* ; introduzione all'edizione italiana di Filippo Barbano, pag.353.

<sup>48</sup> Rattansi, P M., *Paracelsus and the puritan revolution*, in *ambix*, xi -1963- pp 24-32.

L'inglese Francis Bacon (1561-1626), in modo particolare con la pubblicazione nel 1620 del *Novum Organum*, di cui abbiamo già parlato, propone una nuova forma di pensiero, è cioè una nuova logica, meglio adatta all'immagine del mondo mutata dalla scienza; una logica capace di distruggere gli idoli o false rappresentazioni conoscitive, per procedere secondo l'esperienza e il ragionamento. Egli giunse pertanto ad intuire le potenzialità tecnologiche e sociali della rivoluzione scientifica in atto, aprendo una via che sarà percorsa, più tardi, con esiti originali diversi da John Locke (1632-1704), con la sua lotta contro le idee innate (connaturate, cioè, all'anima, quali quella di Dio e dell'anima stessa individuale) e la sua fondazione della attività del pensiero e della coscienza sulla *sensazione* e sulla *riflessione*, ragionata nel *Saggio sull'intelletto umano* (1690), e sarà un testo base del pensiero settecentesco<sup>49</sup>.

Intanto sul piano della organizzazione sociale cresce il bisogno di riconoscersi e di creare sedi ed opportunità di codificazione del nuovo modo di essere e di operare. Nel 1662, difatti, nasce la fondazione della Royal Society di Londra, sostenuta dal sovrano per essersi schierata dalla parte dell'ordine pubblico, nonché l'istituzione di nuovi college, *grammar schools e accademie*, che saranno alla base di una moltitudine di innovazioni tecnologiche in ogni settore, dall'estrazione mineraria alla finanza, e la creazione di un << *office of adress* >> centrale per divulgare il sapere pratico. Un grande diffuso movimento di idee, di interessi personali che diventeranno ad un certo momento collettivi, e che saranno fonte e fucina di un cambiamento, che finalmente romperà gli schemi del vivere tradizionale e proporrà quasi quotidianamente modelli alternativi, che renderanno gli uomini, il paesaggio, il modo di produrre del tutto nuovi nella lunga scia ormai dell' << *Otro Mundo* >>, per dirla con l'espressione, che ha impiegato Cristoforo Colombo dopo la prima spedizione in cui scoprì, senza saperlo, l'America (1492): un gigantesco continente sconosciuto, come lo definisce in una lettera Pierfrancesco de' Medici a Lorenzo<sup>50</sup>. Tutto questo sarà presente e farà la Rivoluzione industriale, di cui nel capitolo successivo andremo a definire i tratti essenziali per orientare il nostro discorso sulle vie per le quali il nuovo pensiero si traduce in novità di tipo sociale, economico e politico<sup>51</sup>.

Con Galilei, Cartesio e Bacone, ed altri ovviamente, il rinnovamento del pensiero umano è ormai avviato non solo dal punto di vista filosofico, ma anche per le ricadute sulla vita concreta degli uomini e delle donne: finalmente si avvera quanto nei desideri, strutturalmente definiti, dei filosofi naturali che la scienza è scienza anche perché è utile per la vita di ognuno e di tutti. Nel prossimo capitolo passiamo ad esporre quanto il mondo inglese ha saputo organizzare nelle strutture sociali e nella organizzazione del lavoro e della produzione "industriale", a cui ormai storicamente si conferisce l'assoluto valore di Rivoluzione.

---

<sup>49</sup> Pazzaglia, M. Dal Rinascimento all'Illuminismo, vol.2, pag 555.

<sup>50</sup> Musi, A. Opera cit. pag.3.

<sup>51</sup> Charles Webster, La grande instaurazione : scienza e riforma sociale nella rivoluzione puritana; a cura di Pietro Corsi, pag 85-91.

## RIVOLUZIONE INDUSTRIALE

Nella storiografia del XIX e XX secolo il concetto di “ Rivoluzione industriale “ ha occupato un posto altrettanto importante di tematiche quali la Rivoluzione francese, la Rivoluzione protestante, la Rivoluzione dei prezzi o la Rivoluzione scientifica<sup>1</sup>. Fino al XVIII secolo il pensiero fisiocratico aveva considerato la produzione manifatturiera ( preindustriale ) un’attività secondaria rispetto all’ agricoltura, pesca, caccia, trasporti, finanza e commercio ed altri servizi relativi. Si era creduto che i beni primari giungevano solo dall’agricoltura mentre le manifatture si limitavano a trasformare quei beni primari dell’agricoltura, considerata il settore capace di produrre autentico surplus destinato, dopo la trasformazione manifatturiera, ad essere immesso nel circuito commerciale<sup>2</sup>.

Difatti l’occupazione nell’agricoltura aveva assorbito gran parte della popolazione europea ( 80% e in alcune aree fino al 90%), altre attività ( commercio e manifatture per es.) vedevano percentuali residuali, soprattutto nelle campagne, mentre a livello urbano l’economia manifatturiera mostrava percentuali che raggiungevano valori superiori al 50% ( Venezia e Firenze nel corso del XVI secolo). Il lavoro a domicilio caratterizzava le prime fasi del processo di industrializzazione, soprattutto nelle campagne, mentre successivamente prevaleva la concentrazione operaia intorno alle fabbriche con progressiva riduzione della popolazione impiegata nell’agricoltura, nelle foreste, nella pesca e nelle miniere<sup>3</sup>.

Dal 1760 due produzioni, quella del cotone e del ferro, assumono un evidente carattere “rivoluzionario” sia per le tecniche impiegate ( macchine e macchinismo<sup>4</sup> ), sia per l’innovazione nel campo energetico mediante lo sfruttamento del carbone e del vapore negli usi industriali<sup>5</sup>. È l’inizio della *prima Rivoluzione industriale*. Nel XIX secolo altri settori saranno interessati da trasformazioni di tipo industriale come la chimica, l’elettricità e un primo impiego del petrolio. Siamo così in pieno *seconda Rivoluzione industriale*. Ci sarà una *terza Rivoluzione industriale* che avrà nell’elettronica, la fisica nucleare, l’informatica ed un settore quello dei servizi variamente differenziato, che assorbiranno crescenti percentuali di popolazione attiva a scapito dell’industria. Alla fine tutti i settori, quelli di base e quelli di nuova formazione, restano attivi, anche se in una relazione fra di loro dinamicamente differenziata, provvista ed animata da notevole razionalità economica, fonte di ricchezza, prodotta dall’impiego di forza-lavoro con l’implicazione di trasformazioni di tipo sociale ed economico, da cui è scaturita una diversa configurazione sociale e soprattutto del mondo del lavoro<sup>6</sup>.

La stessa prima Rivoluzione industriale, dal punto di vista storico, riconosce presupposti sociali, istituzionali e politici che dinamicamente sono alla base delle trasformazioni necessariamente profonde perché possano meritare l’appellativo di Rivoluzione.

L’Inghilterra è considerata la *first comer* della R.I., mentre altri paesi, che pure hanno promosso profonde trasformazioni assimilabili a quelle della R.I. inglese, ovviamente con caratteristiche

---

<sup>1</sup> Ciriaco, S. La rivoluzione industriale, pag 1. *L’edizione di questo paragrafo riconosce molte note tratte da questo testo, usato nel corso di storia moderna, frequentato dal laureando.*

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Polanyi, K. Salsano, A. Vigevani R. La grande trasformazione, pag.383; Ciriaco, S. Opera cit.

<sup>4</sup> Berg M.: La questione del macchinismo.....; pag.454

<sup>5</sup> Jones E.L, Woolf S.J., Agricoltura e rivoluzione industriale. Pag.249.

<sup>6</sup> Polanyi, K. ; Ciriaco, S. Opere cit.



nazionali legate alle diverse strutture socio-economiche e politiche ( Francia, Paesi Bassi,etc.), costituiscono i *late comers*<sup>7</sup>.

### **Rivoluzione demografica e agricola.**

Sappiamo che ogni cambiamento storico, soprattutto se radicale, riconosce fattori predisponenti e fattori causali, che è compito degli storici indagare e definire attraverso gli atti presenti nelle sedi istituzionali e negli archivi preposti alla loro conservazione. La ricerca storica del quel periodo, che va grosso modo dal 1750 alla prima metà dell'Ottocento, individua una parte dell'Europa occidentale come sede di una grande trasformazione nelle basi dell'economia, nell'ordine sociale, nei modelli di vita. L'Inghilterra è stata considerata l' epicentro di questo processo<sup>8</sup>.

Nel Settecento, in particolare nella seconda metà del secolo, si verificò in Europa una forte crescita demografica, in assenza di fasi di crisi come le carestie e le pestilenze, in cui la popolazione regrediva drasticamente, per l'alto tasso di mortalità, dovuta anche alle precarie condizioni alimentari del popolo, molte volte squilibrate oltretutto insufficienti. Il migliorato sviluppo agricolo ridusse tali squilibri ritenuti alla base dell'insorgere delle malattie, che le nuove conoscenze mediche e la capacità di applicarle permisero di meglio curarle. Portiamo ad esempio, tra le malattie infettive, il vaiolo che fu curato in Inghilterra attraverso il metodo della vaccinazione, definito scientificamente da Jenner<sup>9</sup>. Scomparve la peste nell'Europa Occidentale, attraverso la proibizione governativa alle navi sospette di ancorare nei porti. Grazie all'opera di medici e delle autorità sanitarie, si diffusero le norme igieniche elementari: pulizia personale e degli indumenti, bollitura dell'acqua, ecc.<sup>10</sup>

Anche il settore agricolo all'inizio del Settecento ebbe notevoli cambiamenti, soprattutto in Inghilterra. Fino al 1700 la stagnazione dominava la organizzazione agricola. I suoi rendimenti non erano sufficienti a mantenere una progressiva crescita demografica, impedita anche dalle continue fluttuazioni dei prezzi e dell'offerta di derrate alimentari. Là dove, come in Inghilterra, si favorì l'innovazione degli strumenti agricoli e del sistema tradizionale della rotazione a tre campi, associata all'impegno, con alto tasso di rischio relativo, di cospicui capitali, il rapporto tra popolazione ed agricoltura divenne favorevole per il maggior benessere della popolazione. Ne fa testo un rapporto sementi-raccolto di circa 1 a 10 nei paesi avviati verso l'industrializzazione, mentre in Italia in media tale rapporto era di 1 a 8<sup>11</sup>. Non esistevano concimi chimici e fertilizzanti, come oggi, dunque era necessario far riposare il terreno (maggese) e farlo concimare naturalmente con il pascolo degli animali su campi coltivati con piante foraggere ( trifoglio, erba medica ) adatte all'alimentazione degli animali allevati<sup>12</sup>. L'abolizione dei campi aperti, la recinzione dei campi, con la perdita da parte dei contadini più poveri dei diritti di pascolo sulle terre comuni, permisero ai grandi proprietari di arricchirsi e di accumulare grandi capitali, che poi investirono nelle fabbriche. Ma in questo modo molti contadini, rimasti senza terra, furono costretti ad emigrare nelle città, dove spesso diventarono operai delle nascenti fabbriche<sup>13</sup>.

---

<sup>7</sup> Ciriaco, S. Opera cit. pag. 4.

<sup>8</sup> Musi, A. Opera cit.

<sup>9</sup> Jenner, E., Shury DN. An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae, a disease.....; 1801: VII, pag. 182.

<sup>10</sup> Pazzini, A. Il pensiero medico nei secoli, pag 369 e ss; Cosmacini, Opera cit.

<sup>11</sup> Ciriaco, S. Opera cit. pag 5-6.

<sup>12</sup> Jones E.I., Woolf SJ. Pag. 249.

<sup>13</sup> Ciriaco, S. Opera cit.

L'ampliamento della popolazione, le migliorate condizioni di vita portarono nel Settecento ad un forte sviluppo anche dei commerci tra gli Stati europei, ma soprattutto si intensificarono gli scambi commerciali tra i diversi continenti del mondo. Il centro di questa rete di scambi mondiali era l'Inghilterra, che allora disponeva della flotta più potente del mondo, seguita dalla Francia<sup>14</sup>.

### **Rivoluzione Industriale: un nuovo modo di produrre**

Negli ultimi decenni del Settecento si verificò in Inghilterra la prima Rivoluzione Industriale, cioè un radicale cambiamento nel modo di produrre, che si differenziava totalmente dal modo di produzione delle botteghe artigiane e delle manifatture, e che diventerà tipico dell'età contemporanea.

Questo nuovo sistema di produzione è stato chiamato “ Rivoluzione Industriale “, perché ha modificato profondamente il lavoro e la vita degli uomini e più in generale il volto della Terra. Le conseguenze prodotte dalla rivoluzione industriale possono essere così sintetizzate:

- un aumento considerevole della produzione di beni e di conseguenza l'allargamento dei consumi ai ceti meno abbienti della popolazione;
- la crisi del lavoro artigianale e la nascita di un nuovo modo di produrre basato sulla divisione del lavoro;
- la formazione di nuove classi sociali, gli operai di fabbrica e la borghesia industriale; la formazione delle nuove città e la trasformazione degli agricoltori in operai;
- la diffusione dei prodotti industriali in mercati sempre più vasti, anche grazie allo sviluppo di nuovi mezzi di trasporto, come la ferrovia<sup>15</sup>.

Anche i grandi progressi dell'agricoltura favorirono l'accumulo di capitali da parte della borghesia inglese, e stimolarono lo sviluppo di fabbriche che lavoravano le materie prime agricole (lanifici, distillerie, mulini) e di quelle che producevano nuovi attrezzi da lavoro (cioè le industrie meccaniche)<sup>16</sup>.

Nell'Inghilterra del Settecento il forte aumento demografico comportava non solo maggiore disponibilità di manodopera, ma anche maggiore richiesta di beni di consumo alle nuove industrie, che basavano il loro sviluppo proprio sull'aumento delle vendite. Un dato caratteristico fu la trasformazione del lavoro domestico (tutta la famiglia contadina) della produzione dei tessuti (filatura e tessitura della lana nei mesi morti dell'anno agricolo), acquistati da mercanti, che, arricchiti, organizzarono le fabbriche dove fu concentrato sia il lavoro che soprattutto le macchine, costosissime, azionate dal vapore per una più copiosa produzione industriale, appunto, venduta, finalmente, a prezzi più bassi. *Dalla produzione secondo il sistema domestico ... alla produzione in fabbrica.* Dall'artigiano all'operaio, quindi una nuova figura sociale, a cui rimaneva la capacità produttiva, il lavoro, che gli operai vendevano agli industriali in cambio di un salario, perdendo ogni autonomia organizzativa, in quanto nelle fabbriche il lavoro era ritmato dalle macchine, dagli orari e dai regolamenti severi, e dalle relative multe in caso della loro inosservanza. Anche i bambini, oltre alle donne, erano in fabbrica per turni massacranti, in ambienti malsani e per giunta

---

<sup>14</sup> Musi. A, Opera cit. pag. 310.

<sup>15</sup> Deane, Ph. La prima rivoluzione industriale; 1990, pag.387

<sup>16</sup> Musi A.; Ciriaco, S.

pagati anche di meno, come le stesse donne<sup>17</sup>.

### **La nascita delle città industriali.**

Alla concentrazione del lavoro nei nuovi luoghi delle fabbriche, seguì la costituzione di agglomerati urbani in rapidissima crescita sia per il richiamo, di nuova popolazione dalle campagne ( in parte anche per esserne espulsa ), sia per l'aumento della vita media: si formarono i quartieri operai con abitazioni anguste e malsane, prive di luce e di servizi elementari, dove spesso le condizioni di vita erano peggiori di quelle delle pur misere abitazioni di campagna. La fitta selva di ciminiere, che emanavano giorno e notte grandi quantità di fumo, e che rendevano l'aria malsana, cui si aggiungevano i fiumi e i canali diventati fogne di scarico delle industrie, è la dominante del nuovo paesaggio inglese. Appare all'orizzonte, accanto al progresso, l'inquinamento atmosferico e delle acque<sup>18</sup>.

### **La scienza si collega alla tecnica**

Nel XVIII secolo la nuova scienza sperimentale, nata nel Seicento con la cosiddetta " Rivoluzione Scientifica", compì importanti progressi e divenne sempre più collegata alla tecnica. Infatti le scoperte scientifiche non rimanevano nel chiuso dei laboratori e degli studi, ma diventavano il punto di partenza di nuove invenzioni, nuove applicazioni pratiche nei campi dell'economia (agricoltura e industria), dei trasporti, della produzione energetica. Le numerose accademie e società scientifiche, nate soprattutto nei Paesi a vocazione industriale, furono la sede delle nuove ricerche e sperimentazioni, per esempio sull'elettricità (B. Franklin, a. Volta), sull'uso del vapore ( Mathew Boulton e James Watt ), che permise la costruzione delle macchine, impiegate nell'industria, e della ferrovia. Il vapore venne a sostituire le fonti energetiche usate fino ad allora dagli uomini, cioè la forza umana e animale e la forza motrice dell'acqua e del vento<sup>19</sup>.

I progressi della chimica: Il settecento fu anche il secolo di nascita della chimica moderna, grazie agli studi degli scienziati, prima fra tutti il francese Lavoisier, che scoprì la presenza nell'aria di un gas, che egli chiamò ossigeno. Dimostrò poi che l'acqua era composta da ossigeno e idrogeno e giunse alla comprensione di alcuni fenomeni chimici come la combustione.

Abbiamo voluto dare una panoramica del tempo della prima modernità allo scopo di evidenziare come finalmente la elaborazione teorica dell'uomo, partendo dalla realtà in movimento, ha definito non solo le nuove leggi fisiche e chimiche, ma ha organizzato anche una realistica visione del cosmo e del pianeta terra; e sulla terra tali leggi saranno stimolo per impegni quotidiani nella costruzione di congegni a loro volta alla base dello sviluppo economico sociale e politico, in una parola del cosiddetto progresso. Progresso che storicamente acquista significati più ampi nel senso che all'uomo si richiede un impegno nuovo verso la direzione della salvaguardia del bene individuale e collettivo, che è la salute. Ci addentriamo quindi verso scenari nuovi, riguardanti un aspetto della vita dell'uomo, divenuto il nucleo centrale della moderna società, generalmente definita dei consumi per favorire la produzione, ma che nei servizi, soprattutto di quelli dedicati alla persona, trova il nucleo fondante della civiltà moderna.

---

<sup>17</sup> Ciriaco, S., pag 120-133

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> Ibidem.

## LA MEDICINA DAL PUNTO DI VISTA STORICO-SOCIALE

Medicina e sanità non sono, ovviamente, la stessa cosa. Sono nomi che designano una realtà complessa, che si può esplorare a due livelli. La sanità o salute - oppure il suo contrario, la malattia - è un *fenomeno* naturale e sociale, interfaccia di strutture profonde, biologiche ed economiche. La medicina è un *epifenomeno*, o fenomeno sovrastrutturale, che si modella sul fenomeno sottostante, con il quale interagisce, modificandolo. Mutabili e modificabili nel tempo, ambedue sono variabili storiche, interdipendenti, del rapporto uomo/natura, in ambito individuale, e del rapporto uomo/società, in ambito collettivo: rapporti mediati entrambi dalla tecnica, dalla scienza, dalla cultura, dalla mentalità, proprie di ciascuna epoca.

Per statuto la medicina rimanda alla salute, in quanto luogo delle teorie e delle pratiche aventi il fine di non perderla o di riacquistarla. Alla medicina rimanda, a sua volta, la salute, che nel vivo dell'esistenza è sentita come un bene primario, da accudire e preservare attraverso tecnologie e forme assistenziali diversificate, che complessivamente definiamo mediche, appunto<sup>1</sup>.

Possiamo dire che la medicina è la salute vista dalla parte dei medici, mentre la salute è la medicina vista dalla parte dei malati. E parafrasando Ariès, possiamo dire che la storia della medicina è storia << degli individui ( medici ), e degli avvenimenti da essi provocati >>, e, d'altro canto, la storia della salute è storia << di una umanità anonima in cui, tuttavia, ciascuno di noi può riconoscersi >><sup>2</sup>. Le due storie sono diverse e non equivalenti, eppure possono essere ricostruite, in simmetria, ad unità con metodi e strumenti affini. Per dirla con Léonard : la medicina-scienza non è mai una ricerca isolabile, è la medicina di un contesto culturale. Allo stesso modo la medicina-professione non è mai una realtà neutra, è la medicina di un contesto socio-politico<sup>3</sup>.

L'insegnamento di Ippocrate << non considerava la malattia come un episodio isolato, bensì tendeva ad integrare in unico quadro salute e malattia >>, in pari tempo, dava risalto all'ambiente come << concreto sistema di situazioni e condizioni nel quale si svolge l'esistenza umana, dai suoi aspetti storico-politici alle questioni della sanità e della malattia >><sup>4</sup>.

Dobbiamo aspettare l'anno III ( 1794 ) della Rivoluzione Francese per avere dal punto di vista legislativo la istituzione delle " *écoles de santé*", dove l'insegnamento era un sapere medico diverso e più ampio di quello impartito nelle " *facultés de médecine* " d'antico regime. In breve, il nome *santé* in sostituzione di *médecine*, nella intenzione della Convenzione parigina, giacobina, andava verso l'accezione moderna che la salute è un bisogno primario dell'uomo e che come tale assume la dignità di diritto primario del Cittadino<sup>5</sup>.

Le condizioni ambientali e sociali - dalla mal'aria delle campagne all'antropofagia delle città, dalla mercantilizzazione dell'economia alla trasformazione capitalistica dei modi e dei rapporti di produzione - hanno favorito, in passato, lo sviluppo delle malattie epidemiche. In epoca contemporanea riscontriamo che quelle stesse condizioni sociali viste attraverso il nuovo

---

<sup>1</sup> Cosmacini, G., Storia della medicina e della sanità in Italia, introd. Pag. VII.

<sup>2</sup> Ariès, Ph., *Storia delle mentalità*, in J. Le Goff (a cura di), *La nuova storia*, trad. di T. Capra, Mondadori, Milano 1980, p. 147.

<sup>3</sup> Léonard, J. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au 19me Siècle*.

<sup>4</sup> Ippocrate : opere scelte / traduzione, introduzione e note a cura di Mario Vegetti, pag 63 e 55.

<sup>5</sup> Cosmacini, G. Opera cit. Intr. pag VIII.

rapporto uomo/natura e uomo/società, sono alla base etiopatogenetica di nuove epidemie. L'epidemia del XX secolo, l'arterosclerosi, condizione di base per molte patologie vascolari invalidanti fino ad alti tassi di mortalità, è l'epidemia della cosiddetta << civiltà del progresso >>, proprio nei paesi ad alta industrializzazione con uno sviluppo tecnologico medico molto avanzato<sup>6</sup>.

Quindi ogni storia che voglia affrontare realmente la condizione della medicina, nel suo farsi ed essere concretamente, non può limitarsi ad una concezione ingenuamente cumulativa del progresso tecnico-scientifico, a cui ovviamente bisogna riconoscere grande valore nella conservazione della vita-salute e nel favorire, di conseguenza, la longevità. Questa storia avrebbe valore inutilmente celebrativo di se stessa e mostrerebbe una << carenza nello sforzo di cogliere nessi ed interrelazioni tra i diversi momenti di analisi della realtà sanitaria >><sup>7</sup>.

Difatti, una storia della medicina onnicomprensiva delle componenti in campo deve tener conto di tre piani ( un tripode ) ortogonali logici: *l'epidemiologico* ( le malattie del passato remoto e prossimo - peste, lebbra, sifilide, tifo petecchiale, vaiolo, colera, pellagra, etc., viste ovviamente nello sviluppo delle conoscenze mediche), *il socio-antropologico* ( le strutture organizzative, collegi, ospedali, magistrature di sanità, accademie, cliniche, congressi, condotte, centri di potere amministrativo e politico, ovvero le sedi dove si sono prese le decisioni operative socio-istituzionali e socio-professionali, in funzione della difesa della salute ), *tecnologico* ( operazioni tecniche e scientifiche che hanno determinato nel tempo benefici o pericoli, stagnazione o progresso, <<errori>> ammissibili o inammissibili <<verità>> ) . Un tripode di fattori ovviamente considerati nel loro sviluppo diacronico. Questa impostazione metodologica trova conferma nell'osservazione che « i recenti lavori sulla storia delle malattie e delle epidemie portano a diffidare sia delle interpretazioni puramente biologiche sia di quelle strettamente socio-economiche ». Difatti, accanto all' « ipotesi di una storia autonoma, puramente biologica, delle malattie infettive », secondo cui « la tal malattia, virulenta durante un certo periodo storico, sarebbe in seguito regredita non perché gli uomini siano giunti a vincerla, ma perché un altro bacillo ha preso il suo posto », sta l'esigenza di ricostruire la storia delle stesse malattie cercando di « analizzare la maniera in cui l'organizzazione, le norme culturali di una società hanno saputo adattarsi alle costrizioni dell' ambiente naturale e far loro fronte »: una ricostruzione che « significa mettere in evidenza gli aspetti sociali »<sup>8</sup>.

Trova così attuazione pratica quanto espresso da Auguste Comte nel 1826, allorché, introducendo il proprio *Cours de philosophie positive*, sottolineava la necessità di studiare la storia delle scienze in connessione con la storia dell'umanità e della sua *organisation sociale*, e rilevava che sotto questo aspetto i documenti fin allora raccolti sulla storia della medicina avevano soltanto il valore di « morti materiali »<sup>9</sup>. E se la storia delle malattie « ha attirato in ogni epoca l'interesse dei medici », costoro se ne sono a lungo occupati in maniera << aneddotica >><sup>10</sup>. Ma « gli uomini, vivendo socialmente, non cessano di vivere anche nella natura », ha scritto nel 1896 Antonio Labriola: *La natura è l'ambito che tutti ci recinge [ .. ]. E come noi nasciamo naturalmente maschi*

---

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> Cislighi, C., *Storia della sanità in Italia: metodo e indicazioni di ricerca*; a cura del Centro italiano di storia ospitaliera (CISO), pag 75.; Berlinguer G., ivi pp.10e 11.

<sup>8</sup> Burguière, A., *L'antropologia storica*, in Le Goff (a cura di), *La nuova storia*, cit., pp. 126 e 128.

<sup>9</sup> Schmidt, A., *Storia e struttura. Problemi di una teoria marxista della storia*, trad. di G. Marramao, De Donato, Bari 1972, p. 140

<sup>10</sup> Pesez, JM., *Storia della cultura materiale*, in Le Goff (a cura di), *La nuova storia*, cit., p. 12; o in termini di « storia tecnica » L. Belloni, *Prefazione*, in R.H. Shryock, *Storia della medicina nella società moderna*, a cura di A. Cango, F. Mondella, Isedi, Milano 1977, p. VII.

*e femmine, moriamo quasi sempre nostro malgrado, e siamo dominati dall'istinto della generazione, così noi portiamo anche nel temperamento condizioni specifiche, che l'educazione nel lato senso della parola, ossia l'accomodazione sociale, può modificare sì, entro certi limiti, ma non può mai distruggere [ ... ]. Per tutte coteste ragioni, la nostra dipendenza dalla natura, per quanto diminuita dai tempi della preistoria in qua, si continua nel nostro vivere sociale*<sup>11</sup>.

Ma, se la biologia dell' uomo può avere per destinazione una vita longeva conclusa da una «morte naturale» realizzante una sorta di «progetto utopico della medicina»<sup>12</sup>, **la storia delle generazioni umane passate** è immersa in una realtà dove, scrive Carlo Maria Cipolla, «la malattia come la salute è nel contempo fenomeno biologico e fenomeno sociale». La loro narrazione «si presenta un po' come un gioco di scatole cinesi»: un gioco che, se riesce, dà «il senso dell' intricata interdipendenza dei fattori biologici, economici e sociali nella vita delle società umane».<sup>13</sup>

Il nostro lavoro ha l'intento di narrare le vicende che hanno caratterizzato lo sviluppo delle attività che hanno reso possibile le conoscenze e le loro applicazioni nel campo della nascita, evento duale con la morte nel mondo, che permette la presenza e la continuazione dell'uomo sulla terra.

L'assistenza alla nascita nella storia dell'umanità ovviamente appartiene, direi naturalmente, al senso “materno”, ma nel corso dei millenni ha assunto aspetti diversi sia psicologici che culturali. Questi ultimi ovviamente soggetti a grande variabilità. Però, prima di addentrarci ad illustrare il tema della nostra tesi, sarà bene riferire per sommi capi come si è sviluppata la storia dell'assistenza umana alla perdita di salute di un individuo, in quanto l'assistenza alla nascita è da considerarsi sineddoche di quella generale.

---

<sup>11</sup> Labriola, A., Del materialismo storico: dilucidazione preliminare, in *Id.*, La concezione materialistica della storia, a cura di E. Garin, Laterza, Roma-Bari 1973<sup>4</sup>, pp. 135-36.

<sup>12</sup> Mondella, F. Morte naturale e longevità come progetto utopico della medicina, in «*Minerva medica*», 72,1981, p. 2123.

<sup>13</sup> Cipolla, C.M. I pidocchi e il granduca, *Il Mulino*, Bologna 1979, pp. 10.

## ***SULLA PROFESSIONE MEDICA: UN ESCURSUS***

L'evoluzione storica dell'esercizio della medicina certamente è connotata da discontinuità, soprattutto dal punto di vista sociologico. Prima del XIX secolo il concetto di professione in generale, e medica in particolare, non si era ancora formato. La sua definizione invece storicamente si realizza all'interno del sistema capitalistico. Pertanto non possono essere assimilati sotto questa categoria i medici dell'antichità classica da Ippocrate a Galeno, come pure quelli del Medioevo e del Rinascimento. Solo nell'epoca medioevale e lentamente per indicare una attività lavorativa in Europa si incomincia a far uso del termine "professione": in nessun documento del mondo antico si trova un termine equivalente<sup>1</sup>. Parimenti, l'affermazione che ogni società ha i suoi medici non trova validazione certa: sarebbe più corretto dire che ogni società ha curato i suoi malati, quantunque anche la definizione di malato vari a seconda delle culture<sup>2</sup>.

L'esercizio della medicina si trasforma in una professione moderna soltanto nel corso del XIX secolo, in conseguenza di una serie di trasformazioni dell'occupazione sanitaria sia nella base tecnico-scientifica (la nascita della batteriologia con Pasteur e Koch, i progressi conseguiti nella chirurgia grazie all'introduzione dell'anestesia, dell'asepsi e dell'antisepsi, e altre importanti scoperte *descritte più avanti*), sia nelle condizioni «esterne» di esercizio (dimensioni e composizione della domanda di servizi medici, ruolo dello Stato). Nei paesi a sviluppo capitalistico queste trasformazioni consentono l'avvio del processo di creazione del mercato e della mobilità sociale: due fattori attraverso i quali l'occupazione medica riesce a costituirsi in *professione*<sup>3</sup>.

La figura del medico ovviamente esisteva anche prima del XIX secolo con le sue complessità sociali e le sue evoluzioni storiche. Inoltre l'etichetta di «professione» è stata attribuita all'esercizio della medicina ben prima del XIX secolo. Almeno a partire dal Seicento, infatti, in Inghilterra si parla delle tre grandi professioni: teologia, diritto, medicina (*carr saunders*), e dunque le condizioni di esercizio della moderna professione medica non possono non essere influenzate dalla storia precedente. In ultimo, la continuità di tale evoluzione è sostenuta con forza dai medici stessi. Le professioni più antiche tendono a usare la propria storia occupazionale come risorsa per ottenere maggiore prestigio e maggiore autorevolezza: si pensi, ai ricorrenti richiami al giuramento di Ippocrate, da parte dei medici come leva ideologica per l'affermazione della propria professione<sup>4</sup>.

Ma quali sono i processi che hanno portato a conferire all'esercizio della medicina le proprietà che oggi ne fanno una professione? W. Tousijn ne individua tre: 1) la divisione del lavoro tra le diverse occupazioni sanitarie; 2) la loro organizzazione in soggetti collettivi, 3) l'elaborazione di un'etica professionale, mentre alla storia tecnica della medicina, pur importante dal punto di vista teorico, non si dà importanza in quanto una vera rivoluzione tecnica si è verificata solo alla fine dell'Ottocento con ricadute significative sul valore innovativo dell'esercizio quotidiano della professione medica<sup>5</sup>.

Un rapido escursus non può che partire convenzionalmente dall'antica Grecia, dove per la prima volta l'approccio alla malattia assume il carattere naturale piuttosto che soprannaturale, in quanto secondo Singer << *la religione della scienza di questi primi medici, la fede nella costante e*

---

<sup>1</sup>Tousijn, W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, pag 41;

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Carr-Saunders, A., Wilson P.A., *The professions*.1933.

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Tousijn, W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, pag 43

*universale successione di causa ed effetto nel mondo materiale appartiene a loro prima che a qualsiasi altro popolo >><sup>6</sup>.*

In precedenza, difatti, le civiltà sumerico-babilonese, egiziana, indiana, pur possedendo un corpus di conoscenze mediche relativamente ampio, continuavano a credere, come l'uomo primitivo, che la causa della malattia fosse di natura soprannaturale. Di conseguenza per i rimedi si cercava nella religione e la figura del medico si confondeva col sacerdote<sup>7</sup>.

In Grecia, Talete di Mileto ( ca 639- ca 544 a.C.) o Pitagora di Samo ( ca 570- 489 a.C ) furono i primi a considerare acqua, aria, fuoco, terra gli elementi costitutivi di ogni materia e quindi anche del corpo umano. Pertanto la condizione normale del corpo veniva definita quando i quattro elementi erano in equilibrio, mentre la malattia codificava la manifestazione di un loro disquilibrio<sup>8</sup>.

Questi autori sono, insieme con altri della magna Grecia, i cosiddetti << medici filosofi >> , considerati come il << ponte che congiunge l'arte medica primitiva dell'era omerica a quella ippocratica>><sup>9</sup>. Ippocrate di Kos ( ca 460-377 a.C.) sarà chiamato << il padre della medicina >> in quanto rompe il legame tra medicina e filosofia e determinerà l'affermazione del primato *dell'osservazione empirica al letto dell'ammalato*. Resiste al suo tempo la medicina di tipo religioso, tanto che si diffondono i templi di Asclepio, il dio della medicina, nei quali il trattamento delle malattie ad opera dei sacerdoti era una combinazione di elementi magici e rituali con rimedi naturali<sup>10</sup>. Ippocrate e la sua pratica medica costruiscono una figura professionale che si può definire pubblica: difatti in molte città si nomina un medico eminente col titolo di *archiatra* ed altri medici pubblici che venivano pagati attraverso una tassa speciale<sup>11</sup>. Sarà, e per molti secoli ancora, la peste e l'incapacità del medico di allora a difendere l'uomo dalla sua diffusione epidemica e ricorrente, a indebolire la figura professionale del medico. La categoria pestilenza ne certificherà anche simbolicamente la sconfitta, che intatta si presenterà fino al medioevo<sup>12</sup>.

Al tramonto di Atene, passando attraverso la fase Alessandrina d'Egitto, che vide l'impegno di Erofilo ( 335 a.C. circa – 280 a.C. circa ) in anatomia e di Eristrato in fisiologia (280 a.C. - ? ), farà seguito la grande sintesi medica e biologica di Galeno ( 130-200 d.C ) contenuta in numerosissime opere tradotte in molte lingue, in cui prende corpo la teoria umorale, vera summa della medicina antica, che dominerà per 14 secoli fino al secolo XVI. Trascorrendo la seconda parte della sua vita a Roma, Galeno ebbe modo di far conoscere la medicina greca al mondo latino.

Come per il pensiero filosofico anche per la scienza i romani non ebbero tradizioni letterarie, né strutture teoriche. Dal punto di vista sanitario, avevano una forma di medicina domestica, praticata dal *pater familias* o dal *servus medicus* e basata su rimedi naturali<sup>13</sup>. A Roma peraltro serpeggiava scetticismo se non disprezzo per la medicina, come si evince dal ben noto brano della *Naturalis Historia* di Plinio il Vecchio: << l'unica arte greca non ancora esercitata da quei Romani che ancora tengono al proprio decoro>>, riferito da Manuli.

---

<sup>6</sup> Singer, Ch., *Breve storia del pensiero scientifico*, pag 41

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Cartwright, Frederick F, *A social history of medicine / London : Longman, 1977 . pag. 3.*

<sup>9</sup> Kenneth, Walker. *Storia della medicina / Milano : Aldo Martello editore, stampa 1957. pag 3.*

<sup>10</sup> Major, R.H., *Storia della medicina*, pag 24 ss..

<sup>11</sup> Ibidem, pag 92-94.

<sup>12</sup> Manuli, Paola *Medicina e antropologia nella tradizione antica*, pag 29.

<sup>13</sup> Ibidem, pag 12.



Una delle caratteristiche più peculiari della psicologia romana fu senza dubbio la preoccupazione per le norme igieniche allo scopo di formare buoni soldati e proteggere la salute di tutti i cittadini: fin dai tempi della Repubblica iniziò la costruzione di acquedotti, bagni e piscine, si presero provvedimenti atti a risanare luoghi malsani, si fecero studi per scegliere oculatamente i luoghi dove costruire insediamenti urbani, vennero emanate vere e proprie ingiunzioni legali al fine di moderare l'alimentazione e di evitare malattie. Celso, ad esempio, si dilunga parecchio su questo argomento nelle sue opere evidenziando particolarmente l'importanza della dieta, della moderazione nei rapporti sessuali, della necessità di scegliere un clima conveniente e di dedicarsi all'esercizio fisico e ai bagni. Tra gli aspetti di maggior rilievo trattati dall'igiene romana vanno ricordati l'igiene dell'acqua, quella mortuaria, quella alimentare e l'esercizio fisico<sup>14</sup>.

Sarebbero stati i Romani, ma non tutti gli storici sono d'accordo, a " creare ", per esigenze essenzialmente militari, i primi ospedali, tra cui quello leggendario dell'Isola Tiberina di San Bartolomeo<sup>15</sup>, ancora oggi attivo sotto il nome di Ospedale Fatebenefratelli.

L'avvento del cristianesimo, al declino dell'impero romano, concepisce la malattia come condizione naturale del corpo dell'uomo, in quanto espressione del peccato originale di Adamo. Ritorna il carattere soprannaturale della malattia secondo la concezione primitiva, ma nel cristiano si forma e si dispone di una forte propensione a soccorrere il debole, il sofferente, il malato, il povero<sup>16</sup>. Fino al XII-XIII secolo, lungo le vie dei pellegrini diretti ai santuari, soprattutto per opera dei monaci dei monasteri, furono approntati i cosiddetti ospizi, che prestavano una generica << assistenza >>, materiale e spirituale ad un tempo, che non si può configurare come chiara cura in senso strettamente medico. Parallelamente, dopo l'editto di Costantino ( 326 d.C ), con il quale il cristianesimo diventava la religione di Stato, i templi pagani, compreso quello di Asclepio, vennero chiusi<sup>17</sup>. Nel clima del cristianesimo imperante il *pauper ed infirmus*, intesi nel loro valore sociale e semantico, coincidono, accomunati dal carattere indifferenziato di debolezza fisica, economica e giuridica. La medicina ricade sotto la subordinazione della filosofia. Nei monasteri i monaci trascrivevano pazientemente per la loro conservazione le grandi opere del passato, mentre disconoscevano il valore della medicina, anche di quella praticata dal medico dotto, così raro peraltro, che non differiva molto da quella del ciarlatano, del guaritore girovago, della vetula (*donna anziana*), del dispensatore di farmaci<sup>18</sup>.

Il mondo arabo, in questo periodo, non si differenziò molto da quello cristiano: prevalse certamente un atteggiamento favorevole alla ricerca scientifica, che tuttavia non produsse risultati eclatanti. Meritorio fu il grande impegno alla traduzione e trascrizione delle grandi opere del passato, favorendone la trasmissione alle generazioni future. Un grande limite di tipo religioso fu il divieto ad eseguire autopsie e dissezioni di cadaveri. Coltivarono l'alchimia, da cui derivò il forte impulso alla farmacia e prima ancora alla chimica. Razi ( 843-923 ), Avicenna ( 980-1027), Averroè ( 980-1027 ) furono le loro personalità più spiccate, ma nessuno di loro fu esclusivamente medico. A Mansuri del Cairo fu costruito il più grande ospedale ( 1284 ), altri a Bagdad, in Oriente, e a Cordoba, in Occidente. La costruzione di

---

<sup>14</sup> Cartwright, Frederick, F. , A social history of medicine. London : Longman, 1977, pag 10.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> Agrimi, Jole; Crisciani ,Chiara. Malato, medico e medicina nel Medioevo, pag.10.

<sup>17</sup> *Ibidem*, pag 10.

<sup>18</sup> *Ibidem*, pag 26-27.

numerosi ospedali è la spia di una professione medica in via di organizzazione, con l'annesso comparto amministrativo, il settore delle biblioteche mediche fino ad essere sede di scuole di medicina. A Bagdad, per esempio, si tennero ( 931 ) i primi esami di abilitazione alla professione: si ha notizia di esami, a cui partecipavano numerosi candidati, valutati da commissari, che potevano escluderli dalla professione<sup>19</sup>.

Durante le crociate il mondo cristiano venne a contatto col mondo arabo ed in particolare con l'organizzazione degli ospedali, che sarà alla base della diffusione e dell'evoluzione degli ospedali occidentali, che da generico luogo di ricovero si trasformarono in istituzione a specializzazione terapeutica. *Finalmente la figura dell'infirmus iniziò a distinguersi da quella del pauper*. Negli ospedali, pur fondati e retti da religiosi, l'opera di medici laici fu prevalente, soprattutto per il freno della Chiesa a dare ai religiosi l'affidamento delle due mansioni, quelle della cura delle anime e del corpo, che potevano ingenerare confusione nei religiosi oltre che nel pubblico. Tra il 1119 e il 1212, decreti conciliari intesero scoraggiare l'esercizio della medicina nei religiosi, fino al divieto di esercitare l'arte profana. Da questo momento parte il processo di secolarizzazione dell'assistenza sanitaria<sup>20</sup>. Questo è il tempo in cui si manifesta l'avanzare di una borghesia commerciale, a cui fa riscontro una consistente borghesia di tipo professionale: medici, avvocati e notai nelle città italiane saranno attivi ad alta densità, che non sarà superata fino al XVIII secolo<sup>21</sup>. Domanda privata per i servizi legali, ma quella pubblica sarà indirizzata verso i servizi sanitari, alla fine del XIII secolo si risponderà con l'istituzione del medico condotto, almeno in Italia. Inoltre, il valore pubblico dell'attività medica spingerà le istituzioni ad organizzare sedi di formazione scolastica come le scuole di Ravenna e della Francia meridionale, attive già prima del IX secolo; seguirà la scuola di Salerno e la sua concorrente di Montpellier, molto sviluppate dal X al XII secolo<sup>22</sup>. Seguirà l'istituzione universitaria su volontà del potere temporale e religioso: l'autorità istitutiva demandava il compito di accertare e garantire la formazione dottrina necessaria per il conferimento della licenza, ritenuta indispensabile per l'esercizio della professione, mentre da parte sua il potere civile definiva, parimenti, obblighi e privilegi dei professionisti abilitati<sup>23</sup>. Nei primi due secoli del secondo millennio fioriscono scuole ed università per tutta la penisola ( Ruggero II di Sicilia, Federico II a Napoli, dove fondò l'Università nel 1224, con professori stipendiati dallo Stato; una bolla di papa Onorio III dava all'arcidiacono della cattedrale il potere di conferire al termine degli studi la "licentia docendi"<sup>24</sup>.

L'insegnamento, ai fini dell'esercizio professionale, è quindi un dato antico, ma la sostanza non è paragonabile alle forme che assumerà nelle professioni moderne. Difatti fino alla fine del secolo XIX non si trattò tanto di una formazione tecnico-scientifica specializzata quanto di una educazione liberale all'aristocrazia, fondata, soprattutto, e specialmente nei primi tempi, su una cultura classica *indifferenziata*. Anche in seguito avrà titolo di appartenenza ad una elite, come le discipline del diritto e della teologia, con la possibilità, in quanto medico dotto, di distinguersi dagli << altri operatori della salute >>, cioè dai guaritori popolari, ma anche dai chirurghi e dai farmacisti. Quindi non sono motivi tecnici, ma sociali quelli che distinguono i medici, che provengono dalle alte classi per operarvi secondo un

---

<sup>19</sup> Major, Ralph H. opera cit., pag 212-213.

<sup>20</sup> Agrimi, J.; Crisciani, Ch. M alato, medico e medicina nel Medioevo, pag29 e 175-176.

<sup>21</sup> Cipolla, CM. Public health and the medical profession in the Renaissance, 1976, pag44.

<sup>22</sup> Agrimi, J.; Crisciani, Ch. M alato, medico e medicina nel Medioevo, pag 31.

<sup>23</sup> Ibidem, pag 33.

<sup>24</sup> Bellomo, M. Il Medioevo e l'origine dell'Università, p. 13-25,

lavoro intellettuale, mentre i farmacisti e i chirurghi, a caratterizzazione manuale, rientravano nell'alveo delle corporazioni<sup>25</sup>.

L'arte dei farmacisti, capaci di preparare e distribuire farmaci e associati alla commercializzazione delle spezie, per la delicatezza della loro funzione, ben presto attirò l'attenzione dell'autorità pubblica, che adottò provvedimenti, per esempio le "Constitutiones Regni Siciliae" di Federico II, lo Statuto dei medici e degli speciali in Venezia del 1258<sup>26</sup>.

La chirurgia era praticata dai barbieri-chirurghi, riuniti già prima del 1300 in Inghilterra in una corporazione, che richiedeva un apprendistato, in cui la teoria non assumeva che importanza secondaria, almeno fino al XIV secolo, da quando invece ci fu una ripresa di interesse teorico per l'anatomia. Si sviluppò in tutta l'Europa una richiesta di regolamentazione delle attività genericamente sanitarie, soprattutto in senso monopolistico, ma in Inghilterra per prima fu emanata una legge che considerava reato l'esercizio della medicina e chirurgia in mancanza di un titolo di studio universitario o una licenza rilasciata dalle autorità ecclesiastiche, solo dopo aver sostenuto un esame<sup>27</sup>.

Nel 1518 Enrico VIII favorì la creazione del «Royal College of Physicians», al quale fu conferito il potere di concedere licenze ai medici, di controllarne l'operato professionale in un raggio d'azione di 7 miglia intorno a Londra e di verificare la purezza dei farmaci preparati e venduti dai farmacisti<sup>28</sup>. Berlant fa notare che, con questa istituzione, è lo stesso corpo professionale che conferisce abilitazioni non più lo Stato o le autorità religiose e pertanto si avvia un processo di autonomia professionale sia nella formazione che nell'autodisciplina. Dal punto di vista semantico anche la scelta della parola College sta ad indicare lo scorporo dalle corporazioni (compagnie o guilds)<sup>29</sup>.

Nella sostanza, però, la situazione professionale non cambiò di molto in quanto gli aderenti erano solo una diecina, che professionalmente non differivano dalla moltitudine di quelli che esercitavano la professione medica. Piuttosto l'appartenenza aveva grande importanza per l'identificazione di una elite di persone molto vicine alla famiglia reale.

Anche in Italia l'appartenenza ai collegi medici aveva valore di attestazione nobiliare e per marcare la distinzione tra medici e chirurghi-farmacisti<sup>30</sup>. Lo stesso percorso universitario non aveva valore per l'apprendimento di conoscenze teorico-pratiche, adatte all'esercizio della professione, ma abilitava il candidato al raggiungimento della effettiva pratica medica come arte liberale ad accesso solo per nascita, mentre l'accesso alle arti meccaniche era aperto solo per merito. Difatti la categoria dei chirurghi è stata considerata per lungo tempo come quella di un lavoro secondario, cioè un mestiere<sup>31</sup>.

A partire dal XV e XVI secolo, il clima culturale del Rinascimento favorì lo studio scientifico del corpo umano, ciò che trova anche riscontro rappresentativo nelle opere dei

---

<sup>25</sup> Larson, MS, *The rise of the professionalism: A sociological analysis*, pag 2-4.

<sup>26</sup> Agrimi, Jole; Crisciani, Chiara. *M alato, medico e medicina nel Medioevo*, pag 211.

<sup>27</sup> Major, Ralph H. opera cit., pag 413.

<sup>28</sup> Cartwright, Frederick F. opera cit. pag 44-45.

<sup>29</sup> Berlant, L, *Profession and Monopoly*, University of California press, 1975 Berkeley.

<sup>30</sup> Cipolla, CM., opera cit. 1976.

<sup>31</sup> Brambilla E, in *Malattia e medicina / a cura di Franco Della Peruta*.

grandi artisti, tra cui Leonardo. Andrea Vesalio, fiammingo ma che operò a Padova, ebbe modo di migliorare la conoscenza anatomica del corpo umano mediante autopsie e dissezioni di cadaveri, rese possibili dall'allentamento delle restrizioni antiche. Inizia un periodo di svelamento della configurazione morfologica del corpo umano, che in molte circostanze cozzava esplicitamente con le teorie tradizionali galeniche. In pari tempo inizia l'avvicinamento tra medicina e chirurgia, che sarà alla base della vera rivoluzione teorica e pratica, fisiopatologica e clinica della medicina. Comunque, << i medici cinquecenteschi sono edotti dei nuovi fatti, ma prigionieri delle vecchie idee >><sup>32</sup>.

In Inghilterra la contesa per il riconoscimento formale giuridico della propria professione vide i chirurghi civili e militari agguerriti e compatti, formando dapprima una unica associazione, la *United Company of Barber-Surgeons* e poi, ottenendo la garanzia di un rifornimento legale di corpi ( quelli di 4 condannati a morte ogni anno ) per le proprie ricerche anatomiche e il diritto di multare chiunque praticasse la chirurgia a Londra senza licenza. I barbieri inoltre vennero relegati negli stretti confini di un lavoro operativo chirurgico odontoiatrico<sup>33</sup>.

Sempre in Inghilterra, aspra fu la battaglia per la prevalenza e l'autonomia tra medici e farmacisti: i primi erano poco numerosi e chiusi nei loro privilegi aristocratici, mentre i secondi erano capaci di soddisfare la domanda di assistenza medica di base per la maggioranza della popolazione, sconfinando spesso dal loro ruolo di dispensatori di farmaci a quello di diagnosi e terapia. I farmacisti, forti per se stessi in quanto la popolazione ne riconosceva l'utilità, sostenuti dall'appoggio interessato del Royal College of Physicians, che sperava a sua volta nel favorevole sostegno al riconoscimento del monopolio della titolarità sulla diagnosi e terapia dei suoi affiliati, ottennero di staccarsi dai droghieri<sup>34</sup>.

Il secolo **XVII** fu ricco di avvenimenti, sul piano tecnico scientifico, quali l'importazione ( 1640 ) in Europa della china, utilissima per la cura della malaria, la scoperta della circolazione del sangue da parte di Harvey (1578 – 1657), che dette una spinta decisiva allo studio della fisiologia, mentre attraverso lo studio della iatrochimica ( nata dagli studi di Paracelso, studiava i fenomeni biologici come fenomeni chimici) e della iatrofisica ( nata dalla fisica di Galileo, li concepiva come fenomeni meccanici, sulla base dell'analogia corpo-macchina), anche la medicina è sottoposta ad analisi quantitativa<sup>35</sup>. Gli intensi studi teorici di questo periodo ridussero l'impegno per la medicina assistenziale, mentre prevalse la medicina della ricerca pura. Ma clinici eccezionali, come Sydenham (1624 –1689) in Inghilterra e Boerhaave (1668 –1738) in Olanda, riportarono la pratica medica verso l'empirismo radicale, che fa assegnamento sui fatti e sulle personali osservazioni a discapito delle teorie. Un vero e proprio ritorno ad Ippocrate. Nonostante tanto fervore teorico, per la medicina il Seicento è il secolo del << ritardo >>. Difatti, i metodi sperimentali e quantitativi derivati dal nuovo paradigma scientifico di Galileo, Keplero, Newton ed altri, che avevano dato eccellenti risultati nelle cosiddette scienze esatte, in medicina avevano trovato numerose difficoltà applicative, provocando spesso divergenze sconcertanti nelle conclusioni. Ad esempio, il microscopio e il

---

<sup>32</sup> Cosmacini, G., riportato in *Malattia e medicina / a cura di Franco Della Peruta*, 1987, pag 94.

<sup>33</sup> Cartwright, Frederick F. opera cit., 1977, pag 45

<sup>34</sup> Ibidem , pag. 46-47

<sup>35</sup> Cosmacini, G., opera cit.1987, pag 184; Castiglioni A., Storia della medicina, pag 470

termometro clinico, nati per impulso degli studi galileiani, trovarono la loro giusta applicazione clinica solo due secoli dopo. Una vera conferma dell'assenza di una medicina scientifica, anche se c'erano singoli medici scienziati, come Santorio Santorio, capodistriano, che registra le variazioni ponderali quantitative del suo corpo, facendo uso di una grande stadera sul cui piatto pone se stesso prima e dopo l'ingestione di cibi e bevande e l'evacuazione di urine e feci, allo scopo di provare secondo il metodo galileiano che l'armonia tetra-umorale, di origine ippocratica, deve esprimersi anche in un equilibrio materiale quantitativo. Con questo lavoro, Santorio arriverà a definire la *perspiratio insensibilis* attraverso la pelle ed i polmoni e, seguendo gli studi galileiani di termometria, avrà modo di costruire il primo termometro clinico e il primo pulsilogium per la determinazione del polso<sup>36</sup>.

I motivi con i quali spiegare questo ritardo, secondo la visione di Shryrock ( 1936 ), sono da ricercarsi all'interno delle corporazioni mediche, allora molto attive, fortemente legate alla tradizione e in accanita lotta fra di loro, mentre il campo della chimica, della biologia, della fisica erano del tutto sprovvisti di animosità fra gruppi. Ovviamente la tradizione medica incideva fortemente sulla nuova medicina razionale, sia con i dogmatici, gelosi custodi del sistema galileiano, sia degli empirici, che insistentemente peroravano il ritorno ad Ippocrate. Un altro motivo, sicuramente degno di nota, considera che in medicina è molto importante il lavoro quotidiano, in quanto l'uomo malato chiede soluzioni pratiche ed immediate, certamente non teorie. Inoltre lo sviluppo delle conoscenze in anatomia e fisiologia, se miglioravano la diagnostica, poco o nulla potevano sulla terapeutica, che rimaneva pertanto caratterizzata da rimedi ridondanti, eclettici, addirittura, talvolta, fantasiosi e quasi sempre inefficaci<sup>37</sup>.

Per chiudere lo sguardo d'insieme sul XVII secolo possiamo ricordare che le scienze sperimentali verso la fine del secolo segnarono rilevanti progressi. Le scoperte di Lavoisier in chimica, quelle di Galvani e Volta in fisica, la grande sistemazione di Linneo in biologia, sono soltanto alcuni esempi di innovazioni, che si rivelarono feconde anche per la medicina. In molti settori di quest'ultima, si verificarono progressi importanti in anatomia patologica (Morgagni), in fisiologia ( Haller, Bichat, Spallanzani) e nella clinica medica ( Boerhaave). Cominciarono a distaccarsi alcune specialità ( oculistica, ostetricia, odontoiatria), mentre nella seconda metà del secolo, favorite dal levarsi delle prime voci per un intervento pubblico nelle questioni sanitarie, si svilupparono l'igiene e la medicina legale. A fine secolo comparve la psichiatria, mentre Edward Jenner scoprì la vaccinazione antivaiolosa, di cui abbiamo già parlato<sup>38</sup>.

Il secolo XVIII si ricorda anche per l'eccezionale incremento demografico. I secoli precedenti avevano visto una crescita assai lenta, spesso interrotta dalle ricorrenti epidemie di malattie infettive. Difatti, la popolazione di Inghilterra e del Galles, che nel 1700 superava di poco i 5 milioni, al censimento del 1801 raggiunse 9 milioni, e 18 milioni nel 1851. Sulle cause di questo evento eccezionale i pareri sono discordi, in quanto secondo Trevelyan ciò fu dovuto alla crescita del tasso di natalità ed alla concomitante diminuzione della mortalità, entrambi attribuiti alle migliorate condizioni sociosanitarie, conseguenti alla innovativa attività dei medici. Questa interpretazione è ritenuta non convincente in quanto la medicina del

---

<sup>36</sup> Cosmacini, G., opera cit. pag 160.

<sup>37</sup> Ibidem, pag 169 e ss.

<sup>38</sup> Ibidem

secolo XVIII non fece registrare progressi di particolare rilievo sul piano terapeutico, né la maggiore diffusione dell'organizzazione ospedaliera era tale da poter apportare un elevato miglioramento della salute nazionale. Si dà invece, e con più evidenza, ragione dell'importanza delle generali migliorate condizioni alimentari indotte dai progressi nell'agricoltura e probabilmente alla ridotta spontanea virulenza di alcune malattie letali<sup>39</sup>; di questo argomento avevamo fatto cenno parlando della rivoluzione industriale inglese.

Durante il secolo vicende associative pervasero l'Inghilterra: i chirurghi ottennero l'autonomia dai barbieri ( 1745), in virtù dei loro progressi tecnici, mentre crebbe la loro aspirazione alla pari dignità scientifica e sociale rispetto ai medici. Parimenti i farmacisti, consci del valore sociale della loro opera, molto spesso integrata anche dai compiti medici, pretesero il riconoscimento legale del loro ruolo, che prese la forma della "Society Apothecaries", acquisendo la nuova dignità dell'esercizio professionale. Con questo atto legislativo, l'Inghilterra è il primo Stato che definisce l'esercizio professionale per competenza, riducendo il tasso di competizione tra professioni diverse, che ancora potevano avere momenti di confusione<sup>40</sup>.

Anche in Italia, dove la frattura tra medici e chirurghi era sempre stata meno profonda che altrove, ma ancora nel 1742 all'Università di Padova esistevano due cattedre distinte di anatomia, l'una in latino, per i medici ( affidata a Morgagni ), l'altra in volgare per i chirurghi ( assegnata a Vandelli ), nella seconda parte del secolo, in seguito ad alcune riforme, che unificarono i due curricula universitari, ci fu una generale tendenza alla unificazione dell'esercizio professionale<sup>41</sup>.

### **Un tentativo di conclusione sulla professionalizzazione sanitaria**

Nell'ambito della sanità da sempre diverse sono state e sono le categorie operanti. Abbiamo cercato in precedenza di individuare i momenti significativi che hanno portato alla definizione dell'esercizio professionale; ovvero 1) la formazione di una base tecnica, 2) la divisione del lavoro tra diverse occupazioni, 3) l'organizzazione di queste occupazioni, 5) i soggetti collettivi, 6) l'elaborazione di una etica professionale, secondo la visione espressa da Larson nel 1977<sup>42</sup>, che guarda con particolare attenzione agli attori delle diverse attività come figure dinamiche nell'interno di un processo di mobilità sociale, in mancanza di un mercato dei servizi professionali. A partire da questo momento sulla scena sanitaria compaiono nuovi soggetti collettivi, la cui azione sarà determinante per orientare gli eventi non meno dell'influenza dei progressi di ordine tecnico-scientifico, di cui riteniamo utile riferire nel prossimo paragrafo<sup>43</sup>.

### **I limiti della formazione di una base tecnica.**

È opinione comune che la conoscenza del corpo umano e la scienza medica in generale solo nel corso del XIX secolo hanno subito una svolta clamorosa sul piano tecnico-scientifico.

---

<sup>39</sup> Cartwright, F. F. opera cit. pag 131 e ss.

<sup>40</sup> Berlant L, opera cit., 1975, pag . 143 e ss

<sup>41</sup> Brambilla, E. La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica, Torino, Einaudi. 1984

<sup>42</sup> Larson, MS, opera cit., pag 155 e ss.

<sup>43</sup> Tousijn, W. opera cit- pag. 62

Se le scienze naturali hanno avuto un certo percorso lineare nel loro sviluppo, la scienza medica, invece, in considerazione dell'oggetto di studio, il corpo umano, sicuramente è sottoposta a delle resistenze ( morali, per es. ) o meglio ha dei limiti in quanto non basta conoscere la realtà, per esempio la perdita della normalità o della salute, quindi la malattia, è importante anche incidere e trasformare questa realtà patologica ovvero curarla, compito fondamentale della medicina, per sua natura anche operativa. Comunque in campo terapeutico, alla fine del XIX secolo, le conoscenze mediche mostravano ancora segni di debolezza. Un altro limite, inoltre, è il ritardo con cui, rispetto ad altri servizi, si forma e si sviluppa un mercato dei servizi sanitari, essendo la cura delle malattie ideologicamente affidata al meccanismo della solidarietà, familiare o religiosa. Sul piano della istruzione, pur essendo comparso molto precocemente nella storia della professione medica, l'insegnamento ha continuato a mantenere un carattere essenzialmente sociale piuttosto che tecnico, secondo la ideologia che sosteneva le facoltà di medicina nel medioevo ed anche in quelle rinascimentali fino al secolo XVIII, la cui funzione era quella di riprodurre una gerarchia sociale già esistente, mentre il valore tecnico scientifico era secondario<sup>44</sup>.

Inoltre, è nota caratteristica di questa epoca che la divisione del lavoro si connota più dalla differenziazione sociale che da quella tecnica, come appare evidente dalle citate vicende riguardanti i rapporti tra medici, farmacisti, specialisti, chirurghi, barbieri e ciarlatani vari, in cui la differenziazione sociale si mostra in termini di classe. Se consideriamo il settore della ostetricia, per molti secoli l'assistenza alle partorienti fu riservata alle donne, né ciò spiega perché ancora oggi la questione dei confini professionali tra i ginecologi, per lo più uomini, ed ostetriche, solo donne, si ponga in termini di differenziazione di genere, quindi sociale, non meno che in termini di differenziazione tecnica.

Solo a partire dal tardo Medioevo, nel processo di differenziazione delle occupazioni sanitarie compare un elemento nuovo: le diverse occupazioni si danno un'organizzazione, attraverso la quale esse perseguono, più o meno consapevolmente e con maggiore o minore forza e determinazione, una strategia occupazionale che, in termini larsoniani<sup>45</sup> e in mancanza della possibilità di creare e controllare un mercato dei servizi professionali, può essere considerata un processo collettivo di mobilità sociale. A partire da questo momento, dunque, sulla scena sanitaria compaiono nuovi attori sociali, nuovi soggetti collettivi, l'azione dei quali è importante, nel determinare il corso degli eventi, non meno di quella di altri attori sociali e non meno dell'influenza dei progressi di ordine tecnico-scientifico<sup>46</sup>.

L'importanza delle organizzazioni professionali, in quanto complesso di norme di autoregolamentazione, era posta nella necessità di tutelare i professionisti iscritti su diversi piani ( amministrativi, legali, etc. ), ma anche di definire in maniera chiara norme di comportamento individuale condivise e per favorire, si direbbe oggi, strategie di professionalizzazione collettiva<sup>47</sup>. Lo sviluppo dell'azione delle organizzazioni professionali permetterà difatti la tutela dell'interesse del cliente, in quanto oggettivamente in posizione di debolezza rispetto al professionista, e il contemperamento tra gli interessi individuali del singolo professionista e quelli collettivi della professione nel suo insieme. Si stabiliscono, per

---

<sup>44</sup> Ibidem, pag. 60.

<sup>45</sup> Larson, MS. opera già cit. 1977.

<sup>46</sup> Tousijn, W., opera cit, pag 61 e ss.

<sup>47</sup> Berlant.L, opera cit., 1975; Larson, MS, opera citata, 1977.

esempio, le norme di comportamento che proibiscono la concorrenza di prezzo, la pubblicità, l'auto-elogio e la critica pubblica dei colleghi, norme che tendono a subordinare gli interessi individuali a quelli collettivi.

La storia dell'etica medica ha avuto configurazioni non sempre uniformi: l'etica ippocratica, per esempio, tendeva a <<delineare una figura carismatica di medico, depositaria di ogni virtù morale e completamente assorbita dal perseguimento di un fine medico superiore, ascetico>><sup>48</sup>. Nell'età medievale sembrano prevalere gli interessi economici immediati del singolo professionista, dati i gravi problemi di credibilità e di concorrenza da parte dei ciarlatani: prevale l'individualismo professionale, mentre è del tutto assente l'idea di una professione unitaria. Viceversa, il senso unificatore pervade molti statuti del Royal College of Physicians di Londra, nonché il libro di Thomas Percival, *Medical Ethics* (1803): al singolo professionista è richiesto di subordinare i propri interessi immediati a vantaggio di quelli collettivi della professione, pur nella variazione dei metodi per raggiungere tale obiettivo e delle sanzioni da applicare ai trasgressori. In nome dell'interesse dei pazienti, contro le misure monopolistiche messe in atto dalla professione organizzata e difendendo i principi della concorrenza, John Gregory, pochi anni prima di Percival a Edimburgo, promuove un'etica di tipo liberale, che privilegia i principi della concorrenza in nome dell'interesse dei pazienti. Secondo Berlant (1975), sembrerebbe che la tutela degli interessi della categoria dei medici, almeno a livello normativo, è più problematica di quella degli interessi dei pazienti<sup>49</sup>.

### *Il secolo XIX: la formazione di una base cognitiva*

Finalmente nel secolo XIX, o più precisamente nell'arco di tempo che va dalla Rivoluzione francese alla Prima guerra mondiale si afferma, in tutto il mondo occidentale, la moderna professione medica, il cui sviluppo, come è ovvio, si connoterà secondo varianti nazionali. Per il nostro tema, noi privilegeremo le condizioni generali che hanno favorito i progressi tecnico-scientifici. Da questo punto di vista, è comune tra gli storici della medicina suddividere l'arco di tempo considerato in due sottoperiodi, all'incirca della stessa durata, ma con caratteristiche alquanto diverse<sup>50</sup>.

La prima metà del secolo vede l'affermazione della **medicina clinica**, fondata su solide basi sperimentali. La Francia, e principalmente Parigi, saranno per molti decenni il centro della medicina mondiale. Gli sconvolgimenti avviati dalla Rivoluzione del 1789, [Foucault 1963] hanno visto il giacobinismo produrre alcune idee guida chiaramente di rottura della vecchia medicina settecentesca e attuate attraverso la abolizione delle facoltà universitarie, delle corporazioni e degli ordini religiosi, a cui seguiranno, in forza dell'ideale della <<medicina in libertà>>, il sogno della deospedalizzazione della malattia e dell'indigenza, mentre sul piano dottrinale, favorite dalla concentrazione degli ospedali a Parigi (intorno al 1830 operavano trenta ospedali, capaci di accogliere 20.000 pazienti e quasi 5.000 studenti di medicina)<sup>51</sup> *«le forme della razionalità medica s'immergono nel meraviglioso spessore della*

---

<sup>48</sup> Tousijn, W. pag 63.

<sup>49</sup> Note riferite da Tousijn, W. opera cit.

<sup>50</sup> Castiglioni, A. Storia della medicina, 1936: XXVII; Major, Rh., Storia della medicina, 1959.

<sup>51</sup> Shryock. Rh., Storia della medicina nella società moderna 1936; trad. it. 1977, pag.103



percezione»<sup>52</sup>. Bichat, Pinel, Laennec, Broussais, Louis, Magendie, Corvisart sono soltanto alcuni dei nomi che contribuirono a quello che Foucault ha definito un:

*infimo e decisivo mutamento che ha sostituito alla domanda «che cos'ha?», con cui aveva inizio nel XVIII secolo il dialogo tra il medico e il malato, l'altra domanda in cui riconosciamo il gioco della clinica e il principio di ogni suo discorso: «dove ha male?»<sup>53</sup>.*

Dopo la Rivoluzione, lo «sguardo medico», finalmente liberato dai lacci di ogni sistema e di ogni filosofia legati all'ancien regime, troverà nella clinica la propria struttura tecnologica, che quotidianamente sarà praticata e verificata sui pazienti degli strati sociali più poveri, mentre i ricchi saranno gli unici veri clienti in quanto paganti. Possiamo dire dell'esistenza di un patto tacito tra ricchezza e povertà che produrrà un sistema sociosanitario in cui gli ospedali erano il terreno fertile per indagare e fare sintesi teorica e pratica, e dove insegnare medicina e chirurgia<sup>54</sup>. Un sistema generale, che non potendo giudicare ogni singolo atto medico, si assicura attraverso l'insegnamento codificato dalla struttura tecnologica, la qualità dei produttori di quegli atti, cioè dei nuovi "propri" medici<sup>55</sup>. È davvero il primo chiaro e importante passo verso la formazione della moderna professione medica, ma non quello decisivo.

Nell'opinione pubblica l'antico problema dell'impotenza della medicina si ripresentò in tutta la sua drammatica evidenza in occasione dell'epidemia di colera che, a partire dal 1815, si diffuse in quasi tutti i paesi del mondo, attraversando oceani e continenti. Nel frattempo, lo sviluppo economico e la diffusione dell'industrializzazione cominciarono ad attirare l'attenzione sulle condizioni igieniche e sanitarie prodotte dal lavoro di fabbrica e dall'urbanizzazione, e si fece strada l'idea di un intervento pubblico sulle questioni sanitarie. Tuttavia, le misure adottate poterono registrare soltanto successi limitati. Tra l'altro, mancò completamente l'apporto e il coinvolgimento dei medici: i tentativi di riforme igieniche e di sanità pubblica furono opera soprattutto di ingegneri, statistici e sociologi<sup>56</sup>.

La seconda metà del secolo portò con sé i mutamenti decisivi, difatti gli stretti legami che si erano instaurati, già nel periodo precedente, con le scienze naturali consentirono alla medicina una serie di conquiste, che si rivelarono tanto spettacolari quanto durature. La scuola francese mantenne una posizione di rilievo soprattutto in virtù dell'opera di Claude Bernard, che contribuì in particolare al progresso della fisiologia, ma Parigi fu affiancata da nuovi centri che in vari paesi, primo fra tutti la Germania, si portarono all'avanguardia. Le conquiste maggiori possono essere considerate le seguenti:

**1. la teoria cellulare**, messa a punto da Virchow nel 1858, permise di superare in modo definitivo le teorie umorali trasmesse fin dall' antichità, inaugurando la "*patologia cellulare*", secondo la quale la malattia deve essere concepita come «*alterazione morfologica e funzionale della cellula, sede della vita*»<sup>57</sup>;

---

<sup>52</sup> Foucault, M., Naissance de la clinique, 1963; trad. it. 1969, pag 10.

<sup>53</sup> *Ibidem*, pag.13.

<sup>54</sup> *Ibidem*, pag 104.

<sup>55</sup> *Ibidem*, pag. 98-99; Jamous, H., Pelouille, B. Professions or Self-Perpetuating System? 1970; trad. it. 1979, pag. 215-217

<sup>56</sup> Shryock, Rh, opera cit., 1936.

<sup>57</sup> Dianzani, MU., Trattato di patologia generale, 1970, pag. 5.

2. **l'anestesia e le pratiche antisettiche e asettiche in chirurgia.** Le prime dimostrazioni pubbliche dell'uso dell'anestesia si ebbero negli anni '40 dell'Ottocento, mentre l'antisepsi fu impiegata con successo da Lister in Gran Bretagna negli anni '60 e fu più tardi, verso fine secolo, sostituita dalla asepsi. L'effetto di queste scoperte sulla chirurgia fu straordinario: l'anestesia, liberando il paziente dal dolore, al tempo stesso liberò il chirurgo dalla pressione del tempo, mentre le pratiche antisettiche e asettiche ebbero un rapido effetto positivo sui tassi di mortalità postoperatoria. Entrambi erano risultati altamente spettacolari, in grado di esercitare una forte impressione sull'opinione pubblica<sup>58</sup>;

3. **la nascita della batteriologia,** legata soprattutto ai nomi di Pasteur e Koch. Il primo, dopo aver rivoluzionato i processi produttivi del vino e della birra (attraverso la «pastorizzazione», messa a punto negli anni '60 e '70 dell'Ottocento) e aver salvato l'industria francese della seta da un'epidemia di *pébrine*, con i suoi studi sul carbonchio e sulla rabbia aprì l'epoca della lotta alle malattie infettive, insieme a Koch, che nel 1882 scoprì il bacillo tubercolare, fu all'origine di una imponente serie di ricerche che, negli anni '80 e '90, a loro volta consentirono di individuare i microrganismi, agenti patogeni di un gran numero di malattie infettive: febbre tifoide, polmonite, morva, erisipela, difterite, tetano, peste ed altre<sup>59</sup>;

4. **la scoperta dei raggi X** (Roentgen, 1895). Opera di un fisico, furono di rapida applicazione in medicina, per la quale divennero un potente metodo diagnostico per immagini e terapeutico;

5. **gli studi sulla malaria.** Tra il 1880 e il 1900 alcune ricerche, alle quali contribuirono medici di diversi paesi, permisero di determinare l'esatta natura e le modalità di trasmissione di una delle malattie, che ha causato più vittime nella storia rispetto ad ogni altro flagello<sup>60</sup>;

6. la capacità da parte della chimica industriale, a partire dagli ultimi due decenni del secolo, di produrre **farmaci di sintesi.** Essa aprì possibilità nuove e potenzialmente smisurate alla farmacologia, fino ad allora limitata al campo delle sostanze naturali. Benché per alcuni decenni il numero dei farmaci dotati di azione terapeutica specifica sia rimasto alquanto ristretto, tuttavia l'effetto da essi prodotto, l'attenuazione della sintomatologia, fu comunque apprezzato dall'opinione pubblica<sup>61</sup>.

Nel complesso, questa imponente serie di successi della medicina (l'elenco del testo non pretende di essere esaustivo) ebbe un effetto di capitale importanza per l'evoluzione della professione medica: *essi andarono a costituire una base cognitiva ampia, solida e condivisa, sulla quale la professione poté rivendicare una competenza esclusiva, battendo la concorrenza di ogni forma di ciarlataneria.* Con le parole di Freidson<sup>62</sup> 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*». Tale base cognitiva consentì di individuare con precisione un mercato dei servizi medici, sconfiggendo quel

---

<sup>58</sup> Cartwright, FF., opera cit. 1977, pag. 143.

<sup>59</sup> Major, RH., opera cit. 1959, pag. 724

<sup>60</sup> Ibidem, pag. 739-742.

<sup>61</sup> Shryock, RH., opera cit. 1936; trad. it. 1977, pag. 206.

<sup>62</sup> Freidson, E., Vicarelli, G., La dominanza medica, pag. 16.

«nichilismo medico» che aveva improntato di sé gran parte del XIX secolo. Sia la domanda sia l'offerta di servizi medici crebbero rapidamente in tutto il mondo occidentale.

In sintesi si può dire che i fattori principali della professionalizzazione medica agirono soprattutto nel periodo iniziale, che va dall'ultimo ventennio dell'Ottocento fino alla prima guerra mondiale, e sono così individuati: 1) la formazione di un corpus di conoscenze tecnico-scientifiche, 2) la nascita e lo sviluppo di scuole professionali, 3) la nascita e l'evoluzione di associazioni professionali, 4) le forme di intervento da parte dello Stato. Gli attori di questo processo storicamente sono stati considerati: 1) la professione come produttori, 2) i suoi clienti e 3) lo Stato.

La relazione tra questi fattori è da considerarsi a sviluppo continuo con integrazioni variabili fra loro nel tempo, tanto da produrre una continua segmentazione di una data professione, e da configurare delle vere e proprie nuove professioni del tutto lontane da quella generica iniziale<sup>63</sup>: le cosiddette superspecializzazioni.

Processi di professionalizzazione hanno riguardato anche le attività cosiddette parasanitarie, come quelle degli infermieri e delle ostetriche. Le pagine che seguiranno sono quelle che porteranno alla identificazione, se non alla nuova configurazione di un'attività, quella della levatrice, che, nota sin dall'antichità, nella prima età moderna richiede di essere riformulata in senso professionale, appunto, per essere all'altezza delle nuove conoscenze e soprattutto per rispondere, attraverso la comprensione degli interessi dello Stato, ai bisogni delle donne nel momento del loro momento più delicato, quello del parto.

---

<sup>63</sup> Tousijn, W. opera cit. pag . 69-70; Halpern, S.A., Medicalization as professional process. An international perspective. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1990; 31, pag. 28-42.

## **UNA STORIA DELL'ASSISTENZA AL PARTO: DALLE MAMMANE ALLE LEVATRICI ISTRUITE**

L'assistenza alla nascita ha naturalmente un percorso più che millenario, una storia antica che va dalle mammane alla moderna professione di Ostetrica.

La storia di un mestiere che è stato esercitato sempre e solo in ambito femminile. Una storia i cui processi di sviluppo, essendo la base di cambiamenti del vivere quotidiano e sociale, non possono essere inseriti in una unica classificazione, ma fanno parte a) della storia sociale delle donne, b) delle professioni, c) della mentalità, d) della medicina e e) dell'assistenza.

Inoltre, se fare la storia significa trovare le fonti e lavorare su di esse, fare la storia della assistenza al parto prima della rivoluzione scientifica è del tutto impossibile in quanto, sia dal punto di vista teorico che pratico, mancano riferimenti certi.

In questo nostro elaborato cercheremo di riportare, sinteticamente, la ricerca ormai ampia e approfondita che si è sviluppata negli ultimi due secoli sul modo come l'uomo ha inteso la nascita e la sua assistenza, dopo la rivoluzione scientifica. Sappiamo anche che da questa sono derivati cambiamenti strutturali, istituzionali ed economici, soprattutto in conseguenza dello sviluppo della rivoluzione industriale, che, in tempi e modi diversi nei vari paesi europei, ha comportato miglioramenti economici ed una più adeguata condizione igienica ed alimentare, a cui ha conseguito un incremento demografico, mai visto nel mondo occidentale. La nascita, ad un certo punto, ha avuto importanza non tanto e non solo per la famiglia, ma anche per la società, in quanto struttura economica ed istituzionale.

Sinteticamente si potrebbe dire che la storia delle levatrici può rappresentare esemplarmente l'insieme delle molteplici vicende che hanno trasformato la società d'ancien regime in quella del mondo contemporaneo. Ovvero *“si passa dal sentimento al razionale, che può essere altrimenti detto dalla assistenza affettiva all'assistenza medicalizzata”*<sup>64</sup>.

Il percorso storico e sociale, che ha portato a questa grande conquista dell'umanità, se considerata per grandi linee, può apparire a sviluppo lineare, ma nel minuto della sua più che millenaria vicenda, la nascita *“ svela un groviglio di storia e di avvenimenti che si intersecano “* come espressione del vivere e del sopravvivere dell'uomo<sup>65</sup>.

Se il modo di procreare e quello di nascere sono immutabili nel tempo per la loro natura biologica, intorno ad essi però si sono sviluppati nel corso del tempo percorsi personali, progressi scientifici, progetti statali. Se il povero si aggrappa tenacemente alle proprie certezze, il colto ha alimentato la speranza, se non la certezza, che la scienza, le istituzioni, comunque l'organizzazione comunitaria, avrebbero reso possibile nel tempo, anche attraverso contrasti e battaglie, una migliore comprensione dei fenomeni della riproduzione umana e quindi una migliore assistenza del nascere dell'uomo.

---

<sup>64</sup> Pancino, C., *Il bambino e l'acqua sporca*, 1984, pag 15.

<sup>65</sup> *Ibidem*.

Il percorso storico alla fine ci consegnerà lo sviluppo che andrà dalle mammane (solo donne ) agli ostetrici ( anche uomini ), ovvero “ *la medicalizzazione* “ del parto, che sarà tipicamente propria e continuamente in fieri nell’età contemporanea.

Come e quando è avvenuto questo cambiamento sicuramente rivoluzionario? La mammana, che era il perno intorno a cui ha ruotato per secoli la scena del parto, ha pagato il prezzo più alto, in quanto è stata esautorata dal suo ruolo per mezzo della colonizzazione culturale da parte di un gruppo di uomini, forti della loro nuova cultura e della capacità di applicarla, soprattutto. Un cambiamento che è stato reale, vero, in una parola storico, realizzatosi attraverso tanti momenti, volontà, passioni, storie di donne, uomini, vecchi e bambini, ognuno con le sue ragioni.

Ma quali sono state le ragioni d’essere delle levatrici, che pure, per secoli, sono state le artefici dell’operare di donne per il “ bene “ di altre donne e che a un certo punto vengono “ riformate “ attraverso un cambiamento che riconosce numerose motivazioni e che porterà dopo tre secoli con chiara evidenza alla medicalizzazione del parto, la cui cifra più eclatante è la pressoché scomparsa della mortalità neonatale e materna da parto, almeno nel mondo occidentale?

I tanti punti di vista del cambiamento vengono considerati come una sconfitta a) dell’ignoranza ad opera della scienza, b) delle mammane da parte degli ostetrici, c) dell’irrazionalità ad opera della certezza, conseguenza della razionalità, ma anche d) della alienazione della vicinanza tra due luoghi intimamente legati da vincoli solidaristici, quello del bisogno ( rappresentato dalla singola donna ) e quello dell’assistenza ( espresso dalla levatrice, a portata di mano e conosciuta).

La cultura popolare del parto verteva sull’autonomia e l’autorità della levatrice, derivate dal consenso del vicinato, dall’esperienza personale, dalla tradizione familiare, dalla padronanza di “ tecniche e conoscenze terapeutiche “ diffuse e codificate oralmente, non dalla scrittura, insolita per gli strati popolari. Da un certo punto in poi il parto venne “ bandito “ dal luogo proprio, quello della vita familiare e comunitaria, e quindi della sessualità, della procreazione, per essere appannaggio “ del linguaggio e dei riti della medicina e dei suoi luoghi “ ovvero la ospedalizzazione”<sup>66</sup>.

Il linguaggio medico, derivato dalle nuove conoscenze medico-biologiche, bollava di “ ignoranza “ tutto ciò che riguardava le mammane, i cui errori, la mancanza di igiene, l’incapacità nei parti difficili di trovare una soluzione salvifica, erano motivi quotidiani di derisione e tacciate di “ pratiche ed usanze “ ritenute inutili e dannose. La nuova cultura medica rafforzata e legittimata dalle istituzioni, ( il 22 dicembre del 1888 sarà approvata la Prima legge di riforma sanitaria da parte del Parlamento Italiano, detta legge Crispi-Pagliani )<sup>67</sup>, tenderà a relegare a ruolo secondario ed ininfluente quella vecchia cultura del parto, che, invocata, pure si era presa cura di generazioni, nel corso dei secoli . ” Con l’acqua sporca si gettò il bambino “ è l’amara constatazione di Pacino<sup>68</sup>.

Il cambiamento, quindi, avviene perché si elabora e si sostiene la negazione di una storia più che millenaria, quella delle levatrici, dipanata attraverso mille fili, che hanno visto coinvolti uomini e donne con le loro certezze, le loro passioni, i loro interessi e che alla fine saranno unificati nel dominio maschile nell’ambito sin qui di stretta pertinenza femminile nel corso di millenni. Secondo Pancino, cercare di comprendere le ragioni di questa negazione non significa giustificare il

---

<sup>66</sup> Pancino, C., opera cit.,Introd, pag 17.

<sup>67</sup> Detti, T. Medicina, democrazia e socialismo in italia tra ' 800 e ' 900. Pag. 14.

<sup>68</sup> Ibidem, pag 17.

cambiamento, così come il parlare della perdita culturale che il cambiamento ha pure prodotto, non significa accusare chi lo ha indotto.

La cultura del parto era appannaggio esclusivo delle donne non solo perché sono le donne a partorire, ma anche perché si è tramandato e si sviluppava fra donne ciò che si snodava in azioni compiute da donne. La trasmissione orale, non scritta, di questa storia obbliga lo storico ad uno sforzo di deduzione da fonti indirette, allo scopo di recuperarne i tratti essenziali.

L'aiuto reciproco fra donne e il ricorso ad una donna esperta erano i due pilastri fondanti dell'assistenza al parto. L'aver partorito, aver vissuto sulla propria pelle il dolore e la fatica, le ansie e le gioie del parto, insieme alle conoscenze specifiche sullo svolgimento del parto, ricevute da una donna più anziana, la madre o una parente, erano sufficienti per creare il ruolo di "qualificata" assistente del parto.

Il parto avveniva nella casa della partoriente, abitualmente affollata da sole donne, tranne il marito della stessa e non sempre presente. *“ Si creava così un microcosmo di madri, impermeabile al mondo esterno, se pure di breve durata “*. Ma cosa facevano le donne in quella casa in quel momento e soprattutto perché erano lì? Consuetudine, curiosità, sentore di eventi importanti gioiosi (la nascita), ma anche luttuosi (la morte), *“ il senso pratico del destino, il senso di appartenenza”* sono gli elementi, che in costante osmosi, stimolano la mitica *“ solidarietà femminile “*<sup>69</sup>. Al parto, la mammana era l'autorità del momento, di cui si poteva ammirare la saggezza e l'autorevolezza dell'azione, ma anche la sua arroganza attraverso i suoi soprusi, a cui la partoriente e le *“ assistenti “* ubbidivano sacralmente in forza di una norma sociale o semplicemente di un sentimento amicale. Non c'erano norme scritte che guidavano i comportamenti e le azioni, ma tutte si sentivano coattrici ed avvertivano di essere comunque protagoniste esclusive di un evento, che in gran parte era *“ gestito dal destino”*<sup>70</sup>.

Ad un certo punto del percorso storico, sotto l'ombrello delle nuove acquisizioni scientifiche e mediche, nella scena del parto si sente la deflagrazione rumorosa per l'entrata in azione, per esempio, del forcipe gestito da un uomo, dopo aver scacciato brutalmente quella donna, la mammana, che avendo partorito e guidata dalla sapienza esperienziale, poteva a sua volta, in quanto per consuetudine identificata dalla comunità di appartenenza, gestire il parto. Inizia un conflitto da cui le donne usciranno sconfitte e che, a fine corsa, porterà alla medicalizzazione dell'evento nascita.

## **GLI ATTORI E LE TAPPE DEL CAMBIAMENTO, OVVERO LA CONQUISTA DELLA MEDICALIZZAZIONE**

Per essere la nascita un evento naturale, che appartiene a tutti sin dall'inizio della vita sul pianeta, costituisce per la mente dell'uomo un oggetto di interesse dapprima individuale poi familiare fino ad essere appannaggio della filosofia, delle religioni e degli Stati.

La religione cristiana con il concilio di Trento (1545-1563) e con le bolle di attuazione dei decreti conciliari, che avevano lo scopo di definire la materia dei rapporti fra Chiesa e Stato, per esempio *In cena Domini*, la Chiesa tendeva ad estendere la sua giurisdizione a dismisura e ad interferire in

---

<sup>69</sup> Shorter, E., Storia del corpo femminile, pag 20.

<sup>70</sup> Pancino, C., opera cit. pag. 18.

tutte le competenze statali. Il controllo ecclesiastico sulle mammane, e non sulla loro attività, si inquadra in questa volontà d'onnipotenza della Chiesa post tridentina<sup>71</sup>. Lo Stato, almeno fino alla istituzione delle scuole ostetriche, avvenuta verso la metà del 700 in poi, dal '600 e per tutto il 700 emanò sue norme come strumento di controllo delle levatrici, non tanto sulla loro attività, ma di tipo sociale, essendo la società organizzata in ceti. Il controllo aveva valore solo per garantire l'ordine sociale. In effetti non esisteva un'autorità statale competente a giudicare la capacità delle mammane a svolgere in maniera adeguata il loro lavoro, né tantomeno esistevano strumenti istituzionali atti ad indagare sul loro operato. Tutto ciò prova che il parto non era mai stato considerato un evento su cui le istituzioni e i rappresentanti dello Stato potessero intervenire sotto forma di un qualche controllo. Ma ad un certo punto lo Stato fu obbligato ad intervenire in quanto era ormai chiaro che l'ignoranza delle mammane era alla base dell'alta mortalità da parto. Si scoprì, in pari tempo, che lo Stato non aveva mai approntato alcun progetto né tantomeno alcuna possibilità legale di intervento sulle persone e sui fatti del parto.

Ogni governo e ogni sovrano basavano la loro autorità sul diritto di emanare norme, a cui i propri sudditi dovevano sottostare. Sulle mammane ogni governo e ogni sovrano emanava sempre le stesse leggi, solo come riprova della propria autorità e non per sconfiggere il problema della inadeguata assistenza al parto. Le norme venivano emanate al solo scopo di riaffermare la propria autorità e il proprio dominio nonché, ovviamente, per mantenere l'ordine sociale. Una qualche norma (non scritta) di controllo sulle mammane esisteva anche prima, ma le norme di comportamento si tramandavano attraverso gli atti della vita quotidiana svolta dagli attori di ogni comunità, secondo una trasmissione quasi inerziale<sup>72</sup>.

Nel '700, dopo attenta analisi della situazione dell'assistenza al parto, divenuto "ormai" un evento molto rischioso, si sente la necessità della riforma della ostetricia, che sarà imperniata sulla *scolarizzazione* delle mammane come elemento principale dell'intervento dell'Istituzione statale. In pari tempo saranno emanate altre norme, il cui significato tendeva ad estromettere la Chiesa dal controllo sulle mammane. Si riconosceva finalmente l'importanza sociale del parto in funzione del bene pubblico, ma anche la necessità di risparmiare e tutelare ogni singola vita umana. Il tutto viene considerato nell'interno di un progetto riformatore dello Stato in funzione dello Stato<sup>73</sup>.

La filosofia del nuovo Stato invadeva tutti i campi sociali e quello della maternità era centrale per favorire il nuovo progresso sociale ed economico. Si spiega così la lotta alle mammane con l'intento primario di salvare donne e bambini e la necessità da parte dello Stato di istituire corsi di formazione per le levatrici. Per alcuni mesi dell'anno le aspiranti levatrici venivano segregate nelle scuole e, una volta istruite, la loro opera sarebbe stata in favore di una politica "populazionistica", cioè a favore della salute della popolazione. Il tratto innovativo di questa esperienza pubblica è evidente, in quanto si istituì e fu operante un sistema formativo (professionale, diremmo oggi), pagato dallo Stato e quindi gratuito, indirizzato alla conoscenza e alla pratica ostetrica motivata di donne povere e, spesso, analfabete, ovvero le nuove mammane di città e di piccoli villaggi.

L'istituzione scolastica pubblica non solo è indirizzata a professionalizzare, ma diventa anche lo strumento più adeguato per controllare le mammane, che così acquisiscono la veste di sudditi socialmente definiti e con competenza certificata. In pari tempo si definisce il mestiere di levatrici,

---

<sup>71</sup> Musi, A., *Le vie della modernità*, pag. 113.

<sup>72</sup> Pancino, C.; Shorter, E., opere citate, *sono i testi a cui si fa riferimento per queste note*.

<sup>73</sup> Pancino, C., opera cit., pag 20.

il cui esercizio dovrà essere svolto nell'interno di precise norme legislative, che qualificavano i compiti e soprattutto indicavano la subordinazione delle levatrici ai medici condotti e agli ostetrici, dal momento che esse stesse erano state inserite nell'ambito delle professioni sanitarie. Il controllo a questo punto diventa pieno, anche ideologico, in quanto la levatrice può agire e comportarsi solo nell'ambito del detto e del prescritto insegnato a scuola, mentre tutto il resto, cioè la tradizione, era bandito del tutto. La nuova ostetrica svolgeva il suo compito in ambiti culturali e territoriali ben definiti, acquisiva strumentalmente una funzione di cerniera tra la tradizione, la nuova cultura e la scienza medica, vittoriosa ormai sui ciarlatani, da quando si proponeva con successo alla attenzione della popolazione, che poteva godere dei successi terapeutici divenuti sicuri soprattutto dopo l'entrata in campo clinico dei prodotti chimici di sintesi. Sulla scia di questi successi clinici la professionalizzazione della medicina avrà impulso notevole e sarà riconosciuta come unica forma istituzionalizzata di intervento privato e pubblico sulla salute dei cittadini, vincendo anche sulla diffusa tradizione dei ciarlatani, che da questo tempo in poi scompariranno dalla scena " sanitaria " del territorio nazionale. Ruoli operativi ed istituzionalizzati entrano a far parte di una gerarchia codificata.

Allo stesso modo, l'entrata in scena delle levatrici diplomate porta lentamente alla scomparsa delle mammane, che rappresentavano il vecchio mondo sociale del parto, mentre la società delle riforme, per risultare vittoriosa, ha la necessità di negare del tutto la tradizione, che peraltro non era né riconosciuta né legittimata da alcuna istituzione, facendone fede la sola trasmissione orale.

Sul piano culturale e sociale un altro aspetto del mutamento che riguarda le levatrici è dato dalla opposizione che via via si forma tra le mammane con le donne delle classi subalterne, da una parte, e i medici con gli amministratori delle classi dominanti, dall'altra. La cultura del parto sarà il terreno di un aspro scontro che sarà netto ed inevitabile fra le parti in conflitto, che difatti sarà condotto senza possibilità di mediazione. La vecchia cultura era conservatrice, quasi inerziale, impermeabile ai cambiamenti e alle nuove necessità che lo sviluppo storico economico e sociale richiedeva. Il fatalismo e l'irrazionalità erano pervasivi della cultura popolare. Il parto era considerato un evento naturale, al contempo temuto perché anche rischioso, che si svolgeva nel luogo delle relazioni familiari, delle affettività ma anche dei tabù, dei riti, delle formule magiche e degli arcaismi delle cose, di cui il processo riproduttivo era la massima espressione. Riti, credenze e terapie popolari sulla gravidanza e sul parto, in parte ancora presenti, e quindi non componenti di un mondo passato, continuarono a fare danni, ovviamente. Il lato positivo di quella cultura, al momento della sua retrocessione a sottocultura, era il carattere di familiarità con il quale si pensava e si sentiva di poter aiutare a risolvere ogni sofferenza, pur nella esperienza di inadeguatezza degli strumenti terapeutici a disposizione. *“ 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 ”*<sup>74</sup>.

La nuova cultura del parto invece proponeva l'idea di sviluppo, progresso, razionalità e sicurezza, nell'ambito di uno Stato che provvede per la sua popolazione secondo le idee illuministiche. La conseguenza del cambiamento è stata la medicalizzazione del parto che, se da un lato ha dato qualche certezza in più, e soprattutto la riduzione progressiva della mortalità materna e neonatale, ha conclusivamente trasformato quasi radicalmente un evento, che era personale e familiare, in un avvenimento all'interno dello Stato e della medicina.

---

<sup>74</sup> Pancino, C., Opera cit. pag 21.



Ovviamente non tutti furono d'accordo con Shorter, che, sposando integralmente la ideologia dei medici, che lanciavano alle levatrici accuse infamanti di ignoranza e di essere comunque inadeguate a correggere ogni minima difficoltà di un parto, sottaceva anche l'inadeguatezza dei primi chirurghi ostetrici. Questa disparità di giudizio si evidenziava anche dalla solerzia con la quale Shorter aveva raccolto la copiosa documentazione, poi adibita, per emettere questo giudizio, mentre la documentazione che tendeva a dimostrare la coesistente "inadeguatezza" degli ostetrici risultò molto scarsa. Si pensa anche che isolate gravi incapacità, certamente alla base di tragici episodi, siano state volutamente ingigantite o addirittura falsate, allo scopo di combattere una battaglia di riforma ideologica a vantaggio degli ostetrici. "Peraltro non c'è evidenza del dubbio che l'elevata mortalità e morbilità da parto potessero avere altre cause che l'ignoranza e la saccenteria delle comari"<sup>75</sup>. Mireille Laget si è impegnata sulla nascita, di cui ha scritto molto e con dovizia di documenti, circa gli aspetti antropologici che accompagnarono il cambiamento, attraverso una profonda riflessione e soprattutto con pacatezza di giudizio<sup>76</sup>.

## I COMPITI DELLE COMARE

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

## NELL'ANTICHITA'

L'arte ostetrica era esercitata in Grecia sia dalle levatrici che dai medici che traevano insegnamenti dall'Asia minore e dall'Egitto. L'esercizio della loro funzioni si svolgeva nei Templi ed assumeva carattere sacrale. Contemporaneo di Socrate (465-399), nel periodo più aureo della cultura ateniese, Ippocrate creò una scuola di medicina vicino a Kos, un'isola della costa dell'Asia Minore, intorno ad un tempio ricco di storia clinica medica. Il pensiero ippocratico sarà raccolto in un "Corpus", o "collectio" nella tradizione latina, e come tale è giunto sino a noi. Gli argomenti di ginecologia e di ostetricia scritti da suo genero Polibio trattano temi diversi: sullo sviluppo fetale, insorgenza del parto, le presentazioni fetali, quelle naturali e quelle patologiche, il parto prematuro, il nutrimento fetale, la sterilità e la frigidity femminile etc., considerati dal punto di vista obbiettivo, ma molto spesso sotto l'influenza di credenze sacro-religiose, senza alcun valore terapeutico<sup>77</sup>.

Anche Aristotele (384-322 a.C.) si interessò a questi temi ostetrico-ginecologici e al suo tempo in Grecia vi erano vari gradi di ostetriche: alcune con notevoli conoscenze di igiene, dietologia, istruite in apposite scuole Ippocratiche. Altre erano semplici levatrici. L'esercizio dell'ostetricia era consentito solo se avevano frequentato vere e proprie scuole, a cui potevano accedere solo le donne che avevano avuto figli, sottolineando in questo il valore empirico dell'apprendimento, mentre quello teorico era appannaggio dei medici.

Indubbiamente le "levatrici" erano in genere donne di inferiore preparazione culturale, ma di maggiore esperienza clinica e di più abile capacità di "trarre" il neonato, mentre i medici, spesso più

---

<sup>75</sup> Pancino, C., opera cit., pag 22

<sup>76</sup> Laget, M., Naissances. L'accouchement avant l'âge de la Clinique, Paris, 1982.

<sup>77</sup> Campese, S., Manulli, P., Sissa, G., Madre materia. Sociologia e biologia della donna greca. Torino. 1983

attenti all'interpretazione dei fatti che alla soluzione dei problemi, erano imbevuti di teorie, ma spesso anche incapaci di risolvere i drammatici ed imprevisi problemi, che possono emergere durante il parto<sup>78</sup>.

Da sempre esclusa dalla partecipazione allo studio e alla riflessione filosofica e scientifica, la donna che praticava l'ostetricia era oggetto di documenti e scritti in riferimento alle sue funzioni; nell'antichità una certa Cleopatra, che visse a Roma nel II secolo, viene ritenuta l'autrice di un libro di ginecologia.

A Roma esistevano certamente anche "Scuole per ostetriche", accanto a quelle per chirurghi, al fine di renderli capaci di intervenire nel parto distocico attraverso embriotomie, lacci, uncini, rivolgimento fetale. Ciò è documentato nel trattato di uno dei più grandi ginecologi della storia, Sorano di Efeso (90-140? d.C.), di cui riportiamo alcune righe che sottolineano la selezione che doveva essere fatta per essere ammesse appunto ad una scuola: “ *La persona adatta possiede un'istruzione elementare, vivacità di spirito, memoria, impegno nel lavoro, discrezione; in linea generale occorre che abbia una viva sensibilità, un fisico ben proporzionato, che sia robusta; certi autori raccomandano anche che abbia le dita lunghe e sottili e delle unghie tagliate....*”, note attitudinali e morfologiche che troveremo spesso nella idealizzazione della figura della levatrice nei secoli che verranno.

Sorano fu uno dei più colti, critici e lucidi autori medici dell'antichità, ma si conosce poco della sua vita. Nardi ha puntualizzato il valore della sua opera sull'ostetricia e la ginecologia, qualificandola di grandissima importanza, essendo l'unico testo che ci sia pervenuto nell'originale con alcune lacune<sup>79</sup>. «Quest'opera, così giustamente pensa Fasbender<sup>80</sup>, si può classificare, accanto al Corpus degli scritti ippocratici, come l'eredità letteraria più importante dell'antichità sull'ostetricia».

Bisognerà attendere la fine del primo millennio per vedere un libro di ostetricia scritto da una donna, “De passionibus mulierum curandarum” di Trotula Di Ruggiero, una “medica” (probabilmente una ostetrica) che sembra aver insegnato all'Università di Salerno<sup>81</sup>.

## MEL MEDIOEVO

La caduta dell'Impero Romano con la presa di Roma da parte dei Visigoti (476 d.C.) porta allo smantellamento delle strutture mediche di Roma e della cultura medica latina e saranno medici bizantini a scrivere di ginecologia: Oribasio (325-403), Ezio di Amida (502-575).

Durante il primo Medioevo si ebbe lo sviluppo dei primi ospedali cristiani (xenodochia e nosocomi, rispettivamente da xenos = ospite e nosos = malattia), edificati prima attorno agli episcopati, poi nei monasteri. La cura della nascita fu affidata però sempre a donne, anche se spesso aliene da conoscenze mediche. Le ostetriche erano per lo più incolte, e quindi progressivamente attratte da magie e superstizioni, riti religiosi, almeno nelle campagne. Le ostetriche o "mammane" (ana = analoghe alle mamme), o comari ("con la madre", simile all'inglese antico midwife "con la donna"), sage-femmes (in francese, donne sagge) o levadores (in spagnolo,

---

<sup>78</sup> Forleo, R., Fondamenti di storia della ostetricia e ginecologia. 2009.

<sup>79</sup> Nardi, MG., Il pensiero Ostetrico-ginecologico nei secoli. Thiele Ed., Milano, 1954

<sup>80</sup> Fasbender H., Geshilichte der Geburtshulfe. Jena, 1906, pag 20.

<sup>81</sup> Trotula De Ruggiero, Sulle malattie delle donne, a cura di P. Cavallo Boggi, Ed. La Luna, 1994.

"levatrici"), furono utilizzate e onorate da principi e potenti, ma nel medesimo tempo condannate dagli stessi, quando fallivano nella loro opera<sup>82</sup>.

Fu Avicenna (980-1037) il medico che con più rigore e metodo elaborò il pensiero di Ippocrate e Galeno. Il suo "Canone della Medicina" contiene molte pagine di ginecologia nel capitolo XXI "degli organi per la generazione nella donna". Indica nel parto difficile alcune manovre che furono puntualmente seguite nei secoli successivi, 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 e faccia nello stesso tempo pressione sull'addome .. 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...senz'altro il feto verrà fuori ...* "

Nell'Occidente un testo si viene ad aggiungere ai pochi stilati in questo periodo, il "De secretis mulierum" attribuito ad Alberto Magno, maestro di S. Tommaso di Aquino. E' intriso di astrologia, anzi viene preso come riferimento per lo studio dei segni zodiacali. Contiene riflessioni sulla fecondazione, e ripete le idee ippocratiche su gravidanza e parto. Il libro fu più volte trascritto e poi stampato fino a tutto il Settecento.

In Italia erano frattanto andate sorgendo Università a Bologna, Padova, Napoli. Un fervore di studi e di ricerche si orientò alla riscoperta del pensiero greco-romano. Si insegnava quasi ovunque il Canone di Avicenna. Per quanto riguarda l'ostetricia e la ginecologia, un personaggio spiccò sugli altri: Michele Savonarola (1385-1484).

La sua "Pratica Maior"<sup>83</sup>, dato alla luce attorno al 1450 (stampato per la prima volta a Firenze nel 1479, più volte ristampato fino alla fine del Seicento), conteneva brani significativi sulla ginecologia, e 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 septennium") scritto in Italiano, fortemente influenzato dall'idioma veneto e ferrarese. Questo volumetto non venne mai stampato, ma ebbe grande diffusione non solo fra le ostetriche, ma anche fra le donne. Oggi ne abbiamo la copia stampata dallo storico Luigi Belloni (1952).

Dall'antichità alla fine del medioevo la storia del parto si confonde, quindi, con la storia della vita quotidiana. Non c'è documentazione di maestri, né scienza scritta; non esisteva "una figura istituzionale" dotata di abilità nell'accudire l'evento nascita. Le donne, semplicemente, si aiutavano a vicenda; certamente la trasmissione orale di informazione domestica era l'unica fonte di conoscenza. La tradizione medica non fa riferimento a problematiche ostetriche, mentre la professione medica escludeva l'esercizio dell'ostetricia. Comunque al tempo della Grecia e di Roma antica vissero celebri levatrici<sup>84</sup>.

---

<sup>82</sup> Forleo, R., opera cit.

<sup>83</sup> Savonarola, M. Practica Maior....., illustrata. Venetiis: apud Iuntas, 1547, 300 c..

<sup>84</sup> Forleo, R., opera cit.

## NELLA MODERNITA'

La caduta di Costantinopoli nelle mani dei Turchi, con la "fuga di cervelli" Greci e Bizantini verso l'Europa, ma soprattutto la scoperta dell' America (1492) e l'apertura del commercio e degli scambi culturali attraverso la via marittima, tolsero l'Europa da un certo isolamento. Fu l'invenzione della stampa alla metà del XV secolo che sovvertì le modalità di comunicare idee, cultura, conoscenze. La ginecologia risentì, come tutta la medicina, di questa prodigiosa scoperta. La storia della specialità diviene storia dei suoi trattati, la cultura si espande dalle Università agli Ospedali, al singolo medico. Chi non ha accesso ai libri, chi non comunica "attraverso essi" è tagliato fuori dall' "arte" . Un po' come oggi con i computers ed internet.

Nello stesso tempo, però, l'Inquisizione imperversava, e si continuavano a bruciare le streghe (e fra queste molte "mammane") seguendo le indicazioni di un crudele manuale domenicano del 1487 intitolato " Malleus maleficarum ", detto anche Il martello delle streghe, preceduto dalla bolla "Summis desiderantes affectibus" di Innocenzo VII, emanata il 5 dicembre 1484.

In campo sanitario, fino al 1700 valsero le teorie del pensiero medico antico elaborato da Ippocrate, mentre la pratica ostetrica non appartenne mai all'esercizio medico sino alla caduta dell'Impero Romano, ma fu appannaggio delle sole donne. Il trattato di Trotula, della scuola di Salerno, sulle malattie delle donne, testimonia l'impegno delle donne nella medicina e nell'arte di assistere i parti<sup>85</sup>.

Nel Cinquecento risorgono in Europa gli studi di medicina e di quelli anatomici e si può parlare di un inizio di rinascita dell'ostetricia. Gli studi anatomici e fisiologici sui genitali femminili, eseguiti da uomini, apparvero come opportune tappe di avvicinamento dei chirurghi all'assistenza al parto. Nella storia recente della medicina l'arabo Albucasi (1113-1106) aveva descritto il parto e le relative modalità dell'assistenza, anche di tipo operatorio, di cui descriveva gli indispensabili strumenti ed il loro uso. L'opera – *Ad docendum obstetrices*- era stata tradotta e messa in pratica da molti chirurghi. Influenze arabe erano presenti in opere di Mercuriale allorchè trattava il tema della levatrici nel *De morbis muliebris*. I trattati di ostetricia di questo periodo " erano pieni zeppi di fantasticherie e di vani ragionamenti sulla generazione e sulla vitalità del feto in certi mesi e mancante di regole facili e solide per agevolare il parto<sup>86</sup> .

Passi enormi fa l'anatomia nello splendido trattato di Andrea Vesalio (1514-1564) e con le opere di Gabriele Falloppio (1523-1562), Giulio Cesare Aranzio (1530-1589) professore a Bologna e Fabrizio di Acquapendente (1537- 1619), che scrisse anche il "De formato fetu" .

Sappiamo che il Rinascimento arricchì di " saperi " l'intera Europa. Ci limiteremo qui a segnalare i principali libri di ginecologia che si stamparono in quel periodo, e che ebbero grande diffusione. Il primo e il più noto fu il trattato di Eucarius Roesslin, medico a Worms, poi a Francoforte: "*Il giardino delle rose delle donne*" ("*Der Swangern Frauwen und hebamenn Roszegarte*", 1513). Il trattato, in tedesco e alfabeto gotico, illustrato da magnifiche figure da un seguace di Durer, Erhard Schon (incisore in legno). Il libro sintetizzava in parole semplici punti essenziali dell' ostetricia. C'è qualche autore, come Ingersler, che riteneva ne esistesse uno prima di questo, un libretto ("*Das frauenbuchlein*" "*Il piccolo libro per le donne*") attribuito a Ortalff von

---

<sup>85</sup> Sulla ginecologia greca antica ed in generale sui temi della storia della medicina e della ostetricia del testo si veda: Campese,S., Manulli, P., Sissa, G., Castiglioni, A., Pazzini, A.,e Corradi, A.

<sup>86</sup> Sprengel,K., Storia prammatica della medicina. Pag 344-

Bayerland e stampato nel 1500 (ora nella biblioteca di Monaco), e che servì da traccia a Roesslin. Certamente però fu il libro di quest'ultimo ad avere gran seguito<sup>87</sup>.

Roesslin così iniziò il suo trattato *"Io voglio 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 ... questo libro è destinato a quelle donne che hanno zelo, e che hanno a cuore di diminuire i dolori che le donne soffrono nel travaglio, e diminuire paure ed angosce"*. Il titolo del libro è legato al nome dell'autore (Roesslin: piccola rosa, poi, tradotto in latino Rhodion). Fu dall'Autore dedicato a Caterina, duchessa di Senaria, alla cui corte lavorava dal 1508 *"perché lo utilizzino le donne incinte e in travaglio, e per dare alle ostetriche le regole per ben operare"*.

E infatti è di questo periodo, nel Wurtemberg, la istituzione di quella che probabilmente è la *"prima scuola per levatrici"* e parimenti il primo tentativo di regolamentare l'assistenza alle partorienti. Il De partu sarà tradotto in latino e in questa veste circolò anche in Italia<sup>88</sup>.

L'opera non contiene pagine originali: è una compilazione di scritti di Ippocrate, Sorano, Galeno, Ezio, Avicenna, Alberto Magno e Savonarola. Il manualetto ebbe grande successo, e la sua edizione in Latino *"De partu Hominis, accidunt ad eo de parturientum & infantium atque cura Libellus"* (che porta il nome latinizzato dell'autore, "Rhodion") servì poi per farne edizioni in francese, spagnolo, olandese, italiano, polacco, cecoslovacco. La più nota è quella in Inglese, di Richard Jones, pubblicato da Raynald nel 1540, con il titolo *"The birth of Man-kynde or the woman's booke"*, che fu il vero manuale delle ostetriche europee per tutto il Rinascimento

Per facilitare l'inizio del travaglio si consiglia di andare su e giù per le scale gridando *"so cande as she can, so to styre her selfe"*. Si descrive poi il famoso "sgabello che le ostetriche portavano con loro" (vedi fig. nell'iconografia). Si accenna al cesareo post-mortem: *"Se muore la mamma e il bambino vive ancora, allora 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 ..."*. L'utero viene descritto come diviso in 7 camere: le tre di destra davano vita al maschio, quelle di sinistra alla femmina, al centro "mostri" ermafroditi. Il collo dell'Utero ha una funzione nella fecondazione ("parto della madre"). Durante il coito 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 non aveva carattere innovativo in campo ginecologico.

Invece contenuto innovativo si poteva ammirare nelle opere del grande chirurgo francese Ambroise Parè ( 1510-1590 ) e del suo allievo Guillelmeau ( 1550-1613), che ebbe il merito di aver diffuso e perfezionato il rivolgimento e l'estrazione podalica con tecnica usata fino ai nostri giorni e che troveremo impegnati nell'ampio dibattito sul taglio cesareo. Descrisse la placenta previa e consigliò di perforarla con le mani, fare il rivolgimento ed estrarre il feto per i piedi. Le sue operazioni sono descritte in un raro libro (*"L' hereux acchonchement des femmes Paris"*; 1609), diretto ai medici perché si accorgessero dell'ostetricia. *" O razza di uomini, che perdete il vostro tempo in futili piaceri! Voi che riempite dei vostri scritti le librerie, scrivendo materiale di scarso*

---

<sup>87</sup> Forleo, R., opera cit. pag. 30 e ss..

<sup>88</sup> Guzzoni degli Arcarani, A. La levatrice attraverso la storia. L'arte ostetrica, 1914; pag 24

*valore, del tutto inutile per noi, ... divenite esperti nel trattare i problemi dei parti ...* ". Interessante nell' opera di Guillelmau è il suo tentativo di verificare lo stato di salute del feto prima di decidere quale metodo usare per risolvere i problemi del parto, ancora non ci si avvaleva dell'uso dello stetoscopio ostetrico, lo strumento che ha permesso di ascoltare la presenza del battito cardiaco fetale.

Giacomo Berengario da Carpi (1470-1550) che fra l'altro descrisse due casi di isterectomia vaginale per prolasso, e Andreas Vesalius (1514-1564) rivoluzionarono le conoscenze anatomiche ponendo la base per un più corretto studio della fisiologia ginecologica.

Senza dubbio di grande valore è anche il libro "Observations diverses sur la stérilité..." ( 1609) di Louis Bourgeois, detta Boursier (1563-1636), ostetrica alla corte francese, che lavorava all 'Hotel Dieu di Parigi, l'ospedale destinato a diventare nel XVIII secolo, per opera soprattutto di Francois Mauriceau (1637 -1709), punto di riferimento europeo dell' Ostetricia moderna.

Alla fine del 1500 si sentì il bisogno di raccogliere in vere e proprie enciclopedie i trattati classici scritti fino ad allora per offrirli ai medici. Gasper Wolff ( 1525-1601 ) pubblicò a Basilea nel 1566 il " Volumen gynaeiorum, hoc est, de mulierum tam aliis, cum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus at morbis".

Poi Gaspar Bahuin pubblicò un volume, con più autori, il suo "Gynaeciorum de mulierum affectionibus commentarii" (Basilea, 1586-88) ed infine Israel Spach (1560-1610) raccolse il più gran numero di scritti di ginecologia nel suo "Gynaeciorum sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum, parientium et puerperarum affectionibus et morbis libri" (Augustinae, 1597).

Questi trattati sono fondamentali per avere un'idea concreta del pensiero medico del XVI secolo ed una sintesi delle idee su cui si era basata la ginecologia fino ad allora.

Chiudiamo questo secolo facendo riferimento agli autori italiani. Dopo Michele Savonarola (1464-1585), molte pagine senza alcuna novità furono scritte dal medico veronese Alessandro Benedetti (1460-1525), che visse a cavallo dei due secoli.

Interessante fu la sua confutazione della credenza, quasi universale, che il pube delle donne si aprisse durante il parto. *"la Natura in realtà agisce in altro modo"* dice Benedetti: *"sono le parti più basse della colonna spinale chiamate osso sacro e coccige, che si allargano spontaneamente. Se ambedue queste parti non si allargano, i parti sono più difficili ...* ". Anch'egli credeva che durante il parto il bacino osseo si allargasse, ma non il pube. Dà dei buoni consigli all'ostetrica: *"l'ostetrica deve essere robusta, giovane, prudente, provvista d'una disposizione naturale a questo esercizio e alquanto audace ... cerchi di sollevare l'animo della primipara, non dimostri l'eccessiva avidità di danaro, sia allegra e ilare ...* "

In Italia la preoccupazione di fornire alle ostetriche un' istruzione fu allora prevalente ed appare evidente in un libro del fiorentino Jacopo Tronconi (De custodienda puerorum sanitate ante partum, in partu e post partum", 1593) che sostiene, scrivendo alla Gran-duchessa Toscana Cristina Lotaringia, che a Firenze non ci fosse alcuna donna esperta dell'arte ostetrica.

Nel suo trattato scrive che *"l'arte ostetrica è esercitata da donnicciuole fra le più vili, del tutto incapaci di provvedere ad alcun caso urgente ... sono queste così ignoranti nella valutazione dei tempi del parto, nel valutare la penetrazione ... la levatrice diligente esplori spesso la donna con la*

*mano unta e si renda conto della discesa del capo del bambino al collo dell'utero ... quando il parto ritarda inviti le donne a sforzarsi di spingere con tutte le loro forze, tenendo la bocca chiusa e le narici chiuse, indirizzando l'aria trattenuta verso l'utero ... quando il bambino sarà nel suo grembo la levatrice si trasforma da ministra in artista, giacchè con destrezza e perizia in questa terza fase del parto questo sarà il suo ufficio".* Si intuiscono da queste parole l'esplorazione vaginale durante il parto per definire la posizione delle parti fetali e la manovra di Valsalva per spingere il corpo fetale alla progressione nel canale da parto, pratiche ancora in uso.

Il più importante libro per ostetriche scritto in Italiano da Scipione Mercurio "La Commare o Raccogliatrice", Venezia -1596 descrive dettagliatamente delle posizioni in travaglio di parto e del taglio cesareo.

Fu punto di riferimento per le ostetriche per tutto il XVIII secolo. L'ultima edizione è del 1713. Scipione Mercurio scrisse il suo trattato in italiano ("perché le mie Comari non sanno di latino"! ) specificatamente per le ostetriche: «*Io ho avuto pensiero di ridurre l'ufficio della Commare in un trattato, e di nominarlo con il suo nome perché in esso vi si contengono l'azioni sole, che ad essa s'appartengano [ ... ] e la mia commare non sa di latino*». Nel suo trattato con belle tavole in legno, vengono per la prima volta disegnate due figure sul taglio cesareo, come vedremo successivamente parlando di questo intervento nel suo proprio capitolo.

Fu un libro di grande successo, 18 edizioni, che possiamo considerare come il primo ed unico trattato di ostetricia in Italia fino al 1721. Nei testi di medicina di questo periodo il vecchio e il nuovo si trovano mescolati e traggono origine dalle mammane di Paracelso, Avicenna, mentre Mercurio esortava le levatrici ad apprendere l'arte dalle loro più anziane colleghe. Comunque, riti, rimedi, teorie o meglio fantasticherie, di cui si trovano traccia nelle culture popolari e che fanno parte del "sapere" delle mammane, una volta che si instaurerà il sapere medico dotto del XVIII secolo saranno setacciati, bollati come superstizione e antiscientifici, e tout court *alienati*<sup>89</sup>. Le levatrici saranno definite ignoranti, eppure alcune usanze come quella di "Cingere la partorienti con una cintola di pelle di cervo secca", riferita da Mercurio, trovano la loro origine, secondo Mercuriale del *De morbis*, da : "Laudant etiam arabes, corrigiam ex pelle cervi cinctam parienti....". Comunque, i due mondi, il primo -quello delle mammane e il secondo -quello dello sviluppo della ricerca, rimasero indifferenti l'uno all'altro fino al 700<sup>90</sup>.

In questo periodo sarà la Chiesa che rivolgerà la sua interessata attenzione al mondo delle mammane su cui graverà, sin dal 400, il sospetto di stregoneria. In effetti i sospetti riguardavano cose concrete: la manualità della levatrice, la sua conoscenza dei segreti delle donne, i suoi consigli sulla contraccezione. Contro la levatrice si alzavano le accuse di essere il principale nemico della fede e di uccidere bambini per offrirli al diavolo, di causare sterilità ed impotenza. L'opinione più diffusa tra gli inquisitori, tratta dal libro "Malleus maleficarum" di cui abbiamo già parlato, era che dietro ogni levatrice si potesse celare una strega.

La Chiesa con il Concilio di Trento sentì la necessità di riorganizzare la sua presenza nel territorio mediante una rinnovata giurisdizione ecclesiastica anche sulle donne che assistevano al parto<sup>91</sup>, in quanto potenziali dispensatrici del battesimo nei casi di imminente morte del neonato. E quindi si conferiva alla mammana una nuova autorità nella comunità, esercitata in momenti gravi e

---

<sup>89</sup> Ginzburg, C., *Il formaggio e i vermi*. 2009, pag 196.

<sup>90</sup> Pancino, C. opera cit., pag. 28.

<sup>91</sup> Musi, A., opera cit. pag.112.

soleenni, quale quello della morte. Ma attraverso tali nuove incombenze si apriva un varco nella oscurità fitta e serrata del momento del parto ancora del tutto vissuto da sole donne. Lo stesso parroco, abitualmente nato e formatosi nella cultura popolare, era completamente sprovvisto di mezzi di conoscenza per contrastare il ruolo egemone della mamma<sup>92</sup>.

Lo spirito controriformistico individuava nei parroci operanti nel territorio la personalità capace di controllare capillarmente l'opera delle mammane, in base alla prescrizione deliberata dai sinodi vescovili, tenutisi dal '500 in poi, per la quale le levatrici, potendo trovarsi nella necessità di amministrare il battesimo a neonati in pericolo di vita, fossero istruite ed approvate per iscritto dal vescovo o dal parroco, sulla loro capacità di " *ben battezzare* ", non solo, ma a battesimo avvenuto, con la presenza di due testimoni, potessero essere interrogate dal sacerdote per confermare la correttezza degli atti battesimali. La sorveglianza della Chiesa sulle levatrici resterà attiva fino al 1967, quando Paolo VI ne decreterà definitivamente l'annullamento, mediante l'abolizione della Sacra congregazione dei cardinali istituita dal Concilio di Trento<sup>93</sup>.

La Pancino scrive che l'autorità data al parroco nel controllo della condotta morale della comare e la potestà, che questi aveva di rilasciare o rifiutare l'approvazione, erano diventate la prassi per sorvegliare ed incidere sulla scelta della donna che nei villaggi avrebbe conosciuto i segreti di tutte le madri. Costei, nell'accompagnare il neonato alla fonte battesimale, avrebbe dovuto, almeno simbolicamente, render conto di quanto era avvenuto fra le donne negli oscuri momenti del parto<sup>94</sup>.

Numerose erano le incombenze delle levatrici fino al '500 '600. Tutte trattavano il sesso femminile e le conseguenze del suo impegno relazionale col sesso maschile. Le levatrici dell'alto medioevo non si differenziavano molto dalle *obstetrices* dell'antichità: praticavano l'assistenza al parto e ai neonati, consigliavano la formazione delle nuove coppie, davano, se interrogate dalla giustizia, il loro parere sulla gravidanza o sulla verginità di una donna<sup>95</sup>.

Le levatrici del 500-600 avevano arricchito la loro attività sulle malattie delle donne e dei bambini, sulla sessualità, sulla bellezza e sulle pratiche di cosmesi, infine elargendo i rimedi per numerosi disturbi della salute, in quanto esse erano ormai a conoscenza delle proprietà semplici e di quelle occulte delle cose. Preparavano abilmente bevande e medicinali, curavano anche la ritualità del parto, che si alimentava di preghiere ed invocazioni di antica memoria pagana o di più recente elaborazione cattolica, non scevra da residui di riti magici e di incantesimi<sup>96</sup>.

Dal '600 in poi gli incantesimi, almeno dai libri, scompaiono in quanto " meritatamente proibiti dalla religione cristiana " <sup>97</sup>.

La figura della levatrice era impegnata tra la popolazione, che ovviamente aveva la possibilità di scegliere e di sfruttarne le competenze. La scelta era facilitata dalla sua saggezza e dalla sua esperienza, acquisite durante la propria vita come madre di numerosi figli ed anche per l'età

---

<sup>92</sup> Allegra, L. Il parroco: un mediatore tra alta e bassa cultura. In Storia Italia, Annali 4, Torino, 1981, pp. 895-947..

<sup>93</sup> Del Re, N., La curia romana, Roma 1970, p.150 e ss.

<sup>94</sup> Pancino, C., opera cit, pag 31-

<sup>95</sup> Metradora, Morbis mulierum. trad. it. Milano,1953.

<sup>96</sup> Garzoni,T., La piazza universale di tutte le professioni del mondo nobili et ignobili, Venezia, 1628 (1586), p. 361

<sup>97</sup> Mercurio,S. La Comare, cit., p. 21.



matura. In effetti una donna affidava alla levatrice, scelta anche da molte altre donne, se stessa, i figli, i suoi segreti e quindi era necessario che quella levatrice godesse di credibilità generale.

Anche il parroco concedeva la possibilità di amministrare il battesimo alle levatrici già accettate dalla popolazione del villaggio. Mercurio nel suo primo libro dà un'immagine positiva della comare, raccomandando nel contempo circospezione nella scelta:

*Dunque s'usi ogni possibile diligenza nel provvedersi di comare, la quale non solo sia esercitatissima e prudentissima nello ufficio della comare, ma che sopra il tutto sia timorata di Dio; non strega e ministra del diavolo, e che sia di buoni e onesti costumi, e nono ruffiana*<sup>98</sup>.

Con Scipione Mercurio, alternativamente frate e medico, studioso dei testi antichi e acuto osservatore del presente, e l'impegno della Chiesa della controriforma nella questione della nascita, si chiude la nostra riflessione sul Rinascimento, condotta attraverso i testi scritti in quel tempo per rendere più palpitante e vivo ciò che succedeva nel passato

Alla fine del 1600, per la scoperta del microscopio, cessò di regnare nell'interpretazione dell'inizio della vita, il pensiero aristotelico basato sul concetto di "forma" e "materia", secondo il quale il liquido seminale maschile "dava forma" al sangue mestruale (materia). Si scoprì infatti con Harwey, e poi con Leeuwenhoek (1548) e De Graaf, dell'esistenza dei follicoli ovarici (ovociti o "ovuli") e degli spermatozoi ("animaluncoli").

Si svilupparono reparti ostetrici, come l'Hotel- Dieu di Parigi, e si scrissero qualificati trattati di "malattie delle donne", come quello del celebre Mauriceau (1680). Si sviluppano così, nel secolo successivo, gli studi sull'embriogenesi. Ma, come dice Findley *"il '700 sviluppò principalmente il pensiero scientifico sull'ostetricia, che sarà destinato a risolvere i problemi che avevano pesato sul precedente passato. In questo periodo fu inventato il forcipe, si sviluppò la tecnica del rivolgimento, fu tentato con qualche successo il cesareo su donna vivente, e messe a punto ricerche sulla fisiologia ostetrica. Fu in questo periodo che l'ostetricia divenne una scienza"*<sup>99</sup>.

Il 700, "il secolo dei lumi" portò alla deificazione della Ragione, nel tempio di Saint Suplice a Parigi, contro l'incultura e i feticismi, e allo sviluppo di una trattatistica medica e scientifica che, sulle tracce della "Enciclopedia" di Diderot, diffuse una cultura basata su osservazioni empiriche e riflessioni cliniche. Difatti nel settore dell'ostetricia il secolo precedente aveva, attraverso rudimentali microscopi, scoperto l'esistenza degli ovociti (De Graaf, 1668) e degli spermatozoi (Van Leeuwenhoek 1667), scoperte che aprirono la strada allo studio dei meccanismi della fecondazione.

Si deve all'italiano Vallisneri (1721) una prima organica sintesi sulle teorie della fecondazione e all'abate Spallanzani (1776) una piena documentazione scientifica<sup>100</sup>.

L'epoca dell'illuminismo fu caratterizzata dalla "fede" che la conoscenza basata sull'esperienza fosse la chiave per migliorare la qualità della vita umana; scoprendo le leggi della natura che governano la vita, la società poteva così essere riorganizzata e la felicità ne sarebbe stata la sicura

---

<sup>98</sup> Mercurio, S. Degli errori popolari d'Italia, Venezia, 1603, p. 390.

<sup>99</sup> Findley P., Priest of Lucina. The story of obstetrics, Boston, 1939

<sup>100</sup> Vallisneri, A., Istoria della generazione dell'uomo e degli animali, se sia da vermicelli spematici o dalle uova. Ed. Herz, Venezia, 1721.

conseguenza<sup>101</sup>. Questo pensiero confutava che la verità ci giungesse da Dio, attraverso la gerarchia ecclesiastica e il potere monarchico. A queste autorità veniva opposta un'organizzazione della società basata sul contratto sociale, che promuoveva una uguaglianza di diritti attraverso la partecipazione politica ( Rousseau, Locke, Montesquieu ).

Un' idea di "natura umana", non dominata dalle speculazioni materialiste né da presupposti religiosi, si fa strada nella scienza ed anche nella medicina, certamente non ancora assoggettata al metodo sperimentale, ma succube ancora di teorizzazioni e classificazioni. È il tempo dei grandi clinici come l'olandese Hermann Boerhaave, Sauvage de la Croix, Simon-Andrè Tissot, celebrati come fulgide figure di scienziati, ma successivamente le loro affermazioni nei diversi campi della medicina risulteranno semplici teorie "meta mediche".

I nuovi trattati di chirurgia sono più attenti alla fisiologia e basati su conoscenze anatomiche, tanto che con la Rivoluzione francese questa scienza si fonde con la medicina; la laurea diviene non più in "Medicina e Filosofia" - separata dal diploma di "barbiere-chirurgo", ma in "Medicina e Chirurgia". Tutto ciò anche se, senza asepsi e antisepsi e senza anestesia, il bisturi del chirurgo raramente risolveva i problemi patologici.<sup>102</sup>

È il tempo della trasformazione della medicina da filosofia a scienza, da arte teorica a clinica, si comprende allora come fosse sempre più ritenuto impossibile lasciare l'assistenza alla nascita nelle mani di semplici e spesso incolti personaggi, come le levatrici, capaci spesso solo di conservare riti e tradizioni del passato.

L'Ostetricia francese, che aveva avuto come antesignano il trattato chirurgico del 1604 di Jacques Guillemeau (1550-1613) "Les Oeuvres de chirurgie (1602)", allievo del grande Ambroise Paré (1510-1590), celebre barbiere-chirurgo parigino, che pratica l'estrazione manuale della placenta, ricomincia ad eseguire il rivolgimento e l'estrazione podalica secondo Celso e Sorano e descrive diligentemente le pratiche embriomiche su feto morto, essendo da lui proscritte su feto vivo ( Candussi, pag 12), guidò l'evoluzione della specialità in Europa. Intanto l'uso del taglio cesareo su donna viva aveva trovato la prima trattazione scientifica in François Rousset (1557) nel '600 e '700 e fino a metà dell' 800, periodo in cui dominò la figura del ginecologo Baudeloque (1745 -1810), punto di riferimento della ginecologia.

François Mauriceau (1637-1709) dell'Ospedale Hôtel- Dieu di Parigi (dove venivano effettuati ricoveri anche per parti fisiologici) con il suo celebre trattato, edito la prima volta nel 1668 ( il suo nome è legato alla manovra dell' estrazione della testa in presentazione podalica<sup>103</sup>), e il suo allievo Paul Portal (1627-1703)<sup>104</sup>, con la prosecuzione della sua opera soprattutto in ambiente olandese, avevano in precedenza aperto e rinnovato l'ostetricia. A questi si aggiunse l'olandese Hendrick van Deventer (1651-1724)<sup>105</sup>, che impostò in modo organico il tema delle "Malattie delle donne" ed in particolare della fisiopatologia e clinica della gravidanza, del parto ( attribuì grande importanza al bacino normale e viziato<sup>106</sup>) e del puerperio. I suoi seguaci avevano addirittura dato vita in Inghilterra ad un'associazione di ginecologi "nemici del forcipe". Questo strumento, il cui uso cominciò ad espandersi alla fine del XVII secolo, era stato inventato e usato dalla famiglia di

---

<sup>101</sup> Moscucci , O., The science of Woman,1990, pag . 27

<sup>102</sup> Forleo, R., opera cit., pag 40; Tousijn, W., opera cit.pag .66.

<sup>103</sup>Boucheé, C. , Candussi, G. , Breve storia dell'ostetricia e della Ginecologia a Trieste, pag. 12.

<sup>104</sup> Portal, P. , La pratiques des accouchements soutenue d'un gran nombre d'ossevation. Martin, Paris. 1685

<sup>105</sup> Deventer, H van, Operationae chirurgicae novum lymen exibentes obstetricantibus, Dickhuisen, Ludguni Batavorum, 1701

<sup>106</sup> Bouché, C. ,Candussi, G., opera cit. pag 12.

ginecologi inglesi, i Chamberlen. Secondo alcuni storici fu l'uso del forcipe ad aver accelerato la tendenza di medici e/o chirurghi ad occuparsi nuovamente del parto fisiologico ("man-midwife"). Fu in realtà Palfyn (1650-1730), chirurgo fiammingo e dimostratore di anatomia ed abile costruttore di vari tipi di forcipi, con la sua relazione all' Academie Française (1710), colui che aprì l'era del forcipe senza scopo di lucro, ancora oggi non tramontata in molti paesi malgrado il crescente ricorso al taglio cesareo<sup>107</sup>. Nasce una nuova figura "professionale" nel corso del secolo XVII, in Francia, si tratta di un chirurgo, che ambisce ad occuparsi di questa emergente specialità, il cosiddetto **Accoucheur**, che svolgerà la sua pratica con obbligatoria frequenza nelle sale ostetriche dell'Hotel Dieu e che sarà tra le più redditizie.

### La << mode de l'accoucheur >>

Nel '600 e ai primi del 700 non c'è alcun cambiamento nel modo di essere della levatrice e dei requisiti richiesti per essere scelta dalla popolazione femminile. In Francia, però, succede qualcosa che fa scandalo e che avrà nel tempo un valore rivoluzionario e di progresso. Gli ostetrici saranno chiamati al capezzale di nobili partorienti. Difatti nel 1663 Luigi XIV fa assistere *clandestinamente* il parto normale di "mademoiselle" de la Valiere dal chirurgo Jules Clement.<sup>108</sup>

A Parigi diventerà una "mode de l'accoucheur", nella aristocrazia e nell'alta borghesia. In seguito i chirurghi chiederanno alla corte, ottenendolo, il consenso ad assistere il parto, cosa sin qui rifiutata. Era opinione diffusa che i chirurghi francesi dal punto di vista teorico, per merito di Ambroise Paré (1517-1590) e Jacques Guillemeau (1550-1613), erano sicuramente molto più preparati delle mammane sulla scienza dei parti, grazie soprattutto alla lettura di opere recenti e di quelle dei classici. Perplessità ovviamente erano suscitate dalla mancanza di pratica clinica. Il Paré è accreditato della pratica dell'estrazione manuale della placenta, riprende il rivolgimento e l'estrazione podalica secondo Celso e Sorano e descrive diligentemente le pratiche embriotomiche su feto morto, pratiche vietate su feto vivo<sup>109</sup>.

Ben presto questa superiorità teorica avrà "il sigillo" dell'uso di strumenti chirurgici. Anche le mammane - vedi il saggio della signora tedesca Justina Siegemund- si aiutavano con semplici strumenti per aiutare i parti più difficili. Un semplice elenco prevede: cordicelle da legare agli arti del bambino per facilitarne l'espulsione, una monetina affilata per incidere il perineo allo scopo di facilitare l'espulsione del feto e per evitare ampie e pericolose lacerazioni dello stesso, a loro volta sede di emorragie difficili da trattare e complicate successivamente da infezioni, le due complicazioni che storicamente portavano frequentemente a morte le partorienti in quanto l'arte sanitaria non aveva capacità né farmacologiche né strumentali per la loro adeguata correzione.

I ferri dei chirurghi ostetricanti saranno oggetti studiati e costruiti "razionalmente" e diventeranno famosi con appellativi come "mani di ferro", "leva", "forcipe" e "cava testa". Saranno anche gli strumenti molto usati nel Diciassettesimo e nel Diciottesimo secolo, dando così un contributo decisivo alla affermazione della nuova scienza ostetrica. Non è inutile ricordare che i chirurghi, per essere tali, nella loro storia già conoscevano ed usavano strumenti cruenti, quali uncini, rasoi ed altri. Sin dall'antichità il parto difficile ha visto presente il chirurgo, non il medico, in quanto le levatrici non conoscevano tecniche efficaci se non l'attesa impotente o l'uso di tecniche improvvisate. La presenza attiva dei chirurghi nei parti difficili ad esito infausto sia per le

---

<sup>107</sup>Forleo, R., opera cit., pag 40.

<sup>108</sup>Mauquest de la Motte, G., Accoucheur de campagne sous le Roi Soleil, l'introduzione a Le traité d'accouchement, Paris 1979.

<sup>109</sup>Candussi, G. opera cit. pag.12

madri o per i figli o di entrambi non migliorò le loro sorti almeno nella prima fase, diciamo sperimentale, della loro esperienza ostetrica<sup>110</sup>. Gli strumenti venivano usati in genere quando si era sicuri che il feto fosse morto e c'era la necessità di salvare la vita della partoriente, nonostante che le tecniche per la diagnosi di vitalità fetale in quel tempo fossero pressochè assenti. Il forcipe aveva fama di "istromento di vita" in opposizione agli altri strumenti, che invece erano etichettati come "istromenti di morte". In ambito letterario sul forcipe si richiama la sua presenza nel romanzo di Laurence Sterne intitolato "La vita e le opinioni di Tristram Shandy gentiluomo", pag. 150, dove segue una breve descrizione dell'uso del Forcipe nella fase iniziale della nuova ostetricia ed anche dei danni che può arrecare al bambino.

I chirurghi, il cui impegno sin dall'inizio ebbe l'obiettivo di dare soluzioni adeguate ai casi di parto difficoltoso, successivamente rivolsero la loro attenzione per una migliore sistemazione teorica delle conoscenze sia delle malattie delle donne che della gravidanza e del modo di svilupparsi del parto normale e di quello patologico. Inizia e si sviluppa rapidamente la editoria moderna di opere ostetriche. Francois Mauriceau (1637-1709), chirurgo parigino che operava presso l'Hotel-Dieu, pubblica nel 1668 il trattato "Des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées", che avrà un grande successo e sarà letto in tutta Europa.

La Francia nella prima metà del '700 sicuramente fu la culla della nuova ostetricia europea. Tutta l'Europa guardò alla Francia e tutti i chirurghi che avevano interesse per l'ostetricia programmarono un soggiorno parigino di apprendimento, essenzialmente teorico. Le esercitazioni pratiche si svolgevano su manichini, mentre limitata era l'esperienza clinica diretta. Levret (1703-1780) e Beaudolocque (1746-1810) i nomi più famosi di questo periodo: il primo, costruttore del suo forcipe, mentre il secondo pubblicò un trattato per le levatrici, che fu presto tradotto anche italiano: Dell'Arte Ostetrica, Pavia 1818 (trad. dal fr. 1756).

Il campo ostetrico, nella ospedalità ma anche nella gestione del parto domestico, diveniva, a questo punto, di chiara pertinenza degli ostetrici, mentre l'attività delle mammane si restringeva e perdeva anche di valore sanitario, tanto che – prevalendo nel livello di interesse pubblico e statale l'intenzione di migliorare la qualità dell'assistenza in generale, definita populazionista, il campo ostetrico fu affidato ai chirurghi ostetrici<sup>111</sup>.

Se la trasmissione del sapere ostetrico, sin qui, era stato delle donne e solo per via orale, ora la scrittura è la via maestra, comportando una svolta radicale e innovativa, conferendo alla conoscenza ostetrica "disciplina di scuola", che sarà obbligatoriamente presente nell'ambito d'un ordinamento didattico ben presto organizzato in maniera diffusa per tutta l'Europa. Ovviamente all'ascesa del prestigio degli ostetrici al letto delle partorienti corrispose una diffusa e praticata resistenza, se non una vera ostilità, da parte delle levatrici nei riguardi del nuovo clima e dei suoi nuovi attori. Si ricorda l'epoca dei ricorsi delle mammane contro le nuove venute, le cosiddette "istruite"<sup>112</sup>.

Il 1700 segnò quindi la nascita di una "vera e propria specializzazione medica in ostetricia", insieme allo stabilirsi anche in Italia di specifiche cattedre per studenti (a Roma con Francesco Asdrubali nel 1776) e il diffondersi delle "Scuole di Ostetricia Minore" per le ostetriche. Soprattutto si registrò in Europa la

---

<sup>110</sup> Metzger, R., Sull'uso proprio dei principali strumenti che vengono adoperati nell'ostetricia, Venezia 1831; Assalini, P. Nuovi istromenti di ostetricia e loro uso. Milano, 1811.

<sup>111</sup> Pancino, C., opera cit. pag 30 e ss.

<sup>112</sup> Ibidem.

strutturazione di Scuole, divenute obbligatorie per ottenere un diploma, che consentisse di esercitare l'arte delle antiche e dotte "maia" greche e "medicine" romane. È anche il tempo delle diatribe tra coloro che, immersi nella tradizione, ne traggono certezze assolute ovvero le mammane, che pensano di essere all'altezza non solo di seguire il parto normale, ma di saper individuare il parto patologico ("contro natura") e di invocare a quel punto l'intervento del chirurgo ostetrico, mentre l'uomo, forte della sua nuova cultura, tende ad appropriarsi anche del parto naturale in quanto, come afferma il francese Mauquest de la Motte (1655-1737): " *il travaglio, che prosegue regolarmente, improvvisamente può trasformarsi in dramma, niente essendo così mutabile come il travaglio*", chiarendo come non fosse sempre possibile prevedere un'evoluzione patologica, " *del resto, aggiungeva de La Motte, anche la cura di travaglio e parto fisiologico necessitavano non solo di esperienza e buon senso, ma anche di cultura clinica adeguata.*". «È regola - afferma però De La Motte - *per l'ostetrica chiamare i chirurghi che lavorano in ospedale per i parti patologici*».

La Motte aveva individuato "una volta per sempre" l'imprevedibilità dello sviluppo del travaglio del parto, che può definirsi fisiologico solo a parto concluso.

Le dispute fra ostetriche e medici si alimentavano anche delle difficoltà plurisecolari del rapporto di genere "uomo-donna", nello stesso tempo, esasperando il senso del pudore, della verginità e della verecondia, si alimentava il rifiuto del "man midwife", a meno che non vi fosse una patologia. Per i medici, fino al XVIII secolo, vigeva ancora l'interdizione a toccare il corpo femminile e soprattutto l'area genitale. Per aver violato questa legge travestendosi da levatrice per assistere un parto fisiologico, il leggendario medico Weiss di Amburgo fu bruciato vivo, episodio riferito da Forleo.

Con la nuova trattatistica, è in Francia che si sente la necessità di istituire vere scuole per ostetriche, che, disconoscendo la tradizione che poggiava sull'esperienza individuale infarcita di credenze e riti tramandati da una generazione all'altra dall'età medioevale, potessero preparare delle donne ad una funzione assistenziale ormai intesa come complessa e preguata di conoscenze stabilmente accettate da una accademia medica, che trovava sede nelle università, nelle maternità organizzate ormai in tutta l'Europa e nella pubblicistica del tempo a larga diffusione<sup>113</sup>.

I primi insegnamenti alle "sages femmes" vengono impartiti dal chirurgo Ambrois Paré (1510-1590) e dal suo allievo Guillemeau (1550-1613), attraverso l'opera di una famosa ostetrica, Louise Burgeois (1563-1636), moglie del chirurgo Boursier, nota anche per aver assistito il parto di Caterina dei Medici. Quindi la moderna ostetricia nasce in Francia da dove si diffonde negli altri Paesi europei ed anche in Italia, anche se da noi molto più lentamente e in maniera diversificata per le note variazioni storico-istituzionali del territorio italiano. Un breve escursus sul modo di diffondersi delle nuove conoscenze ostetriche in Europa ci mostrerà la lenta ma inesorabile progressione anche del "nuovo operare ostetrico" ormai sentito come impegno che va al di là del fare personale ma che interessa anche l'Istituzione Statale.

## IN GERMANIA

Lo storico Karl Gaspar von Siebold (1736-1807)<sup>114</sup> ha affermato che l'assistenza alla nascita in Germania era trascurata e confinata nelle mani di ostetriche autodidatte dal momento che era predominante il pregiudizio contro la possibilità che uomini assistessero alla nascita, chirurghi e

---

<sup>113</sup> Portal, P. opera cit.

<sup>114</sup> Siebold, AE. von. *Über den gebaermutterrebe*, Berlino, Dummler, 1824

medici erano chiamati solo in casi di urgenza ( spesso sacrificando il bambino per salvare la madre attraverso l'embriotomia), alienando così ogni possibilità di arricchirsi culturalmente attraverso la pratica esperienziale del parto naturale. In pari tempo, nonostante l'impegno diffuso e praticato di trasmettere cognizioni mediche alle ostetriche, costoro seguivano " il vecchio costume di imparare dalle più anziane, le ostetriche con esperienza". Quindi in Germania erano pochi i medici esperti di travagli e parti fisiologici, pur avendo il compito di sorvegliare l'attività delle ostetriche. L'autorità superiore ordina e raccomanda ai medici ordinari di esaminare le allieve ostetriche sul loro modo di vivere, la loro robustezza fisica, la loro istruzione ed esperienza, e vedere se queste nell'esercizio della loro arte siano sufficientemente istruite<sup>115</sup>. Si aggiunga l'assenza di reparti ospedalieri dove poter fare esperienza ostetrica ( ad eccezione di Strasburgo) ed accogliere le allieve da istruire: era giocoforza che l'istruzione specifica fosse nelle mani delle ostetriche anziane.

Eppure, il primo libro per le ostetriche a stampa uscì proprio in Germania, il celeberrimo Rosengarten 1512, già citato, scritto in tedesco e non in latino con la chiara intenzione che potesse essere letto, come fonte di istruzione, dalle ostetriche. Un trattato che fu tradotto in tutta Europa con l'edizione inglese del 1540 intitolata " The birthe of mankinde" la più nota, mentre una successiva, riveduta, redatta da Thomas Raynold porta il titolo " The women 's booke". Altri trattati per le ostetriche erano rifacimenti del trattato di Scipione Mercurio, "La commare o raccogliatrice", scritti da Huxholz, Voellter, Stockhamer e quello scritto da Justina Siegemunde ( 1650-1705), di cui parleremo a parte.

**In Inghilterra,** rudimentali scuole per ostetriche erano state introdotte sin dal 1512, in quanto era richiesto un " esame di licenza " per svolgere l'attività di midwife, sotto il patrocinio del vescovo locale a garanzia dei molteplici aspetti funzionali di questa importante figura assistenziale, che non solo seguiva il parto e la gravidanza, ma doveva amministrare il battesimo, come in tutta la cristianità, denunciare gli infanticidi, soprattutto doveva certificare la paternità dei neonati da madre non sposata, al fine di assicurarne il mantenimento. Inoltre le ostetriche dovevano giurare 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 ed onesto. Come si vede facilmente, non era una scuola impostata su studio e ricerca scientifica ancora non praticata nel campo della salute, ma ripeteva la modalità della trasmissione orale fra donne di un "corpus " delle conoscenze ostetriche trasmesse dalla Maestra ( Matron), a cui la candidata veniva presentata dal Vescovo: un *semplice controllo sociale* della candidata prima e dopo il conseguimento della licenza della midwife nell'esercizio del mestiere. In effetti la cultura professionale era modesta, mentre la nascita era considerata un momento importantissimo più per gli aspetti religiosi che per quelli medici e scientifici, nonostante che essa fosse molto spesso occasione più di dramma che di gioia, pur nella motivazione episcopale di intervento finalizzato a ridurre il flagello della mortalità perinatale. Anche in Inghilterra il chirurgo, solo uomo, veniva chiamato per casi complicati, che richiedevano operazioni faticose e dure psicologicamente come embriotomie e il cesareo post mortem. Il primo "diploma" di ostetricia, segnalato in Inghilterra, fu dato dal Vescovo Bonrer, in epoca elisabettiana, e lo scopo era principalmente quello di «*impedire i disordini nella pratica ostetrica, quali lo scambio di neonati, l'uso di incantesimi e stregonerie, l'uccisione di bambini, l'embriotomia, la craniotomia, il battezzare i bambini con parole futili e profane, o con l'uso di acqua tiepida e profumata*»<sup>116</sup>. Siamo ancora lontani da quella "ars obstetrica" che nel passato aveva raggiunto livelli ben più elevati.

---

<sup>115</sup> Bernard Hertz Sanchsen, 1862, citato da Forleo, pag 45

<sup>116</sup> Struper's Annals, 1567, citato da Forleo, pag 46.

Si vuole ricordare a questo punto, in campo inglese, l'impegno di Peter Chamberlen, il primo di una lunga generazione di chirurghi ostetrici, che inviò a Re Giacomo " *un documento*" in cui reclamava l'intervento pubblico per addivenire ad una legislazione civile, che regolamentasse l'attività delle ostetriche innanzitutto attraverso la loro istruzione. Di questa esigenza per altro si era fatta interprete Jane Sharpe, 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. Difatti l'ostetrica scrive testualmente: "*Sorelle, sono stata spesso triste nel considerare che tante misere donne finiscono nelle mani di incapaci ostetriche; inoltre professano l'arte senza nozioni di anatomia, che è la materia principalmente utile all'ostetricia, essenzialmente preoccupate di ricavare profitto dalla loro professione*".

Agli albori del XVIII secolo l'introduzione del forcipe, come strumento ostetrico, capace, se impiegato con arte, di estrarre la testa fetale rimasta a lungo nella pelvi femminile ed incapace di avanzare fino alla vulva, ha comportato in molti casi clinici la soluzione fausta per madre e neonato, a fronte di drammi umani che portavano alla morte madre e figlio, qualche volta nonostante il taglio cesareo, o l'embriotomia con lo scopo di permettere la sopravvivenza della madre, sacrificando il figlio. Un successo che ha aiutato la crescita dell'autorevolezza dei medici e dei chirurghi ostetrici in particolare<sup>117</sup>.

### **Il medico assiste il parto fisiologico**

Solo nel XVIII secolo il medico uomo viene accettato a letto della partoriente per assisterne il parto, anche quello fisiologico. Mauriceau nel suo Trattato " *Le malattie delle donne*" descrive vizi e virtù degli "accouchers". Ecco degli esempi: **qualità fisiche**: quanto alla persona, deve esser sana, forte e robusta, perché questa è la più difficile e la più laboriosa operazione, che possa fare un chirurgo, nella quale molti alle volte sudano, benché sia al colmo dell'inverno, per le difficoltà, che ordinariamente vi incontrano; non deve essere d'un'età provetta, acciò non sia così facile a cedere alla soverchia fatica; deve principalmente aver le mani piccole, acciò che le possa facilmente introdurre nella matrice, quando la necessità lo richiede; che siano nondimeno forti, e i diti alquanto lunghetti, e particolarmente l'indice, acciò possa con maggior facilità toccare l'orifizio interno. Che nel tempo dell'operazione non abbia alcun'anello, e che le unghie siano ben tagliate, acciò nun vi resti alcuna durezza, per non offendere la matrice. **Qualità spirituali**: deve esser discreto, modesto, e principalmente segreto, avvertendo molto bene di non comunicare ad anima vivente l'incomodità, o malattia segreta, che possa aver qualsivoglia donna, e soprattutto, che sia onesto, prudente, e di buon giudizio, per sapersi regolare nelle sue azioni con regola, e misura. Deve avere una vera divozione, e pietà, senza però che possa distornarlo da far le sue operazioni, secondo che la necessità lo richiede, come anche esser paziente, per non far le cose tanto in fretta, e con molta precipitazione, pigliando il tempo necessario per ben riconoscere quel che deve fare. Non deve pigliarli collera delle ingiurie, che forse l'ammalata gli potrebbe dire, od alcuno de' gli assistenti, perché il dolore dell'una, e la compassione degli altri ne fa parlare senza ragione alcuna; deve esser buon cristiano, e di buona coscienza, per non far perdere il Battesimo ai figliuoli, che sono in

---

<sup>117</sup> Radcliffe, W. The secret instrument. London, 1947.

pericolo di vita»<sup>118</sup>.

Bisogna anche aggiungere che le levatrici più avvedute culturalmente, molto spesso, non solo rimandavano la chiamata del chirurgo, ma loro stesse si industriavano a compere operazioni come rivolgimenti, assistenze al parto podalico, che avevano potuto apprendere durante la scuola, ed usavano strumenti, e non solo per procurare aborti.

Nel trattato “ Embriologia sacra” 1752 del teologo Cangiamila, di cui trascriveremo qualche stralcio a proposito del taglio cesareo, si teorizzava addirittura l'intervento di taglio cesareo post mortem della madre per “ trar fuori il fantino” al solo scopo di salvare la sua anima con il battesimo. Carlo III di Napoli emanò, sotto la pressione teologica, un editto in cui si comandava alle ostetriche di eseguire questa operazione<sup>119</sup>.

Sul parto strumentale non tutti furono d'accordo e non solo le ostetriche, ma anche medici e chirurghi. In Inghilterra un grande medico del secolo, William Hunter, ( 1718-1783 ), autore del trattato “Anatomy Of The Human Gravid Uterus Exhibited By Figures “ ( 1774 ), era perentorio nel negare la validità dell'uso del forcipe che “ *salva un bambino ma ne uccide 20* ”. Addirittura si formò una scuola inglese contro l'uso, ma soprattutto contro l'abuso del forcipe, fino a teorizzare una condotta ostetrica generale quella di favorire al massimo grado la *forza della natura*, che trovò adesione convinta in Olanda da parte di Van Deventer e, in Francia, di Mauriceau. Parimenti sul taglio cesareo forti e furiose discussioni tra opposti sostenitori, verso la fine del XVIII secolo, accesero il dibattito tra ostetrici, per esempio tra Jean Louis Baudeloque e Sacombe che accusava il primo di “ portare a morte “ le donne sottoposte all'intervento.

Jean Sigault propose il parto prematuro ( per l' evidente iposviluppo fetale ) e la sinfisiotomia<sup>120</sup>, allorchè si prevedeva l'impossibilità del parto nei casi di evidente ristrettezza del bacino ( molto frequente in quel tempo per insufficiente alimentazione infantile ) per evitare l'applicazione di forcipe e lo stesso taglio cesareo, allora gravato da altissima mortalità materna Tale proposta fu eseguita in Inghilterra da Olborn e in Germania da Siebold, su donna viva e senza anestesia<sup>121</sup>.

### **Sulla medicalizzazione del parto.**

Alla presenza, ormai quasi istituzionale, del medico nel parto normale non poteva mancare l'opposizione da parte delle ostetriche, la cui lotta fù particolarmente accesa e di cui si fece portavoce, per esempio, Margareth Sthephen ( 1795), che sosteneva: << *poiché la grande maggioranza delle gravidanze termina con un parto spontaneo, la presenza degli uomini rischia di trasformarlo costantemente in un evento non naturale con moltiplicazione dei casi di assistenza strumentale*>><sup>122</sup>. Nell'Inghilterra dell'epoca, addirittura, “Conservatori” e “Progressisti” si combatterono nel Parlamento inglese pro e contro l'uso del forcipe e, di seguito, sul problema dell'assistenza ostetrica da parte dei medici. Alla fine del secolo, il governo nato dalla Rivoluzione francese obbligò per decreto l'acculturazione delle ostetriche attraverso apposite scuole e diplomi, mentre i man-midwives dovevano essere laureati in medicina e chirurgia. Pierre Dionis (1650-1718) sostenne che le principesse e tutte le donne di alto rango sceglievano medici come ostetrici,

---

<sup>118</sup> Mauriceau, F. Trattato delle malattie delle donne gravide.....1684

<sup>119</sup> Forleo, R. opera cit. pag. 49.

<sup>120</sup> Sigault, JR. Discours sur les avantages de la section de la sinphyse.....1778.

<sup>121</sup> Siebold, EK. Essai d'une histoire de l'obstetricie. Paris: Stenheil; 1893

<sup>122</sup> Forleo, R. opera cit. pag. 50.



egli stesso era l'accoucheur de la duchesse de Berry. Le donne della borghesia ben presto le seguirono. Poi mogli degli artigiani e del "popolo minuto", quando potevano pagare, iniziarono a preferire medici e chirurghi alle ostetriche. Nell' 800 e all'inizio del '900, la "mammana" lavorava a fianco del medico condotto ed in Italia assunse il titolo di "levatrice".

In Inghilterra il College of Physicians, dopo aver tentato di tenere fuori dell'assistenza alla nascita i suoi cultori maschi, parimenti quelli della "Collegio" dei Medici, fu quasi costretto nel 1783 ad istituire al suo interno il diploma in "ars ostetrica", che segnò 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. Ad esempio, John Burton in quattordici anni di attività aveva assistito personalmente a più di duemila parti. Ricordiamo che in quest' epoca esisteva lo spettro di quella infezione che Edward Strothers aveva nel 1716 definito col nome di "febbre puerperale".

## LE SCUOLE OSTETRICHE

Nella seconda metà del 700 diffuso era il bisogno di acculturamento in una branca dell'assistenza sanitaria che vedeva occupate diverse pesone. Sorsero, pressoché in tutte le Università, Cattedre di ostetricia per l'insegnamento agli studenti, con programmi separati per le allieve ostetriche. A Venezia la prima cattedra viene istituita nel 1773. Dal 1624 le ostetriche che volevano esercitare quest'arte erano state obbligate a saper almeno leggere, ma anche a superare un esame. I trattati per Ostetriche sono la base per l'insegnamento alle ostetriche, ne citiamo: *La comare levatrice istruita nel suo ufficio. Secondo le regole più certe, e gli ammaestramenti più moderni*. Opera di Sebastiano Melli, veneto, professore di chirurgia, edito nel 1721 a Venezia. Cinquant'anni più tardi uscirà "*Dottrina della comare*" di G. Tranquillini, dove per la prima volta troviamo la esplorazione vaginale, ossia la visita ginecologica manuale interna, che sarà una delle grosse innovazioni nell'ostetricia del secolo XVIII. A questo proposito va detto che sarà, nel 1791, il testo di Vincenzo Malacarne, "*L'esplorazione proposta come fondamento dell'arte ostetrica*", a segnare l'ingresso ufficiale di questa tecnica nella medicina dotta. Si suppone che le mammane già usassero la visita interna e furono anche accusate di abusarne, pur senza le conoscenze anatomiche che il testo di Malacarne propone; questa manualità rappresenta invece una novità per i medici, che fino al XVIII secolo, a parte le eccezioni, non assistevano ai parti e tantomeno visitavano internamente le donne, anche se avevano dato fondamentali contributi teorici all'arte ostetrica<sup>123</sup>. Conviene ricordare che nel testo di Tranquillini per la prima volta la figura del professore è prevista come autorità, da cui la mammana deve apprendere e dipendere. Lo stesso Tranquillini era medico fisico, istruttore di questa arte in Roveredo nella Scuola per levatrici fondata nel 1770<sup>124</sup>.

In tutti i trattati vengono definite qualità fisiche e morali che devono essere appannaggio delle levatrici: Valota mette l'accento su "*dottata di forza e di mano piccola*", "*ella deve essere decente, modesta, di buoni costumi, segreta, disinteressata, senza pregiudizi, prudente*"<sup>125</sup>. Metzger

---

<sup>123</sup> Malacarne, V. *La esplorazione proposta come fondamento dell'arte ostetrica*. Milano, 1791.

<sup>124</sup> Pancino, C. opera citata, nota 21 di pag. 64.

<sup>125</sup> Valota, O. *La levatrice moderna*. . . . . Stamperia Locateli, Bergamo, 1791.

ribadisce che deve “*essere giovane di non più di trent'anni, saper leggere e scrivere, essere sana e coraggiosa*”<sup>126</sup>, Malacarne le richiede: “*Gioventù, robustezza, mani sottili e lisce, diti pieghevoli e forti, sanità, facilità a passare senza incomodo le notti all'assistenza delle partorienti e delle puerpere*”.

A Napoli, Domenico Ferrari insegnò ostetricia all'Ospedale degli Incurabili nella Cattedra istituita da Re Ferdinando IV «*per riparare in parte ai tanti funesti accidenti prodotti dalla ignoranza dei tempi e dall'oscurità delle anatomiche nozioni*» (Dedonno 1788).

Grande ruolo ebbero nella maturazione scientifica della specialità anche alcune ostetriche, fra le quali spiccano le “maestre” di Scuola Ostetrica Marie Louise Lachapelle (1769-1821) e Marie Anne Victorie Boivin (1773-1841), autrici di splendidi trattati. In Italia la napoletana Teresa Ployant, che sosteneva “*di ricorrere ad un indefesso studio per far conoscere al pubblico di esser noi ben nel caso di poter condurre ad esito felice i parti, e risparmiar nell'istesso tempo la femminil verecondia*” (1787).<sup>127</sup>

Un primo libello contro l'assistenza alla nascita da parte degli uomini, che ebbe notevole seguito fu scritto, però, da un anonimo prete, zio di Madame du Tetre, vedova La Marche, ostetrica all'Hotel Dieu di Parigi “*Dissertation sur l'accouchement*”, 1702. Pamphlet e trattati, quale il libretto anonimo “*The petition of the unborn babes*” (Londra 1751), si susseguirono nel corso del secolo senza però arrestare questa crescente “invasione di campo” da parte dei ginecologi.

Per meglio comprendere l'atmosfera che già si respirava all'inizio del XVIII secolo riportiamo alcuni brani significativi del libro di Philippe Hecquet: «*De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*», che meglio di ogni altra parola illustrano il pensiero degli oppositori degli “accouchers”<sup>128</sup>.

<<.....*Ci si impone di esaminare quindi il problema se vi sia sempre stato in uso o se è venuta solo ora la professione di ostetrico. Si affronta questa materia facendo vedere nell'antichità più remota, che il paganesimo, malgrado fosse vizioso, non avrebbe mai autorizzato uomini ad esercitare un'arte poiché ciò ripugna alla medesima materia. Si dimostra in seguito che gli Ebrei (il popolo scelto da Dio) rifiutassero di servirsi di ostetrici, uso in seguito al quale tutte le nazioni che sono venute successivamente si sono conformate. Per nulla omettere in un soggetto così importante, si è cercato ancora di provare che le Scritture e i Padri della Chiesa non hanno definito ciò che è divenuto la pratica di oggi, e che i Principi non hanno confermato con editti, e che i Magistrati non l'hanno riconosciuto, che infine giammai si sono formati Collegi e Associazioni di Ostetrici maschi come accade per tutte le professioni che la Religione permette, e che l'Autorità pubblica autorizza. [.....] Tutto questo porta a concludere che l'arte ostetrica appartiene unicamente alle donne, e che la professione di ostetrica è antica quanto il mondo. [.. ..] Si risponde infine a tutto ciò che si dice contro le donne su questo argomento, affrontando il tema della loro scarsa capacità, della loro ignoranza naturale, della loro bassa attitudine per le scienze, e che ricevono dagli uomini quel poco che fanno sull'assistenza al parto. Si afferma che solo le donne servono per una professione che appartiene loro di diritto e che non è affatto al di sotto della loro portata, che solo l'interesse degli uomini ha loro rubato e che l'ingiustizia da parte degli*

<sup>126</sup> Metzger, JD. Compendio di polizia medica, Venezia, 1800.

<sup>127</sup> Forleo, R. opera cit. pag 52.

<sup>128</sup> Hecquet, Ph. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*.....Trevoux, 1708

uomini le priva ancor oggi. [...] È dimostrato che la pratica di fare assistere il parto agli uomini è contraria al pudore e distingue gli uomini dagli altri animali, ma è soprattutto insito nelle donne.[...] L'uso di chiamare degli ostetrici per i parti fisiologici è del tutto abusivo, perché quasi sempre senza necessità e senza ragione.[...] È contro l'onore di una donna cristiana di lasciarsi vedere e toccare, senza un'indispensabile necessità, da un ostetrico. [...] Di dove verrebbe la pretesa incapacità delle donne? Dalla delicatezza dei loro corpi e dalle loro scarse forze? Dalla debolezza del loro spirito? Dall'ignoranza propria del loro sesso? Ma tutti i parti non sono laboriosi: anzi normalmente ci vuole più capacità di orientamento e più esperienza, che forza fisica.[...] I parti ordinariamente non divengono difficili se non perché le donne sono male seguite in gravidanza, cioè non ricevono buoni consigli; non stanno alle regole loro prescritte perché date da persone incapaci. Affidarsi ad un ostetrico in gravidanza le porta a credere in lui. Questo avviene perché si ritiene l'uomo sia più abile della donna. Ma questo non è vero. Il medico non ha fatto studi necessari sulle malattie delle gravide. ....>>, continua sulla stessa falsariga, e per finire l'arringa << Le malattie in gravidanza richiedono maggiore abilità di tutte le altre. Poiché gli ostetrici sono riconosciuti incapaci di trattare le malattie ordinarie, come fanno a dare consigli ad una donna incinta! In questo modo si producono i parti laboriosi.[...] La minore fiducia dell'ostetrica nelle sue capacità di effettuare operazioni manuali la rende saggia e circospetta, modesta rispetto all'arroganza dell'uomo che si crede "dittatore ed ispettore capo" delle malattie delle donne >>.

La gelosia verso i "men-midwife" aveva spinto le ostetriche inglesi addirittura a non costituire fino al XIX secolo una "Corporazione di Ostetriche", per timore che vi si inserissero gli uomini come insegnanti<sup>129</sup>. Alcune ostetriche poi venivano chiamate a risolvere anche parti distocici, come Sarah Stone che scrive: «quando arrivai trovai il braccio del bambino fuori della vulva. Immediatamente cercai un piede, che subito trovai e in un batter d'occhio completai il parto» (1735), dando una chiara prova delle sue abilità tecniche.

La più feroce avversaria dei Physician-men-midwives fu senza dubbio Elisabeth Nihel (1723-1778) che scrive un trattato dall'esplicito titolo "A treatise on the art of midwifery, setting forth various abuse therein, especially as to put all rational inquirers in a fair way of very safely forming their own judgment upon the question which is it best to employ, in cases of pregnancy and lying-in, a man or a midwife", London 1760. Dopo un periodo di formazione all'Hotel Dieu di Parigi, tornata in Inghilterra, aveva lavorato ad Haymarket insieme a suo marito, un chirurgo-farmacista. Si scontrò per tutta la vita con vero e proprio furore specialmente con il grande ginecologo William Smellie . (1697-1763), da lei accusato di aver insegnato l'arte a " troppi uomini medici". Margaret Stephen, che aveva appreso l'arte da un allievo di Smellie, pur non accettando che gli uomini assumessero la guida dell'assistenza alla nascita, riconosceva che bravi ostetrici avevano avuto ruoli importanti attraverso i secoli nei parti distocici, ma si opponeva decisamente a che gli uomini dilatassero la loro presenza fino ad interessarsi di gravidanza e parto fisiologico: la Stephen si lamenta che abili ostetriche, anche se con minori conoscenze teoriche e con minore prestigio, fossero spinte a consultare uomini senza esperienza pratica e talora senza neppure specifica preparazione teorica, ma in virtù della loro << professione di medico e dell'appartenenza al sesso maschile>>. Riconosce tuttavia che «un chirurgo può essere utile perché, se si verifica qualche guaio, anche se inevitabile, la gente è pronta a giustificarlo, perché è intervenuto un medico, che ha fatto tutto ciò che poteva».

Le furbe riflessioni della Signora Stephen non furono però sufficientemente persuasive per contrastare la propaganda e a bloccare il coinvolgimento degli uomini nella cura materna » osserva

---

<sup>129</sup> Towler e Bramal, 1986, cit da Forleo, opera cit. pag 55.

Marjorie Tew (1990)<sup>130</sup>. Non si deve credere però che tutte le ostetriche, principalmente coloro che vivevano in città, rifiutassero il miglioramento della loro preparazione clinica e culturale. Quaranta levatrici francesi, ad esempio, nel 1745 pretesero dal Collegio dei Medici l'istituzione formale a Parigi di un insegnamento specifico, affidato poi a Jean Astruc (1684-1766)<sup>131</sup>.

Negli anni precedenti in Europa si erano aperte scuole per ostetriche e anche per studenti di medicina, come quella di Berlino, diretta da Roederer, fondata nel 1751. In Germania le Scuole per Ostetriche sorsero più tardi rispetto alla Francia: a Strasburgo, a Gottingen, e nelle altre sedi universitarie. Il programma e il metodo di insegnamento era basato anche sull'uso di fantocci per studiare, 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.

Malgrado le proteste di ostetrici, come James Douglas (1675-1742), non si crearono in Inghilterra Scuole Universitarie per Ostetriche, se non dopo aver dato vita a Reparti di degenza ostetrica all'interno degli Ospedali, le cui Unità Operative di Ostetricia (come oggi si chiamano in Italia) vennero poi utilizzate per l'insegnamento alle ostetriche ed anche per "specializzare" i medici in Ostetricia e Ginecologia. A Londra si dette vita a 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 Road.

**IN ITALIA**, si è già accennato ai motivi che hanno indotto la pubblica amministrazione italiana ad intraprendere un percorso riformatore, detto popolazionistico, adatto a sottrarre l'assistenza del parto al dominio femminile, connotato dall'assenza di istruzione per consegnarla, invece, ad una nuova cultura, definita dall'impegno di uomini di scienza, che poi saranno modernamente anche i gestori della nuova organizzazione, gerarchicamente appropriata, e che vedrà nella scolarizzazione delle mammane e delle nuove levatrici lo strumento fondante, gestito per altro dagli stessi uomini, gli ostetrici, che avrebbero insegnato la materia ed avrebbero operato, anche in prima persona, nell'assistenza al parto.

La divisione istituzionale e statale dell'Italia sarà alla base della varietà territoriale ed organizzativa del modello riformatore, che si attuerà nelle varie parti del paese. Daremo solo alcuni esempi. In Italia, ove "l'ospitalità" era una caratteristica degli ordini religiosi (specialmente quelli creati nel XVI secolo), sorsero "Ospizi per le donne incinte non sposate", che venivano accolte in gravidanza, ma che dovevano restare nella struttura almeno sei mesi dopo il parto per allattare i figli propri ed altrui. Agli "ospizi" erano acclusi brefotrofi, i cosiddetti Ospedali degli Innocenti, per i bambini abbandonati sui gradini delle chiese o posti nelle "ruote dei conventi". Nascevano così negli Ospizi, tenuti da suore e sostenuti dalla carità, le "strutture miste materno-infantili", termine che oggi continua ad essere applicato ai dipartimenti ospedalieri. Appare evidente come tali strutture trovassero difficoltà ad ammettere presenze maschili di ostetrici e medici, se non per gravidanze patologiche, per altro molto frequenti. L'ospizio, creato nel XVIII secolo da don Franci a Firenze, fu nel 1704 trasferito ad Orbetello perché male accetto dalle persone "perbene" del

---

<sup>130</sup> Marjorie, T. Safer childbirth? A critical history of maternity care, London.

<sup>131</sup> Citazione da Forleo, R. opera cit. pag 55.

capoluogo toscano<sup>132</sup>.

Il primo insegnamento universitario di Ginecologia all'Università La Sapienza di Roma fu affidato nel 1780 a Francesco Asdrubali (1756-1832), che svolgeva la sua attività nell'ospizio per madri dell'Ospedale S. Rocco. La prima Scuola Universitaria per ostetriche a **Roma** fu però strutturata solo nel 1797. Queste scuole, infatti, come quelle per studenti in "Medicina o in Chirurgia" e poi per gli specialisti ostetrici, esigevano la previa esistenza di ospedali dove ricoverare donne per il parto, come era stato per l'Ospedale per gli Incurabili, affetti da malattie veneree, esistente a Napoli, oppure per i tanti ospizi per madri nubili e bambini abbandonati. Fu dunque nel XVIII secolo che, anche in Italia, si verificò la creazione di Scuole per Ostetriche. Dal 1761 al 1789 si fondarono in Italia "Scuole per Levatrici" (in ordine di data) a Firenze, Verona, Milano, Padova, Rovereto, Pavia, Trieste, Modena, Mantova, Napoli, Treviso, Reggio Emilia, Roma, Macerata, Siena, alcune delle quali aperte anche agli studenti di medicina e di chirurgia.

Non sempre l'istituzione delle scuole ha comportato un vero esame ed il rilascio di un diploma, almeno nelle fasi iniziali della loro istituzione, quando l'insegnamento fu affidato a singole personalità mediche, come a **Trieste** nel 1753, allorchè 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>><sup>133</sup>.

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*»<sup>134</sup>.

A **Torino** il reparto di maternità fu creato nel 1728 da Amedeo II di Savoia, Re del Piemonte, nell'Ospedale di S. Giovanni, con lo scopo specifico di permettere alle Ostetriche di abilitarsi nella professione, senza che fossero costrette, come facevano fino ad allora, a frequentare le scuole di Parigi. In questa scuola, la prima in Italia, erano ammessi anche allievi chirurghi, anche se si richiedeva che limitassero la loro azione alla patologia, sia in gravidanza che durante il parto. Nel regolamento dell' "*Opera torinese delle donne partorienti*" (1728) 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*». Si comprende come regole di questo genere fossero, da una parte, dettate da ragioni corporative, in difesa del ruolo autonomo delle ostetriche, dall'altro, dallo scarso giudizio che la "scienza" medica dava al ruolo della ostetrica". In Italia la frammentazione in piccoli Stati facilitò l'iniziativa di clinici e di medici illustri e, di conseguenza, la diffusa istituzione di scuole e la stampa di libri (quasi sempre tradotti da stranieri) di quella che veniva definita "Ostetricia minor", ma non fu data uniformità alle iniziative<sup>135</sup>.

L'ostetrico Giovanni Antonio Galli, ancor prima di essere nominato dal Senato pubblico professore di ostetricia a **Bologna** nel 1757, impartiva "*Corsi per Allieve Levatrici e Chirurghi*" della durata di tre mesi, due volte all'anno. Aveva una notevole quantità di << supellex

---

<sup>132</sup> Passerini, L., Storia degli stabilimenti di beneficenza della città di Firenze, pag 320..Firenze,1853.

<sup>133</sup> Candussi, G. opera cit. pag 15.

<sup>134</sup> Corradi, A. Dell'ostetricia in Italia, 1872, pag 11

<sup>135</sup> Pancino, C. opera cit. pag 93-94.

obstetricia>>, suppellettili ostetriche per la didattica; fra queste aveva fatto costruire in cristallo trasparente alcuni bacini con uteri. 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 e della preferenza data all'ostetricia sperimentale su quella teorica.<sup>136</sup>

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 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 che potesse essere utilizzata per l'istruzione delle levatrici<sup>137</sup>.

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 19/9/1755 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 poteva 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.<sup>138</sup>

Si fa notare la presenza nella commissione di una comare già «approvata», quindi il costume di sostenere esami per levatrici era già presente e praticato, cosa che trova riscontro in un proclama del 1755, che rimandava a quello dei Provveditori alla sanità di Venezia del 27/9/1689, che a sua volta rimandava ad un editto del 1608, in cui veniva prescritto, oltre a un esame e ai due anni di pratica, come a Verona nel 1755, che la comare sapesse leggere e scrivere e conoscesse «il libro intitolato della Commare», e 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*).

Nel 1755 inizia anche la compilazione del «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 presso l'Ufficio sanità (*Asvr, Archivio sanità, b. 31*). Ma di scuola vera e propria non si inizierà a parlare che nel 1763, per iniziativa del medico fisico Antonio Piccoli, la cui formazione presso celebri professori di Bologna e Londra attraverso «modelli dimostrativi», lo aveva reso particolarmente abile all'insegnamento dell'anatomia e dell'ostetricia<sup>139</sup>. Quindi una nuova scuola con un metodo d'insegnamento nuovo in quanto «dimostrativo».

La dissertazione di Piccoli sarà stampata col titolo: *Dell'importanza e del modo d'istruir le*

---

<sup>136</sup> Fabbri, Gb. Antico museo ostetrico di Giovanni Antonio Galli in memorie dell'accademia delle scienze di Bologna serie III, Bologna, 1872, pag 129-166; Medici, M. Elogio di Gian Antonio Galli, ibid, t.VII, 1858 pag 425-450.

<sup>137</sup> Passerini, L. opera citata, pag 725; Corradi, A., opera cit. pag 21.

<sup>138</sup> I provvedimenti veronesi citati sono riferiti da: Pancino, C. Opera cit., pag 107 e ss.

<sup>139</sup> Le citazioni sono tratte dai documenti. numerati con numeri romani e riportati da Viana, O., La scuola veronese d'ostetricia, Verona, 1912; si tratta qui dei documenti I e II, pp. 23, 24.

*levatrici*. Verona, ( 1763). L'Ufficio di sanità accettò la proposta, promettendo « que' maggiori aiuti che dall' Ufficio medesimo dipendessero»; venne stilato un Proclama, in proposito delle levatrici, in cui si diceva che, nonostante il precedente del 16 settembre 1755, «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». Riconfermato il vecchio decreto, si aggiungeva fra i requisiti richiesti per l'approvazione il saper leggere e si comandava, sulla falsariga del decreto veneziano del 1689, di seguire per due anni le «pubbliche ostensioni della matrice, ed insieme delle parti genitali della donna». L'obbligo della scolarizzazione veniva addolcito dalla sua gratuità e dal permesso per le levatrici già approvate dall'Ufficio di sanità di continuare il loro esercizio «affinché non abbiano a rimanere prive le partorienti del necessario soccorso» e, aggiungiamo noi, della possibilità del guadagno per vivere. Anche le approvate venivano però invitate ad assistere alle dimostrazioni. Il proclama fu approvato il 4 maggio dal Magistrato alla sanità di Venezia, che però richiedeva che venisse definito il numero annuo delle lezioni e, augurandosi che la scuola diventasse stabile, suggeriva di non fidarsi della generosità del dottor Piccoli e di fare in modo di assegnargli «un qualche stabile emolumento» (70.Asvr, Archivio sanità, b 45) . Le lezioni di Piccoli si tenevano nella sua abitazione privata ( come a Trieste ), con il « sussidio di trentaquattro quadri rappresentanti i parti contro natura », « statue» di donne, feti di legno, sedie ostetriche <sup>140</sup>. 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 sanità<sup>141</sup>. Il piano del suo corso comprendeva quarantaquattro lezioni, di cui 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. La seconda serie di sedici lezioni affrontava lo studio «del parto naturale. e di quello ch'è contra natura laborioso e difficile ». Venivano dedicate, in questa seconda parte del corso, delle lezioni sul battesimo, sull'operazione cesarea, sulla cura della puerpera e sull'allattamento. La terza parte del corso era costituita da dodici lezioni pratiche sulle « situazioni difficili de' bambini e dell'utero» (Asvr, Archivio sanità, b, 45 )<sup>142</sup>.

Piccoli giustificava l'uso dei modelli per le lezioni pratiche con la scarsa disponibilità di operare sui cadaveri, ma gli sembrava « questa specie d'anatomia più decente e meno schiffosa», secondo l'esempio di Anna Manzolini che a Bologna teneva un corso di anatomia su modelli di cera. In forza del decreto sulla scuola, però, era obbligatorio nelle dimostrazioni, se ce ne fosse stata la disponibilità, servirsi di cadaveri. Seguace della scuola di Galli, Piccoli, contrario alla moda francese: «non so s'io mi debba dire il costume, o l'abuso » si impegnava con ogni sforzo ad istruire le levatrici, essendo assolutamente contrario all'assistenza maschile al parto, che considerava di stretta pertinenza femminile<sup>143</sup>.

Piccoli morì a due anni dall'inizio dell'insegnamento, per questo nel Registro delle comari non compaiono gli esami delle donne che frequentarono la scuola fra il 1765 e il 1767, e con la sua morte si interruppe bruscamente la prima esperienza di didattica ostetrica veronese, « né più proseguita per sovraggiunti accidenti diversi»<sup>144</sup>. Il nuovo maestro d'ostetricia sarà Andrea Avellino Gaspari, a cui fu affidato il compito di ridar vita alla scuola per levatrici. Lo strumentario di Piccoli

---

<sup>140</sup> Viana, O., *La scuola veronese...*, cit. doc. V pag 25.

<sup>141</sup> Ibidem.

<sup>142</sup> Piccoli, A., *Dell'importanza e del modo d'istruir le levatrici*, Verona, 1763

<sup>143</sup> Ibidem.

<sup>144</sup> Viana, O. *La scuola veronese ...cit. doc. X, p. 29.*

passò nelle sue mani, cosicchè la scuola fu riaperta l'anno successivo.

L'organizzazione della nuova scuola ricalcava le stesse modalità organizzative dell'esperienza passata. Le lezioni si tenevano settimanalmente nella casa del professore, la frequenza era ampliata a « que' professori o pratici che amassero d'intervenirvi» e, come già alla scuola di Piccoli, le levatrici già approvate con il solo esame ( senza frequenza), venivano invitate a parteciparvi il più assiduamente possibile (*Proclama del 6 aprile 1780, Asvr, Archivio sanità, b. 45*). Nonostante l'insegnamento, le levatrici approvate, che avevano giurato di chiamare il medico e il chirurgo nei parti difficili, non si attenevano al giuramento, e nelle denunce di morte per parto 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 infantile<sup>145</sup>. Un breve resoconto dell'attività di questa scuola mostra che l'Ufficio di sanità di Verona nella seconda metà del Settecento aveva esaminato cinquantotto levatrici. Verona vantava un buon numero di levatrici approvate. Da un'inchiesta del 1801, che riguarda dodici pievi del veronese, appare che in otto di queste era presente il medico o il chirurgo o entrambi, per un totale di undici fra medici e chirurghi, mentre in tutte era presente almeno una levatrice, ma spesso erano due o tre per pieve e raggiungevano un numero complessivo di ventidue. Non conosciamo l'età di queste donne, ma gli anni di esercizio, che per la maggioranza supera i venti, toccavano il minimo di quattro e il massimo di cinquanta. Fino al 1786 venne annotato nel Registro 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<sup>146</sup>. Erano allora le levatrici che firmavano l'attestato di pratica di tre anni presso una levatrice approvata, voluto dalla legge per le aspiranti levatrici, che si presentavano al giudizio dell'Ufficio di sanità. Così fece anche Anna Maria Lizzi stendendo 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** nasce nella metà degli anni sessanta sotto lo stimolo di una cultura illuministica a cui gli amministratori pubblici legano la propria ragion d'essere e che sarà alla base dell'organizzazione degli enti che saranno parte essenziale e motore del miglioramento della qualità di vita della popolazione milanese e lombarda. L'ambiente sanitario ha in Bernardino Moscati, allievo di Levret e chirurgo maggiore nell' Ospedale maggiore, il suo massimo esponente, anche come categoria professionale emergente per il livello qualitativamente alto delle performance diagnostico-terapeutiche e 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»<sup>147</sup>. «< Considerando che la felicità dello Stato cresce con il numero dei sudditi, ritiene che tra gli altri mezzi per raggiungere una popolazione numerosa «si è ancora l'assicurare per quanto si può, e rendere felici i parti accioché in tal maniera si perda un minor numero d'uomini futuri, e si conservino quante più madri feconde si possono allo Stato»<sup>148</sup>.

---

<sup>145</sup>Zeviani, G. Dissertazione medica sulle numerose morti dei bambini, Verona, 1755.

<sup>146</sup> Pancino, C. opera cit., pag 112.

<sup>147</sup> Asm, Fondo sanità, p.a., c. 268.

<sup>148</sup> Ibidem.



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, vien da sé la proposta della scuola di ostetricia «*per sottrarre tante vittime innocenti alla ignoranza di rozze levatrici, ed al barbaro coraggio di molti inesperti cerusici* ». Ovviamente l'ospedale Maggiore è pensato come la sede ideale per organizzarvi la scuola, dove l'insegnamento teorico poteva trovare riscontro oggettivo nell'assistenza quotidiana alle partorienti.

Moscato si rende conto che l'unico modo per avere allievi e veder funzionare il suo progetto è 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* ». Il progetto tiene conto degli attori in campo e tutti vengono tenuti insieme per l'innalzamento complessivo del fare sanitario e perché la posta, che è già sentita alta, chiama ad una sfida a cui bisogna legare tutti quelli che vogliono esserci per i molteplici interessi vitali personali e collettivi. La scuola, che potrebbe vedere riuniti levatrici e chirurghi come a Bologna, oppure separati, dovrebbe comunque impartire loro un eguale insegnamento, salvo proibire alle levatrici le operazioni chirurgiche, di cui però si ritiene utile che siano informate. In altro documento Moscati giustificherà la sua scelta di insegnare alle donne la più semplice chirurgia ostetrica con il bisogno, in cui si possono trovare di intervenire in assenza di chirurgo, o di fronte all'ignoranza di questi<sup>149</sup>.

L'apprendimento è modellato sull'«*esatta anatomia delle parti che servono al concepimento*» e la fisiologia e la patologia del parto e del puerperio<sup>150</sup>..

Perché sia proficuo l'insegnamento, è auspicato che le allieve sappiano leggere e scrivere, e come strumento didattico si propone 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* ». Dopo molti dibattiti la scuola avrà inizio nel 1767 e sarà una scuola esclusivamente per levatrici; l'incarico dell'insegnamento verrà affidato allo stesso Bernardino Moscati. La scuola avrà sede nell'Ospedale maggiore con un' area riservata all'alloggio delle allieve, con residenza obbligatoria. Il corso delle lezioni durerà sei mesi, da novembre ad aprile<sup>151</sup>.

L'accesso alla scuola richiede l'elezione della candidata da parte dal 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. Dovranno inoltre possibilmente saper leggere e scrivere ed avere un'età compresa fra i ventidue e i trentadue anni, fatta eccezione per le levatrici che già esercitano e che sono comunque invitate a frequentare la scuola. Dovranno inoltre le allieve presentare al loro arrivo l'attestato da cui risulta la loro elezione, la fede di battesimo, il certificato di buoni costumi rilasciato dal parroco e il consenso documentato del marito. Dopo che le prime levatrici lasceranno la scuola con la relativa

---

<sup>149</sup> «Relazione di Bernardino Moscati verso il finire del primo anno della scuola », Asm, F. sanità, p.a.,c. 268.

<sup>150</sup> 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.*

<sup>151</sup> cfr., A. Parma, *Dalla mamma alla "levatrice di stato" ». La scuola ostetrica milanese (1765-1791), tesi di laurea, Un. di Trento, Fac. di Sociologia, anno acc. 1980-81; cfr. anche, C. Decio, *Notizie storiche sulla ospitalità e didattica ostetrica milanese, Pavia, 1906; Felice de Billi, Sulla i. e r. scuola d'ostetrica ed annesso Ospizio delle partorienti in Milano, Milano, 1844; L. Belloni, La scuola ostetrica milanese dal Moscati al Porro, Milano, 1960.* ,*

abilitazione, sarà vietato a tutte le altre l'esercizio del mestiere<sup>152</sup>. 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 sole<sup>153</sup>.

Il gruppo delle allieve accettate alla scuola nel novembre 1767 era composto di Sessantuno donne, fra cui diciannove già esercitavano, un quarto erano vedove, l'età variava tra i ventidue e i cinquantotto anni<sup>154</sup>. Di queste frequentarono effettivamente la scuola quarantacinque, più sei di Milano che assistevano solo alle lezioni<sup>155</sup>. 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 preparazione<sup>156</sup>.

L'avviamento così selettivo al mestiere viene spiegato da Bernardino Moscati nella relazione che egli presenta dopo un anno di scuola. L'insegnamento uguale per tutte le allieve aveva fatto evidentemente più presa in quelle che avevano già alcuni o molti anni di esperienza, o in quelle che avevano fatto pratica presso una levatrice anziana .. « Ora ... la maggior parte di quelle che avevano già delle previe cognizioni paiono molto bene capaci d'esercitare fin d'ora l'arte ostetrica senza accrescere il dispendio del mantenimento loro ritornando, o incomodare colla loro assenza ulteriore la loro famiglia ». Nemmeno tutte quelle che avevano già esperienza superarono l'esame. Ma in fondo il piano della scuola aveva previsto due anni di insegnamento ed eccezionalmente si era concessa la riduzione ad uno per le donne che, già dotate di abilità pratica, avessero superato l'esame dopo il primo ciclo di lezioni. Nel 1768 iniziò il secondo anno di scuola per levatrici e iniziò anche, separatamente, l'insegnamento dell'ostetricia per i chirurghi, oggi si direbbe specializzandi<sup>157</sup>. Per quanto riguarda le levatrici, 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. Gli amministratori si raccomandarono 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»<sup>158</sup>.

Non tutte le donne invitate dai cancellieri delle pievi, secondo l'indicazione di M. Teresa, hanno frequentato la scuola milanese. Molte donne si rifiutarono di « venire a rinchiudersi in questo Ospitale », altre, dopo aver acconsentito, si pentono e non vogliono assolutamente recarsi a Milano, altre ancora non ottengono il permesso dal marito. In alcuni villaggi poi non si riesce a trovare una donna disposta ad andare a Milano, come a Lacchiarella, da dove il cancelliere scrive: Già in tutte le comunità vi è una donna che esercisce tal opra, ma tutte persone grossolane, che né più una sa leggere, ed in tal esercizio dio sa cosa fanno, e pure le altre donne se ne servono, e ne sono contentissime. Come ogni novità anche la scolarizzazione delle levatrici mette in evidenza le diverse forme dell'attività e degli interessi delle persone.

In altri casi l'unica levatrice non può recarsi a scuola per non lasciare scoperta la popolazione

---

<sup>152</sup> «Circolare» del 28 ottobre 1767 ed « Istruzione» allegata, a stampa Asm, I. sanità. P.a. .. c. 268.

<sup>153</sup> Piano per la scuola delle ostetrici", 10 ottobre 1767, Asm, F. sanità p.a., 268.

<sup>154</sup> Tabella delle donne forensi accettate nel venerando Ospedal Maggiore di Milano alla nuova Scuola delle ostetrici, 26 nov. 1767, Asm, F. sanità, p.a., I 268.

<sup>155</sup> Relazione di Bernardino Moscati verso il finire del primo anno della scuola », cit.

<sup>156</sup> Nomi delle donne alle quali non è stato permesso l'esercizio dell'arte ostetricia", Asm, F. sanità, p.a., c. 268..

<sup>157</sup> Avviso per i giovani chirurghi " , 24 ott. 1768, a stampa, Asm, F. sanità, p.a., c. 268 .

<sup>158</sup> Lettera di Kaunitz a Firnion per il secondo anno della scuola, Vienna, 1-1768, Asm, F. sanità, p.a., c. 268.

dell'assistenza ostetrica, oppure si tratta di donne anziane, o di donne che sanno far partorire ma che non identificano la loro abilità con l'esercizio di un mestiere. Uno di questi casi si trova a Settala:

La pieve suddetta, composta di solo quattro comunità, due delle quali di poco numero di personale, pure abonda di queste ostetriche, a segno che il più delle volte serve la madre, parente, o vicina, *ma tutte donne avanzate nell'età sembrando loro, che nell'età consista la maggior perizia*<sup>159</sup>.

Dopo due anni di funzionamento la scuola cessò l'attività, mentre continuarono ad essere addestrate delle levatrici nell'ospedale. La scuola non risorse fino al 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 veniva aperta una « scuola ostetricia per le levatrici della provincia di Milano »<sup>160</sup>.

La scuola di Santa Caterina ricalcò il modello di quella di Bernardino Moscati; ne fu nominato insegnante Pietro Moscati, figlio di Bernardino. Le alunne erano tenute a vivere in convitto e furono per la prima volta ammesse alla scuola anche le nubili<sup>161</sup>. L'insegnamento si indirizzava ormai alla creazione di una *nuova figura di levatrice* e non semplicemente alla correzione degli errori di quelle donne, che con la loro lunga esperienza si erano impadronite di *un modo* di curare, solo parzialmente modificabile dagli insegnamenti più moderni.

Tracciando sinteticamente la storia delle principali scuole per levatrici sorte in Italia, essenzialmente nel Nord, abbiamo voluto dare uno spaccato delle due situazioni emblematiche: quella di tipo individuale e quasi personale, vedi il caso di Verona, e nella fase iniziale a Trieste, e quella Milanese, che invece si avvale del contributo di idee e volontà collettive espresse per il tramite delle istituzioni. In entrambi i casi l'inizio manifesta sviluppi accidentati, ma alla fine si scoprirà che l'opera di pionieri andava nella direzione giusta.

Abbiamo anche visto come questa progressiva maturazione scientifica della ginecologia comportasse non solo il sorgere di scuole regolamentate in modo specifico, con esami e diplomi, ma introducesse gradatamente l'uomo nell'assistenza a gravidanza e parto fisiologico.

Ciò suscitò non poche reazioni sia a livello delle levatrici di campagna, incolte e praticone, ma anche di chi deteneva il "potere di accudire alla nascita", le *"matron"* inglesi, le nostre *"maestre"*, o le *"cheftains des sages femmes"* francesi. Fra queste ricordiamo: la napoletana Teresa Ployant, che sosteneva *"di ricorrere ad un indefesso studio per far conoscere al pubblico di esser noi ben nel caso di poter condurre ad esito felice i parti, e risparmiar nell'istesso tempo la femminil verecondia"* (1787)<sup>162</sup>.

Scrissero testi per midwife le "ostetriche capo" Boursier de Coudray ( *Abrégé de l'art des accouchements* in 1759 ), Lachapelle, le inglesi Jane Sharpe, Sarah Stone, Martha Mears, Maria Danally, Margareth Stephen, Elisabeth Nihell, il cui citato libro *"Treatise on the art of midwifery"* (1766) è uno dei più lucidi compendi dell'epoca.

---

<sup>159</sup> Risposte alla circolare Firmian, 28 otto 1767, dei regi cancellieri delle pievi, Asm, F. sanità, p.a., c. 268..

<sup>160</sup> Parma A. , *Dalla mammana ...* , cit., pp 82

<sup>161</sup> *Piano delle levatrici in ogni pieve*". Asm, p.a., c. 269. - *Parma, Dalla mammana ...* , cit., pp. 165-171.

<sup>162</sup> Ployant, T., *Breve compendio dell'arte ostetricia*, Napoli, 1787

Vogliamo ricordare, in sintesi, che nel XVIII secolo si sviluppò una maggiore attenzione ai meccanismi fisiologici, "naturalisti" del parto, ma anche una migliore comprensione delle problematiche psicologiche, cercando di basare la formazione degli operatori sull'osservazione e sull'esperienza, oltre che sullo studio più approfondito dell'anatomia e della fisiologia. Questo si sostituiva istituzionalmente alla formazione dell'ostetrica, che nei secoli precedenti si basava solo nel seguire per anni una più vecchia e "saggia" levatrice.

Nella difesa della pratica di gestire la nascita "fra donne" si volle poi porre l'accento sul "ruolo di genere", cercando di nascondere le vere ragioni che portavano a volerla conservare: innanzitutto il timore di perdita di prestigio, e poi del potere "medico ed economico", da parte dell'antica "corporazione" femminile delle ostetriche. Fu per questo che si cercò di far leva sulla "vergogna" suscitata nella donna toccata da un uomo, anche se per motivi professionali, nella sua sfera genitale, come appare negli scritti di un illuminista del XVIII secolo, Giacomo Casanova, acuto osservatore del mondo femminile, anche nei suoi aspetti psicologici e biologici, ingiustamente passato alla storia solo per le sue avventure amorose<sup>163</sup>.

Il fine, però, dell'ostetricia è quello di meglio assistere i parti, indipendentemente dal sesso di chi esercita quest'arte o dalla "corporazione" cui uno appartiene: anche questa è una conquista della nostra modernità; anzi, se guardiamo ai dati ultimi dell'iscrizione e frequenza delle scuole di specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia, che vedono prevalere le donne sugli uomini, per ironia della sorte ci viene da pensare che si ritorna alla gestione della salute della donna da parte delle donne, come dall'antichità.

---

<sup>163</sup> Forleo, R., Di Trocchio, F. Giacomo Casanova e le ostetriche. Un capitolo della storia della medicina del XVIII secolo. Centro Scientifico Edizioni, Torino, 2000

## **XIX SECOLO : LE SCOPERTE BIOLOGICHE, BATTERIOLOGICHE E L'ANESTESIA**

A questo punto del nostro discorso, pensiamo opportuno esporre, in brevissima sintesi, una panoramica delle nuove conoscenze, che il secolo XIX accoglie come i frutti dell'illuminismo e del razionalismo nelle scienze biologiche attraverso il metodo sperimentale, basato sull'osservazione e sulla esperienza. La Ginecologia e l'Ostetricia trassero benefici da alcune scoperte come quelle della batteriologia e l'uso di sostanze chimiche per favorire stati analgesici nel paziente chirurgico. L'uso del microscopio, per esempio, portò all'individuazione dei batteri e della loro azione infettante sugli organismi viventi e quindi la individuazione delle procedure capaci di distruggerli (l'antisepsi).

Girolamo Fracastoro fu il primo a scrivere nel suo libro "Sifilis, sive morbus gallicus", 1530, che le malattie epidemiche dipendessero da "piccoli germi", e ad ogni morbo corrispondesse un agente infettante. Leeuwenhoek, con i suoi rudimentali microscopi, già alla fine del 600 aveva messo in evidenza non solo gli spermatozoi nel liquido seminale, ma anche microorganismi in altri liquidi. Occorrerà attendere, comunque, il 1860 quando il chimico Pasteur (1822-1895) individuò il Carbonchio ed altri microrganismi patogeni nel vino e nel latte dando vita alla batteriologia e con essa alla "Pasteurizzazione", cioè al trattamento termico per eliminarli. Un grande medico del secolo, Robert Koch (1843-1910), inventò metodi nuovi di trattamento dei materiali organici, detti di fissazione e di colorazione – e così scoprì che le ferite infette manifestavano la presenza di bacilli. Nel 1882 lo stesso Koch a Berlino scoprì il bacillo della tubercolosi, chiarendo anche che la trasmissione della malattia da madre al bambino avveniva attraverso il latte materno. Da Neisser (1858-1916), che nel 1879 mise in evidenza il gonococco, a Firtz Richard Schaudin, che identificò il treponema pallidum della sifilide nel 1905, praticamente era conosciuta la nomenclatura dei batteri presenti nelle principali malattie infettive dell'uomo. Finalmente si riuscì ad individuare una delle cause di maggiore frequenza responsabile della morte delle puerpere sia quelle ricoverate negli ospizi che a domicilio, soprattutto dopo parti complicati da lacerazione dei tessuti molli dei genitali ed emorragie.

Per secoli la febbre puerperale era stata interpretata sia da Ippocrate che da Galeno come dovuta alla "ritenzione di lochi", in conseguenza del freddo, con vasocostrizione uterina e pertanto si rendeva indispensabile applicare impacchi caldi sulle aree genitali e disporre la puerpera davanti al camino. Più recentemente altri autori, Thomas Willis (1621-1675) e André Levret (1703-1780), hanno dato importanza alla stasi lattea o all'accumulo di materiali fermentati in sede pelvica per l'assenza delle mestruazioni, l'amenorrea fisiologica post partum. Altri nello stesso secolo hanno parlato di "infiammazioni" uterine (metriti e parametriti), una terminologia che oggi possiamo definire generica, ma che a quel tempo, non essendo ancora conosciuti i batteri, aveva sicuramente un alto grado di approssimazione alla realtà. Peraltro, Paul Portal nel XVIII secolo aveva intuito il carattere contagioso della febbre puerperale quando scriveva "si la sage femme venait d'accoucher quelque femme infectée elle pourrait porter le venin avec ses doigts"<sup>1</sup>. Successivamente Oliver Wendel Holmes, poeta e medico, (1809-1894) dell'Università di Harvard puntualizzava nel 1843: "Un medico che presta la sua opera in casi ostetrici non deve mai partecipare alle necrosopie; se lo ha fatto deve lavarsi bene, cambiare vestiti ed evitare per 24 ore o più di esercitare l'ostetricia.

---

<sup>1</sup> Portal, P. La pratique des accochements soutenue d'un grand nombre d'obsevation. Matin, Paris, 1685

*Se nella sua clientela c'è un caso di febbre puerperale, deve pensar che può infettare la propria puerpera e deve quindi prendere le precauzioni necessarie. L'apparizione di due o tre casi sulla clientela di uno stesso medico, senza che altri ve ne siano nelle vicinanze, prova che la causa di queste coincidenze è il contagio per opera del medico stesso ... »<sup>2</sup>.*

Ma come è noto, grande merito spetta al medico ungherese Ignaz Philippe Semmelweis ( 1818-1865), che con acuta osservazione segnalò come gli studenti di medicina trasmettessero “ *l'infezione cadaverica*” delle donne morte per parto alle gestanti, attraverso le loro visite in corsia, dopo aver fatto le autopsie, mentre fra le donne curate dalle sole ostetriche, cui era vietato di partecipare o eseguire autopsie, la febbre puerperale era molto meno frequente di quelle visitate dagli studenti. Semmelweis intuì che ci fosse un tramite tra sala autoptica e sala partorienti, che seguiva l'attività degli studenti sotto forma di materiali in putrefazione adesi alle mani degli stessi e responsabile della febbre puerperale. Ovvvia la proscrizione di tali visite, se non dopo attenta pulizia e disinfezione delle mani con clorina o cloruro di calcio, oltre che di letti e pavimenti. La sua idea trovò l'appoggio del medico viennese Joseph Skoda ( 1805-1881 ), ma la maggior parte dei colleghi lo osteggiarono, fra cui il grande anatomo-patologo Virchow. Amareggiato Semmelweis ritornò a Budapest nel 1855, dove scrisse nel 1861 il suo noto studio “*Die Aetiologie, der Begriff un die ofylaxis des Kinbettfiebrers*”. Morì ( 1865) di setticemia, secondaria ad un flemmone della mano, mentre era internato in un manicomio per sindrome maniaco depressiva. Su base osservazionale, semplicemente intuitiva, non si era ancora scoperta l'esistenza dei microrganismi, Joseph Lister proponeva misure antisettiche per le sale operatorie nel suo articolo “*On the antiseptic principle in the practice of surgery*” pubblicato su Lancet nel 1867.

Anche la causa batterica della setticemia puerperale fu poi messa in evidenza da Pasteur, con la descrizione di uno streptococco (Bull. Acad. Med. Paris, 1879), le misure igieniche servirono a diminuire i tassi di mortalità materna per peritonite e endometrite puerperali, solo più tardi combattute con sostanze antimicrobiche, dai sulfamidici (Eugen Anselm, 1935) agli antibiotici (Fleming, 1940). Annotiamo l'uso dei guanti di gomma nel 1897 introdotti da William Halsted ( 1852-1922).

È il tempo in cui prevale la considerazione di patologia generale che la malattia appartiene all'organo prima di interessare tutto l'organismo, secondo la teoria della “ localizzazione dei morbi”, che cancella la millenaria interpretazione della malattia come *discrasia generale* per diventare *patologia d'organo*. Finalmente può nascere il ginecologo che si interesserà delle malattie della sfera genitale femminile sia di quelle che abbisognano di trattamento medico che di quelle di tipo chirurgico, mentre l'ostetrica rimase nel ruolo di “ levatrice “. La chirurgia ginecologica ed anche ostetrica costituerà un decisivo passo in avanti per creare una disciplina specialistica autonoma, che sarà negli anni successivi ricca di risultati per il benessere delle donne, che potranno finalmente avvantaggiarsi anche dell'impiego dell'anestesia, che togliendo il dolore alla paziente dà in pari tempo al chirurgo la possibilità di lavorare in tranquillità.

L'uso della parola greca “anestesia”, nella sua attuale accezione medica viene attribuito ad un chirurgo dell' esercito dell'Imperatore Nerone, Pedonio Dioscorides ( I sec. d.C.), che descrisse seicento piante medicinali nel suo “*De Materia Medica*”. Fra queste consigliava di usare come analgesico le radici della Mandragora (che contengono alcaloidi) tritate nel vino. Il farmaco più usato da millenni a scopo antidolorifico era l'oppio, i cui semi venivano sciolti nel vino, anche se fu

---

<sup>2</sup> Holmes, W. *The Contagiousness of Puerperal Fever, New England Quarterly Journal of Medicine and Surgery, 1843.*

solo nel 1806 che Sertumez isolò per primo la morfina da questi papaveri<sup>3</sup>.

Fu però a metà del XIX secolo che si riuscì ad ottenere una vera e propria anestesia, attraverso l'inalazione di tre gas: l'etere, il protossido di azoto e il cloroformio. Da questo momento in poi l'azione del chirurgo ha ampia disponibilità di tempo, data l'assenza di dolore della paziente, per bene operare tecnicamente, con l'ulteriore contributo, ormai codificato e praticato, degli accorgimenti di asepsi e antisepsi. Siamo per entrare nella contemporaneità

---

<sup>33</sup> Forleo, R. opera cit. pag 63.

## IL PARTO IN ITALIA: dal sociale ad una questione politica.

L'Italia, come da tradizione storica, divisa in tanti Stati, anche nello sviluppo dell'assistenza al parto manifesta posizioni diverse nelle varie regioni e comunque tutte unificate da un ritardo culturale e politico rispetto agli altri Stati europei.

La vecchia comare è ancora la protagonista della scena del parto, e, dove è assente, sono le donne più anziane e quelle con più figli, che si prodigano ad assistere le partorienti e i loro neonati. Il parto avviene in misere case, su un letto stretto o duro, su quello maritale, adattato con assi di legno su cui poggiare i piedi, con materassi sotto la schiena, sulla sedia gestatoria usata soprattutto al nord, tutto per organizzare situazioni favorevoli alle spinte, caratteristiche della fase espulsiva del parto, aiutandosi la partorienti con le braccia e con le gambe. Si usano rimedi, bevande, unguenti, di cui le mammane erano abili compositrici partendo dalle erbe e dalle piante. Le invocazioni a santi generalizi e locali, la presenza di amuleti, formule pagane erano immancabili strumenti della ritualità del parto<sup>1</sup>.

Le mammane, secondo gli insegnamenti delle loro madri, usavano le mani per trasformare le erbe in medicinali, ma ovviamente "le mani" rappresentavano il loro strumento principale per aiutare le donne a partorire, e, conoscendo i segreti della sessualità femminile, davano consigli e praticavano pozioni magiche o riti antichi<sup>2</sup>.

La mammana era una vera autorità presso la popolazione del villaggio, quindi. La ricompensa per il servizio prestato, oltre al rispetto e qualche volta il sospetto, è composta di doni in natura, cibo o legno. Bernardino Ramazzini così presenta l'ingrato compito delle levatrici:

*Nell'Inghilterra, Francia, Germania, ed altri paesi forse meno patiscono le levatrici, stante che le partorienti partoriscono le creature stando ne' suoi letti, non sedendo nelle seggiole forate come nell'Italia, alle quali mentre le levatrici assistono, chinate e sempre incurvate, colle mani larghe stando aspettando la creatura alla porta dell'utero soffrono tanta fatica, e pazienza ... che terminato il parto alla fine, fanno ritorno alle sue case dirotte, e dislombate maledicendo l'arte che anno intrapreso a fare<sup>3</sup>.*

Sin dall'antichità gravidanze, parti e allattamento, scandivano la vita delle donne, che nel contesto della normale vita quotidiana trovavano nelle mammane la figura di riferimento sicuro, in quanto depositarie delle "conoscenze indispensabili" per portare a termine tutto ciò che veniva considerato normale sviluppo della natura, anche se oltre la vita, più di una volta si trovava la morte. Anche in quel tempo, il desiderio di contraccezione poteva interessare una ristretta fascia di popolazione femminile, che si avvaleva di mezzi rudimentali con esiti incerti. Invece un metodo contraccettivo conosciuto, in quanto diffuso nella mentalità comune per via esperienziale, era l'allattamento continuo, associato alla ripresa immediata del lavoro dopo il parto e alla scarsa alimentazione, specie nei casi di parti difficoltosi e complicati da emorragie, cui molto spesso seguiva amenorrea prolungata (con anovulazione) fino alla sterilità definitiva, vissuta comunemente come condizione invalidante, tanto da richiedere il ricorso a speciali pratiche

---

<sup>1</sup> Pancino, C. opera cit. pag. 38

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Ramazzini, B. Le malattie degli artefici. Venezia. 1745 (1700), p. 135.



religiose. Non esisteva il concetto di assistenza della gravidanza né tantomeno della donna gravida, che continuava a svolgere quotidianamente le occupazioni domestiche, oltre a quelle dei campi. La gravidanza quindi come tempo abituale della vita femminile.

Nel tempo della medicalizzazione, innovativamente, la gravidanza sarà fatta segno di attenzione, essenzialmente per evitare o curare patologie che incominciavano ad essere conosciute, per esempio l'aborto o il parto prematuro. Alta era la mortalità durante la gravidanza, il parto, o le settimane successive<sup>4</sup>. Nei secoli XVII-XVIII in Italia i quozienti di mortalità femminile tra i 25 - 35 anni di età erano superiori a quelli maschili, ma questa disparità a sfavore delle donne non dipendeva solo dalla mortalità materna, cioè legata alla gravidanza, al parto, al puerperio. I dati a disposizione sono grezzi e non tengono conto della condizione materna e delle problematiche patologiche connesse. Ancora la condizione gravidica non era stata definita sia nella sua condizione fisiologica e soprattutto in quella delle problematiche patologiche, come invece avverrà con la medicalizzazione ostetrica del XVII secolo<sup>5</sup>.

Circa la mortalità neonatale e infantile, i figli morivano ben più delle madri. Fino all'Unità d'Italia i tassi di mortalità infantile erano molto alti, tra il 20 e il 30%. In seguito si avrà una evidente loro riduzione - non si può fare un'analisi differenziale e per momenti e per causa di morte. In generale si possono elencare cause generiche di mortalità, incidenti molto spesso in concomitanza fra di loro, in gran parte già considerate in analisi del tempo, quali: Difficoltà digestive, Disagi ambientali e climatici, Allattamento mercenario, i patimenti del nascere, “ la grave ignoranza delle levatrici che cagionano al tempo del parto danni irreparabili e funeste cagioni di morbi nei bambini “<sup>6</sup>. Madre e bambino erano alla mercè di miseria, fatica, carenze igieniche, pratiche malsane, l'umano errare, fattori che assommandosi davano al parto la connotazione di una avventura rischiosa per la vita. Nella stanza delle partorienti vita e morte si potevano intersecare facilmente, mantenendo vivo il senso dell'ignoto, che si collegava perfettamente con l'incapacità dell'uomo di spiegare il meccanismo della “generazione”<sup>7</sup>.

Dopo il parto, sesso, gravidanza, parto, puerperio, allattamento, cura del neonato ovvero il processo di generazione nella sua pienezza fisica ed emotiva, con i suoi misteri intrisi di sangue, dolore e paura, saranno purificati dalla benedizione del curato al cospetto dei popolani del villaggio, alla cui vita quotidiana la donna sarà restituita con i suoi nuovi reali ritmi di vita.

In quel tempo il parto avveniva anche negli ospizi dove si ricoveravano le incinte illegittime o le poverissime, che si sgravavano sia della colpa che della miseria, e dove la morbilità e la mortalità materna ed infantile, aumentate enormemente, macchiavano terribilmente il loro destino, senza il conforto delle attenzioni parentali e della ritualità quotidiana<sup>8</sup>.

La metà del 700 rappresenta il giro di boa della organizzazione sanitaria per l'assistenza ostetrica. Il parto, che sin qui era stato di stretta pertinenza femminile, sentito e vissuto come un fatto naturale, e quindi legato al destino intriso di sapere magico-rituale, diventa un argomento di interesse dell'amministrazione pubblica, assistita da personaggi influenti della classe medica. Quali

---

<sup>4</sup> Parma, La lunga noia della gravidanza, « D.W.F. », 17, 1981, pp.90-102

<sup>5</sup> Stella-G. Da Molin. offensiva rigoristica e comportamento demografico in Italia (1660-1860), «Salesianum»,40. 1978. pp. 3-55; «Annales de démographie historique» 1981, la sezione La mortalité, différentielle des femmes, a cura di Alain Bideau, pp. 23-140.

<sup>6</sup> Zeviani, GV. Dissertazione medica sulle numerose morti dei bambini, Verona, 1775, pp. 26-27.

<sup>7</sup> Vari, I. Ragionamento del sig. dottore Ignazio Vari pubblico professore di fisica sperimentale nell'Università di Ferrara, in J. Blondel, Della forza dell'immaginazione delle donne gravide sopra il feto. Ferrara. 1760. pp. 191.192

<sup>8</sup> Pancino, C. opera cit. pag 41

i motivi di questo interesse? La super mortalità materna e neonatale è alla base di una riflessione comune tra enti statali e scienziati ostetrici, che porta la pubblica amministrazione alla decisione di un intervento statale diretto, in base al principio della “pubblica felicità” di conio illuministico, sull’assistenza alla maternità. Il punto di vista ostetrico, in base all’esperienza francese,( vedi capitolo precedente), le innovazioni tecniche e le conoscenze anatomiche e fisiologiche dei fenomeni legati alla gravidanza e al parto sono i nuovi fattori di impegno riformatore con l’obiettivo di organizzare ex novo l’assistenza ostetrica per meglio qualificarla, ovvero la scienza al servizio delle donne.

Nell’ambito del nuovo clima riformatore la madre, il bambino, il parto sono gli oggetti di riflessione da parte dei medici ostetrici, dei filosofi e di uomini di stato. Scienza e politica daranno vita alla “rivoluzione materna” del XVIII secolo. È il tempo dello Stato forte, potente, “grande” che ha bisogno di numerosi cittadini e di buona salute. Malattia e morte sono un binomio che si oppone alla produttività economica ed all’esercito potente per la difesa sia del territorio nazionale che delle conquiste sociali. Le epidemie hanno perso la loro violenza, ora l’attenzione va rivolta all’individuo per curarlo, tutelarlo e valorizzarlo<sup>9</sup>.

La felicità dello Stato coincide con la felicità della popolazione. Lo Stato elabora e pratica una politica intesa come governo di popolo e di città, che sarà addetta “populazionista”, di cui lo strumento più diffuso è la “polizia medica”, accanto alla polizia comunemente intesa nel ‘700 come mantenimento dell’ordine pubblico<sup>10</sup>. Se prima del XVIII secolo lo Stato si era interessato del popolo essenzialmente nelle fatali ricorrenze epidemiche, ora l’intervento è quotidiano e riguarda l’alimentazione, l’igiene, la salute, le condizioni di vita, gli istituti assistenziali. Il medico nuovo è formato alla Università, dove si fa ricerca e si insegnano le nuove conoscenze biologiche, anatomiche, fisiologiche, patologiche, fisico- chimiche e terapeutiche. Sono due le conseguenze di questo nuovo clima : la classe dei ciarlatani tende ad essere circoscritta, mentre la nuova classe medica viene garantita e favorita dallo Stato che, in pari tempo, stimola i nuovi studi medici e organizza le nuove professioni sanitarie<sup>11</sup>. La classe medica sarà favorita in quanto i medici sono indicati come i tutori della salute pubblica ed individuale sin dalla nascita. Quindi nascono le scuole ostetriche, le università sono favorite nello sviluppo. Sebastiano Rizzo nel 1775 inizia il suo corso di ostetricia per le levatrici, *Il badare con attenzione a salvar l'uomo fin dai momento della sua nascita egli è un procurare i sudditi allo Stato, gli individui alla società, il bene alla specie umana. La forza dei sovrani consiste nella moltiplicazione del popolo: che può ridursi a queglii usi che più convengono per la sicurezza e per la difesa comune. Il numero degli uomini costituisce il reciproco aiuto degl'individui e la quantità dei soggetti è il motivo per cui fioriscono le arti e le scienze utili, si promuove il commercio e l'agricoltura e se ne aumentano industremente i prodotti*<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Demarco, D.. Il dibattito settecentesco sulla popolazione in Italia, in SIDES pp. 539-590.

<sup>10</sup> Pansieri, G. La nascita della polizia medica, in Storia d'Italia, Einaudi, Annali 3, Torino 1980, p.5-147; Cosmacini, opera cit.

<sup>11</sup> Brambilla, E. La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica, in Storia d'Italia Einaudi, Annali 7, 1984, pp. 147.

<sup>12</sup> Rizzo, S. Delle origini e dei progressi dell'arte ostetricia, Venezia, 1776, pag 3.

## Situazione sanitaria e “professioni” mediche

Primo 700. In Italia e poi in Europa.

Certamente la scuola italiana di medicina, al pari di quelle europee, segue il filone della ricerca biologica, anatomica e fisiologica. Ma è un processo che, se porta buoni frutti teorici, sul piano pratico stenta a trasferire i suoi risultati a livello tecnico diagnostico e terapeutico, nel senso che la capacità tecnica e l'esperienza clinica degli operatori restano al palo. Probabilmente questa difficoltà nasce anche dalla impostazione tradizionale, che voleva la separazione netta tra ricerca teorica ed applicazione pratica e che quindi fa ancora sentire il suo peso. Il sapere degli scienziati è in gran parte astratto, mentre il sapere pratico è spesso in mano ad analfabeti ( Jacob ). Ancora nel '700 gli studi universitari di medicina sono teorico- filosofici, e solo marginalmente osservazionali ed esperenziali. Quindi si potrebbe parlare di due medicine, quella dotta, o universitaria - accademica, e quella popolare -pratica, manuale e tradizionalmente attiva nella e sulla popolazione, svolta dalle Mammane, Barbieri, Ciarlatani. Le due medicine convivono, praticamente, anche se spesso in maniera conflittuale. Chirurghi e Speciali occupano una posizione intermedia. Una visione di insieme delle professioni mediche del tempo è popolata di numerose figure, denominate in vario modo nelle diverse località italiane, ma raggruppabili come medici-fisici e speciali, e altre figure minori, quali cavadenti, flebotomi, sacretristi, conciaossi, barbieri, erboristi. Le figure minori si proponevano anche nelle piazze, nei mercati e offrivano rimedi e terapie, erano i cosiddetti medici dei poveri. Le figure mediche minori erano diffuse nel territorio e sfuggivano ad ogni controllo delle autorità statali e locali . **Regolamento generale della Facoltà medica in Milano, Milano, 1775, p. 37. nota 58 pagina 44**

Le tre principali categorie professionali medici fisici, chirurghi e speciali, tenderanno ad organizzarsi in collegi nel corso del 700. La medicina fisica, la chirurgia maggiore - soggette entrambe a studi universitari- faranno parte della professione medica ufficiale, che come abbiamo visto, sarà al centro di iniziative riformatrici volute dallo Stato. Se cresce l'autorità dei medici-chirurghi e degli speciali, i ciarlatani, invece, subiscono la competenza e i risultati positivi che progressivamente i primi ottengono tra la popolazione. Lo Stato, a sua volta anche perché pressato, favorirà questa categoria professionale, sia i medici fisici che i chirurghi. Permarrà ancora la distinzione tra medico fisico, laureato in medicina e filosofia, che abitualmente manteneva le distanze dall'uomo malato, e chirurgo, che invece, specularmente, esercitava l'arte manualmente, come da antica tradizione nelle Università medievali. L'esercizio dissettorio in sala anatomica era di stretta pertinenza del chirurgo, mentre il medico si limitava ad osservare, essendo l'arte dissettorica ritenuta indegna per un medico. Le diatribe tra le due componenti sanitarie fanno parte della loro storia. In Francia le lotte fra le due corporazioni furono furiose, comunque il prestigio dei medici fu di gran lunga superiore a quello dei chirurghi. Con il tempo e soprattutto con la pratica dissettorica, i chirurghi raggiungeranno una notevole competenza operativa, che sosterrà il successo della loro arte in interventi più complessi, mentre i chirurghi “ minori “, o barbieri, saranno obbligati a limitare la loro opera a salassi, medicazioni di ferite, eccetera.

I chirurgii minori costituiranno l'unica categoria che non ha frequentato l'Università, come le mammane. Sono persone più o meno illetterate, che imparano l'arte nella bottega del padre o attraverso un apprendistato a volte anche ospedaliero<sup>13</sup>. In generale, quando l'ostetricia raggiungerà dignità sanitaria pubblica, avrà il contributo essenziale dei chirurghi, già abituati alla pratica

---

<sup>13</sup> Castiglioni. A., Storia della medicina, p. 566 ss.

manuale, indispensabile per l'assistenza al parto. Solo in seconda istanza, anche i medici si avvicineranno al corpo delle donne incinte, ma nel 700 gran parte degli ostetrici erano chirurghi.

Come abbiamo già riferito, in campo ostetrico nel Settecento la Francia ha guadagnato il primato in Europa nelle conoscenze e nella esperienza clinica ostetrica. La pratica dissezzatoria, lo studio anatomico e fisiologico dei genitali femminili, impegno secolare degli scienziati di quel paese, sono alla base del loro successo. Tutta l'Europa andava in Francia, Parigi soprattutto, per osservare, praticare ed imparare l'arte ostetrica moderna, imperniata sul parto difficoltoso, la sua diagnosi e i provvedimenti terapeutici da approntare mediante l'arte.

L'arte di costruire strumenti, in specie il forcipe, modellato e perfezionato continuamente, rese famosi molti chirurghi ostetrici francesi. Altri strumenti furono il pelvimetro, utile nella misurazione del bacino femminile, sede anatomica del parto. La scuola francese per prima costruisce il sistema teorico del cosiddetto "meccanismo del parto", che riguarda il feto e l'apparato femminile nei loro rapporti fisici e funzionali. **Vedi nota 60 da riportare**

*L'arte ostetrica è intanto un'arte di pratica, un'arte i cui principi sono certi, e di cui tutte le operazioni possono essere portate, per così dire, fino alla certezza geometrica, non essendo il parto che un'operazione meccanica, sottoposta alle leggi del moto<sup>14</sup>.*

Nel '700 quindi per la prima volta si costruisce l'insieme dei fenomeni che portano conclusivamente alla nascita di un nuovo essere attraverso la loro concatenazione logico-fisiologica e che si svolgono secondo un percorso individuato e definito teoricamente con il termine di "meccanismo del parto". Le ricerche, e la relativa conoscenza, che hanno riguardato l'utero, il suo sviluppo in gravidanza, la sua posizione nella cavità addomino-pelvica, la configurazione della cervice uterina, la situazione e la posizione del feto, la conformazione del bacino della donna, la placenta sono alla base della accennata costruzione logica, che sarà valida nell'assistenza clinica di ogni parto, da quel tempo in poi e sarà così ogni volta che si presterà assistenza al parto, dovunque avvenga.

La conoscenza del meccanismo del parto ha reso possibile l'individuazione dei casi di patologia del parto, e con l'aiuto dell'arte trovare le soluzioni operative per renderlo possibile e vantaggioso per la madre e il feto. I francesi furono assertori convintissimi dell'ostetricia operativa, mentre gli inglesi erano più aperti all'ostetricia naturale, impostata sull'assistenza paziente per dare alla natura l'opportunità di fare il suo corso. L'intervento ostetrico quindi era praticato solo se ritenuto necessario in quanto salvifico per il feto e/o la madre. La Germania dapprima seguì la scuola francese, con abuso operativo, specie mediante l'embriotomia, che portò ad una vera "carneficina di bambini". In area tedesca, l'Austria fu più vicina alla scuola inglese, quella dell'ostetricia naturale<sup>15</sup>.

Nel '700 crebbe quindi l'attenzione generale per la maternità e, per l'aumentato sviluppo demografico, con essa fu necessario costruire ed organizzare nuove maternità. Le nuove maternità saranno anche la sede dove si formeranno le nuove levatrici e i nuovi ostetrici, i quali avranno modo di osservare la gravidanza, il parto, il puerperio, il bambino e di praticare la loro arte. Le maternità "In cui la fame e le salute di femmine prese da infelici amori trovan esilio; ovviasi

---

<sup>14</sup>Beaude locque, J.L. Dell'arte ostetrica, trad. in italiano, Pavia, 1819, pag. 8.

<sup>15</sup>Calderini, G. Sviluppo storico della ostetricia e della ginecologia, Napoli, 1895, p. 12.

*all'infanticidio, spesso rientrasi nel cammino della virtù; si conservano alla repubblica tante madri e tanti figli; e dove finalmente s'impara l'esercizio delle vere leggi di quell'arte importantissime*"<sup>16</sup>.

L'assistenza ostetrica in Italia ovviamente subisce la varietà delle situazioni territoriali, ma in tutta la penisola i vari Stati hanno l'interesse comune a rispondere con atti amministrativi e politici al flagello delle morti neonatali e materne legate al parto. Si svilupperà una vera e propria campagna contro le mammane, verso la metà del 700, che sfocerà nella stretta collaborazione dei politici ed ostetrici con l'obiettivo primario di migliorare la pratica ostetrica come componente essenziale dello sviluppo capillare della politica generale populazionistica. Si ideò la programmazione di acculturamento delle vecchie mammane e di formazione delle nuove levatrici. Nella seconda parte del 700 questo progetto venne attuato con l'istituzione di corsi, scuole, commissioni d'esame per levatrici, con la pubblicazione di numerosi trattati e con l'istituzione di cattedre di ostetricia nelle facoltà mediche delle università, secondo l'intenzione riformatrice delle idee illuministiche. *"Quante fertili cittadine e quante buone madri vengono annualmente uccise, e quanti innocenti bambini vengono ogni anno privati di vita prima di venir partoriti. I capi d'ogni repubblica ne sono responsabili, se colpevolmente negligono un affare di tanta importanza; essi dovrebbero provvedere ogni comune di mammane ben istruite, e ogni distretto di un abile sperimentato ostetricante. Che coraggio può ella avere una gravida vedendo che lo stato si prende sì poca cura di lei, e della sua sicurezza"*<sup>17</sup>

Frank esprime il punto più alto della elaborazione illuministica secondo la filosofia filantropica dell'Enciclopedia, circa il valore dello Stato per migliorare le condizioni di vita materiali e culturali di ogni individuo sin dalla nascita, di cui il Moscati milanese dà l'esempio più alto e chiaro. Difatti, i bambini sono considerati la speranza e il bene dello Stato, di necessità lo Stato dovrebbe provvedere a rendere le unioni feconde, tutelare la gravidanza, la maternità, la salute e l'igiene dell'infanzia. Si prospettano per la prima volta *"diritti e privilegi"* per le gravide, in quanto meritevoli di rispetto e premura, tra cui quella di evitare lavori faticosi. Si riconosceva che l'organismo della donna incinta ha bisogno di particolari attenzioni, per esempio l'alimentazione, l'abbigliamento adeguato e le precauzioni per ridurre la possibilità di aborti, parto prematuro e infanticidi.<sup>18</sup>

Lo stato gravidico come un momento, certo naturale, ma particolare; il parto, il puerperio due momenti critici nella esperienza popolare e secolare, quindi lo Stato ha il dovere di provvedere ad istruire delle *"persone"* perché queste siano competenti secondo le nuove conoscenze mediche, e possano assicurare una vera assistenza, in quanto derivata da competenza, certificata da autorità scolastica, riconosciuta dallo Stato. Nello stesso tempo si proscrive, pena l'interdizione, l'esercizio ostetrico a tutte le persone prive dell'istruzione necessaria. Si ribadiva ancora una volta l'opinione, accettata dalla generalità dei professionisti sanitari, che le levatrici operanti nel territorio fossero molto spesso preda di *"frequenti imprudenze"*, soprattutto nelle campagne. L'imprudenza delle levatrici, nella seconda metà del 700, divenne il bersaglio fisso di molti personaggi e con molti obiettivi, filtrati attraverso il bene comune, illuministicamente definito ed inteso. Editti e proclami da parte di uffici sanitari degli Stati del nord e della Toscana, espressero la volontà di impedire che le levatrici esercitassero il loro mestiere liberamente e senza controllo. Ovviamente si aggiunsero anche i medici che nei due secoli precedenti erano stati i promotori e gli attori principali dello

---

<sup>16</sup> Plenck, JJ. Elementi dell'arte ostetrica, Introd, Venezia 1798 (I ed. in ted. 1768).

<sup>17</sup> Frank, JP. Sistema completo di polizia medica, sezione che riguarda la maternità e le problematiche dell'assistenza al parto, vol. XV, p. 144 ss.

<sup>18</sup> Ibidem.

sviluppo delle conoscenze, che, a questo punto, si pensava utilmente di attivare a fini professionali ed economici, scalzando le levatrici da quel posto che per millenni avevano occupato.

*Molti e diversi sono i difetti delle comari che meritano riflessione, e Iddio volesse che una volta avessero da aver fine, a scampo di tanti aborti che non si impediscono, di tanti feti che si uccidono, o si lasciano perire per mancanza di salutare aiuto, di tante povere anime che si dannano, e di tante madri che passano all'altra vita nel più bel fior degli anni, e della loro fecondità. I difetti delle comari provengono dall'ignoranza, dall'ostinazione, e dalla malizia delle medesime*<sup>19</sup>.

La letteratura ostetrica nazionale si avvale di manuali, giornali, riviste di ostetricia per tessere una ricca tela di vere e proprie calunnie contro le levatrici, qualificandole come “ assassine“, “ donne dell'ultima plebe“, “ femmine materiali ed empiriche senza lumi e cognizioni“, “temerarie“, “idiote, zotiche, prive di genio e di gusto per lo studio”<sup>20</sup>.

Dalle note precedenti si evince che era stato messo in atto un vero linciaggio; ma non tutti i medici erano dello stesso avviso, soprattutto quelli che ancora credevano che il parto dovesse essere curato da donne. Inoltre molti di quelli che partecipavano al coro contro le levatrici avevano poca dimestichezza con la manualità ostetrica, e l'assistenza al parto non migliorò dal momento che la mortalità materna e neonatale non si abbassò, almeno nelle prime fasi<sup>21</sup>. Peraltro, Beaudolocque, il celebre chirurgo ostetrico francese, affermava tranquillamente che le levatrici erano più capaci dei medici (almeno in Francia) nell'assistenza al parto.

Come sempre succede nelle fasi iniziali di un percorso di conoscenza, i primi atti ritenuti terapeutici di una certa patologia, non sono di livello del tutto adeguato alla bisogna; gli ostetrici allora erano poco addestrati alla manualità, oppure preparati solo teoricamente: di fronte ad un parto difficile non sempre riuscivano a trovare la soluzione, e quand'anche il risultato fosse raggiunto, la manipolazione ripetuta dei genitali comportava quasi sempre l'insorgenza di infezioni frequentemente fatali nei giorni a seguire<sup>22</sup>. La discesa in campo degli ostetrici non fu ovviamente massiccia, e pertanto l'assistenza al parto nelle città e nelle campagne continuava ad essere appannaggio delle levatrici.

Ludovico Antonio Muratori, che pure vedeva il sacrificio umano derivato dalla gravidanza e dal parto, in gran parte addebitato “ all'ignoranza e all'imprudenza delle mammane“, con la forza del buon senso del suo lavoro e della pubblica felicità, cercava di assecondare la soluzione del problema nella preventiva istruzione delle comari. Opinione che fu molto condivisa e in pochi anni in varie città italiane si organizzarono occasione di istruzione delle levatrici<sup>23</sup>. Sanitari e amministratori furono i commissari di esami per la valutazione della idoneità delle levatrici in servizio e di quelle future. Si istituirono delle scuole per levatrici e così avverrà che uomini insegneranno il mestiere di levatrici alle donne. Gli ospedali, le università o i collegi medici e chirurgici organizzarono corsi di formazione. In parallelo le Università avevano già corsi di formazione per medici ostetrici. Di tutto questo abbiamo riferito nella sezione precedente.

---

<sup>19</sup> Valota, O. La levatrice moderna, Bergamo, 1971, pag 160.

<sup>20</sup> Malacarne, V. L'esplorazione proposta come fondamento dell'arte ostetrica, Appendice, Milano, 1791.

<sup>21</sup> Mc Keown, L'aumento della popolazione, cit., p. 145-148.

<sup>22</sup> Imhof, A. La surmortalité des femmes mariées an age de procréation, <<Annales de démographie historique >>, 1981, pp. 81 sgg.

<sup>23</sup> Muratori, LA, Della pubblica felicità, Lucca 1749, pag 43.

L'istituzione dell'insegnamento ostetrico prepara una nuova generazione di levatrici. Alcune, già operanti secondo la tradizione, saranno " *riorientate* " attraverso il corso formativo, altre invece saranno formate ex novo. Una nuova generazione di levatrice, quella istruita, tende a diffondersi e ad operare nei villaggi e nelle città. In parallelo, il chirurgo sarà presente ed opererà nei casi complicati, allorché chiamato dalla levatrice, se avrà riconosciuto lo sviluppo anormale del parto, che sta assistendo. Il chirurgo quindi rientra per via istituzionale e prepotentemente nell'assistenza ostetrica nei parti difficili, in quanto docente della levatrice, gerarchicamente superiore e perché chiamato dalla stessa. Nella pratica ovviamente non sarà rigidamente così. Numerosi saranno i fattori ambientali, politici e sociali, che renderanno la situazione ostetrica generale del paese molto variegata, ma soprattutto sarà la popolazione femminile, che farà fatica a comprendere e ad accettare il nuovo. Le donne, nonostante le leggi, progetti, nuove ideologie, anche nel ducato di Milano, considerato progressista, continueranno a partorire chiedendo l'assistenza di una donna, possibilmente quella conosciuta da generazioni, mentre la presenza del " chirurgo ostetricante " incuterà timore se non vera ripugnanza nelle donne, che non vogliono confidarsi se non con le persone dello stesso sesso<sup>24</sup>.

Il parto è ormai diventato territorio non più pacificato. La presenza maschile ha innestato conflitti fra competenze maschili e competenze femminili, e resistenze anche da parte delle partorienti. Il pubblico bene, le scienze, gli strumenti dell'arte erano gli standard della competenza maschile, mentre l'esperienza tradizionale, fatta di confidenze, di segreti e di pratiche "terapeutiche" sedimentate nella credenza popolare, rientrava nella competenza femminile, che sarà difesa anche dalla pubblicazione di molti libri in Francia, in Inghilterra, in Italia, di cui abbiamo già riferito e nei quali la scena del parto è considerata il luogo del dominio femminile.

Resta consolidato e rilevante, a questo punto, il ruolo delle scuole per le levatrici e per l'insegnamento dell'ostetricia nell'ambito della Facoltà di medicina. Ogni anno nuove levatrici, giovani ed anziane, finalmente diplomate saranno a disposizione del territorio e della popolazione. La presenza del medico, non sempre esperto di ostetricia, assicurata nelle città, nei villaggi invece era più problematica. La popolazione femminile, quasi inerzialmente, continuava ad affidarsi facilmente alle levatrici o ancora alle mammane. Tra le assistenti del parto, si intravede inizialmente per diventare successivamente stabile e chiaro, il contrasto tra le levatrici diplomate e le mammane tradizionali. Il contrasto si mantiene per numerosi motivi. Le partorienti preferivano la donna conosciuta personalmente o dai suoi familiari, o dalle vicine, che apparteneva al luogo, dotata di usi e costumi identici, già sperimentata altre volte, conquistando così la fiducia della comunità. Le nuove levatrici, di contro, presentavano un certificato, un pezzo di carta, come prova della propria abilità, conseguita in ospedale, ad opera di medici, che aveva assistito alla sezione di cadaveri, che per ottenere il diploma aveva abbandonato la famiglia. Nel villaggio capitava che la vecchia comare continuasse ad esercitare, non conferendo la popolazione alcuna superiorità alla nuova levatrice, pur accettata<sup>25</sup>. La ostinazione delle vecchie comari ha molti aspetti. Una specie di sfida dell'ignoranza alla scienza ed anche all'autorità, addirittura come difesa della vecchia cultura e di un mestiere "tradizionale" rispetto al nuovo, inteso come progresso, sia anche più realisticamente, come difesa di una attività comunque ben retribuita e di prestigio sociale. Non ultima, la osservazione, valida almeno nella fase iniziale del cambiamento, che il numero delle

---

<sup>24</sup> Asm. Lettera sul piano Frank. Asm. Fondo sanità. parte antica, c. 269.

<sup>25</sup> Asm, Lettera sul piano Frank, Asm, Fondo sanità, parte antica, c. 269.

levatrici diplomate e degli ostetrici operanti nelle diverse aree, fosse insufficiente<sup>26</sup>. Vedi l'onorario delle ostetriche di Perugia, nell'iconografia.

Cambiano gli attori della scena del parto, attrezzati da sapere nuovo, prodotto dalle rivoluzioni scientifica, economica ed industriale, dallo sviluppo delle scienze biologiche, chimiche e fisiche. L'uomo, il suo corpo, la sua fisiologia ma anche le sue patologie, fanno parte integrante del nuovo sapere. Il parto, come evento universalmente riconosciuto fonte di vita, di gioia ma anche di dolore e di morte, non poteva non attrarre l'attenzione degli uomini di scienza del tempo, che si trovarono nella condizione di modificare l'ideologia del parto sotto la perdurante azione dell'imperizia, mentre la scienza su tanti settori della vita organizzata era capace di elaborare tecniche nuove, la cui applicazione arricchiva la qualità di vita quotidiana dell'uomo. Il vecchio sapere ostetrico viene archiviato, avanza timidamente il nuovo, rispetto a quello che sarà negli anni successivi. La nuova ideologia del parto passa attraverso la sua medicalizzazione, nel senso che da evento naturale, come la tradizione si ostinava a considerare nonostante le numerose difficoltà e tragedie che l'hanno accompagnato, in quanto si incontrava nella natura e addirittura nei fenomeni della quotidianità, ora, con mutamento a trecentosessanta gradi, viene presuntivamente considerato quantomeno ad alto rischio di patologia lieve, ma talvolta anche grave<sup>27</sup>.

La conoscenza dell'alto rischio è alla base della necessaria presenza del medico, unico soggetto abilitato a fare diagnosi con buona certezza e correggere la patologia una volta diagnosticata. È anche lo schema logico che porta alla subordinazione del ruolo della levatrice rispetto al medico, che nella configurazione del nuovo sistema sanitario occuperà un alto rango decisionale e quindi di prestigio sociale. Storicamente, nella seconda parte del secolo, si concretizzerà l'integrazione di tre fattori coesistenti: **a)** le nuove conoscenze della medicina sia teoriche che tecniche, **b)** la riorganizzazione delle professioni sanitarie secondo specializzazione e gerarchizzazione (ostetrico - levatrice), **c)** l'intervento dello Stato, che finalmente si prende cura della salute pubblica attraverso interventi diretti di prevenzione e controllo (vedi anche polizia medica). Quindi lo Stato e i medici insieme formeranno un binomio di trasformazione, che certamente ha aspetti di rottura con la tradizionale assistenza ostetrica, che vedeva nelle donne la componente, essenziale non solo biologicamente, ma anche socialmente espressa<sup>28</sup>.

La Chiesa aveva sempre svolto un compito di controllo delle levatrici attraverso l'amministrazione del battesimo, concessa alle comari nei casi tragici di morte e di imminente morte nell'evento parto. In questo giro la Chiesa è rimasta fuori dal cambiamento epocale della metà del XVIII secolo. La preparazione delle levatrici per l'amministrazione del battesimo, ancora nelle " *mansioni* " della levatrici, era compito ovviamente del parroco, che notificava l'abilità della levatrice attraverso un vero e proprio esame. Il cardinale Lambertini stampò e diffuse un catechismo come guida alla preparazione dei laici e quindi anche delle levatrici per l'amministrazione del battesimo. Sin dalla XVI secolo questa attività era stata di fatto uno strumento di subordinazione (potenziale o effettiva) delle mammane al potere della Chiesa. Al tempo del grande cambiamento l'accesso ai corsi di preparazione al mestiere di levatrice richiedeva l'attestato del parroco, mentre prima della sua realizzazione l'unico titolo che occorre alla mammana era quello del parroco. Il parroco, soprattutto nelle campagne, era ancora un'autorità, quindi la sua parola poteva aiutare o frenare l'accettabilità da parte della popolazione femminile

---

<sup>26</sup> Pancino, C. opera cit. pag. 54-55.

<sup>27</sup> Vespa, G. Dell'arte ostetrica, cit., p. 19; si veda anche Dizionario compendioso delle scienze mediche, Venezia 1830-38 (I ed. fr. 1812-22), XIII vol., voce « parto ».

<sup>28</sup> Pancino, C. opera cit. pag 55.



della nuova levatrice, nonostante il diploma, favorendo le mammane tradizionali, talvolta. Alla Chiesa con la scolarizzazione non rimase altro che il controllo morale delle levatrici e l'istruzione sacramentale. Così a Milano: *Continueranno le comari a presentarsi a' rispettivi parroci, per esser esaminate, tanto nella parte, che riguarda le formule richieste dalla Chiesa per i casi di necessità, in cui le medesime devono amministrare il sacramento del battesimo alle creature pericolanti di vita, quanto nella morale che influisce nell'esercizio loro, per impedire qualunque abuso nell'esercizio dell' arte, nelle cose spirituali. Non potranno per altro essere ammesse, né pubblicate dai parroci se non quelle comari, le quali esibiranno. il documento di approvazione riportato dal Direttorio della Facoltà medica, e ciò per evitare qualunque inconveniente assurdo ed abuso di contraria pratica, per cui potessero esser preferite nell'esercizio le levatrici ignoranti a quelle, che sono istruite ed approvate<sup>29</sup>.*

Si risolse così il conflitto e i parroci affiancarono la loro opera di controllo a quella dei governanti<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Regolamento della Facoltà medica di Milano, pag. 80.

<sup>30</sup> Pancino, C. opera cit. pag 58

## IL TAGLIO CESAREO

tra immaginario, mito, medicina salvifica e dispute teologiche nei secoli

La storia del taglio cesareo si iscrive solo parzialmente nella storia della medicina; occupa territori diversi, quelli del mito, della legenda, della letteratura, della religione, della politica, delle professioni sanitarie, molto spesso avvolti da ambiguità semantiche e interpretative, soprattutto per il fatto che è stato relegato lungo una linea di confine, sempre tormentata da dubbi e misteri, tra la vita e la morte. Il TC, prima di assumere la odierna connotazione di operazione chirurgica, semplice e definitiva, è stato nella storia dell'uomo qualcosa di altro e diacronicamente diverso. << È stato innanzitutto l'immagine della nascita straordinaria, posta al di fuori dell'ordine della natura; nascita propria degli dei e degli eroi >><sup>1</sup>.

Nel mito indiano, Indra, il dio supremo, esce dal fianco della madre, anche Budda, in alcune raffigurazioni, è rappresentato nell'atto di uscire dal ventre di Maya. Adone, Dioniso e Asclepio, nella mitologia greca sono accumulati da questa nascita prodigiosa. Dioniso viene estratto immaturo dal ventre della madre Semele, uccisa da Era per gelosia, ad opera di Zeus, che per favorirne lo sviluppo se lo cuce in una coscia, L'episodio fa parte della tragedia greca di Euripide. Lo stesso Esculapio, figlio di Apollo, nasce dal ventre di sua madre Coronide, uccisa prima del parto. Il principe Rusten, nella mitologia persiana, viene al mondo non << per via comune e volgare degli uomini >>, ma per via inconsueta, aperta con la spada da un sacerdote<sup>2</sup>. Anche Giulio Cesare, in epoca romana, nasce << ab utero caeso >>, cioè col taglio dell'utero dal fianco della madre, nascita che nel medioevo sarà celebrata come evento emblematico della sua figura anche attraverso un gioco, falso, etimologico; nelle miniature, così numerose, nelle varie *Historiae Romanorum* medioevali, che tratteggiano la vita di Cesare, quella della sua nascita prodigiosa non manca mai proprio come espressione della sua figura sovraumana, eroica e premonitrice dei mutamenti, che saranno legati alla sua folgorante e fulgida azione militare e politica<sup>3</sup>.

Nel mondo cattolico medioevale, il valore divino o sovraumano del mito antico viene sostituito da un'idea spirituale, che si lega alla temporaneità della vita terrestre dell'uomo, tesa invece verso l'amore di Dio misericordioso per gli uomini, a cui non resta che amarlo con fede. La nascita prodigiosa per taglio cesareo viene concepita come strada che porta alla vita celeste, massimo desiderio dell'uomo per liberarsi della carne e del peccato. La teologia medioevale elabora, nell'avvenimento della morte della madre durante il parto, l'operazione di taglio cesareo per favorire non solo la nascita fisica del figlio, ma, soprattutto, la possibilità di amministrargli il battesimo per la vita celeste. Anzi molti Sinodi di varie città europee, a partire dall' XI secolo, deliberano l'esecuzione del parto cesareo in caso di morte materna come norma religiosa, specificata in indicazioni prammatiche<sup>4</sup>.

La idea di ricorrere al taglio cesareo, meglio all'incisio, nasceva dall'evidenza oggettiva di parti, che non si concludevano con la nascita di un bambino dopo ore e ore di travaglio, che sfiancavano ogni sforzo della partoriente e di coloro che la assistevano. Questi casi trovavano la loro eziopatogenesi nel bacino ristretto femminile, un vizio anatomico di forma e dimensioni, che

---

<sup>1</sup> Filippini, NM. *La nascita straordinaria*, Milano: F. Angeli, pag21.

<sup>2</sup> *Ibidem*, pag 22.

<sup>3</sup> Gall, P. *L'iconografia del taglio cesareo; Blumenfeld-Kosinski, Not of Woman Born. Representations of Caesaren Birth of Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca-London, 1990, cap. II..

<sup>4</sup> Filippini, Mn. *Opera cit.*

impediva l'entrata della testa fetale nel canale del parto, né valeva in questi casi l'aiuto meccanico di pressioni sull'addome materno e successivamente manovre strumentali, quali tire-tete di Mauriceau e applicazioni di forcipi; non rimaneva altro che estrarre per via vaginale il feto dopo averlo sezionato (embriotomia)<sup>5</sup>.

Solo intorno al 1300 il TC si affaccia alla valutazione scientifica, dapprima in maniera vaga e poi via via sempre più precisa, tanto da assumere i tratti di una operazione chirurgica con descrizioni di atti operatori, di nozioni anatomiche e mediche, e di veri casi. Nei manuali di chirurgia del 1500 le informazioni sull'intervento sono più dettagliate. Quindi una storia complessa, quella della nascita per via cesarea, che passa nel corso del tempo dal profilo mitico e simbolico di avvenimento premonitore di grandi mutamenti epocali futuri (Giulio Cesare) a quello della salvezza eterna, attraverso il battesimo, ma che richiede atti umani estremamente coraggiosi e di intrinseca violenza, animata dalla cultura del tempo.

La complessità della storia di questa operazione è anche di natura documentaria, nel senso che gli storici della medicina hanno dovuto delimitare leggenda e pratica operatoria vera e propria e la domanda di base è stata: quando incomincia ad essere eseguito il taglio cesareo: in epoca Romana, nel Medioevo, o ancora più tardi in epoca Rinascimentale? Quale valore storico dare a raffigurazioni di scene mitiche in miniature ed incisioni, che adombrano atti operatori interpretabili come facenti parte del taglio cesareo, in assenza di altri riscontri? Gli stessi resoconti scritti di interventi chirurgici eseguiti nel Cinquecento hanno molti caratteri fantastici, che sconsigliano di affidare loro validità oggettiva, storica; per giunta molto spesso la medicina di quel tempo per suffragare le sue tesi si richiamava a leggende, vedi la nascita di Cesare, a cui si alludeva ogni volta che si voleva confermare un caso di intervento prodigioso. Una storia che vede intrecciarsi diversi piani e non trova aiuto neanche dal punto di vista tecnico dal momento che << *alcuni errori* >> sono inspiegabili, come per esempio quello di considerare inutile la sutura della breccia uterina aperta per estrarre il feto dall'utero su donna viva, in quanto si sarebbe rimarginata spontaneamente. Eppure le conoscenze mediche chirurgiche del tempo consideravano indispensabile la sutura di ogni ferita chirurgica<sup>6</sup>. Una spiegazione potrebbe essere data dalla rappresentazione particolare dell'utero, a cui si attribuivano tradizionalmente poteri misteriosi, tanto da essere raffigurato ancora nel Cinquecento con l'immagine di origine platonica di un animale, quindi di vita autonoma, e che certamente, secondo Berriot-Salvatore, aveva << *il valore potente e misterioso di un simbolo* >>, e come tale anche la scienza non osava andare al di là della semplice incisione ed evitava, per paura o per rispetto, la successiva manipolazione con la sutura<sup>7</sup>. Una storia che certamente ha due periodi che si sviluppano intorno a due temi fondamentali del pensiero e della pratica chirurgica: **cesareo su donna morta** e **cesareo su donna in vita**, una duplicità che non è inscritta solo nella pratica e tecnica chirurgica, ma che è sottesa da un humus culturale simbolico dai molteplici risvolti. Il primo tipo è assimilabile ad una semplice sezione anatomica, secondo Mireille Larget, << *simple ouverture du cadavre* >>, mentre il secondo tipo assume il valore di una complessa operazione chirurgica ad alto tasso di rischio per la vita della madre e del figlio<sup>8</sup>. Anche la cronologia delle due storie è diversa essendo quella della storia del cesareo post mortem molto più antica, che ad un certo punto coesiste con l'inizio della storia del cesareo in vitam fino a quando il cesareo è praticato solo in vitam con una incidenza molto alta fino al 20-30% dei parti, mentre in mortem diventa rarissimo,

---

<sup>5</sup> Forleo, R. *Opera cit.* pag 211.

<sup>6</sup> Pundel, JP. *L'operation cesari enne*, , pp.188-189.

<sup>7</sup> Berriot, Salvatore. *Il discorso della medicina e della scienza*, in G. Duby; M. Perrot (sotto la direzione di), *Storia delle donne. Dal Rinascimento all'età moderna* (a cura di N. Zemon Devis e A. Farge), Bari, 1991, p. 361.

<sup>8</sup> Larget, M. *Naissances. L'accouchement avant l'age de la clinique*, Parigi, 1978, p. 257.

ovvero nei casi di morte improvvisa della madre<sup>9</sup>. Ovviamente la variabilità del concetto di vita e di morte nel tempo ha avuto un notevole peso sull'intervento medico in generale e in particolare in ambiente ostetrico, dove l'interesse sanitario da sempre è rivolto a due esseri umani. Si ricorda, a beneficio del lettore, che la prospettiva ostetrica sulla vitalità fetale cambia radicalmente, per diagnosi e prognosi, nel momento in cui, mediante lo *stetoscopio ostetrico*, si può auscultare la presenza del battito cardiaco fetale attraverso la parete addominale materna, mentre la sua assenza ne dichiara la morte. Un altro tema che interseca i due cesarei è come il cesareo post mortem influisce sul cesareo in vitam. Comunque i due interventi vanno distinti, ma studiati insieme per un proficuo confronto.

### **Sul termine cesareo**

La complessità della storia del taglio cesareo è anche nella sua terminologia, non univoca nel tempo. Nell'antichità non si trova questo termine e l'atto operatorio è sottinteso in perifrasi che hanno l'intenzione di esprimere una nascita non ordinaria e generalmente attribuita a degli dei o degli eroi: “ imperfectus adhuc infans genetricis ab alvo/ eripitur...”<sup>10</sup> secondo Ovidio nel mentre racconta la nascita di Dioniso da Semele, per opera di Zeus; “ Inde Lichan ferit exsectum iam matre perempta/et tibi, Phoebe, sacrum”, secondo Virgilio.<sup>11</sup>

Nel medioevo, sia il mondo medico che quello religioso non parlano ancora di taglio cesareo, ma di semplice incisione o taglio. Ancora nel XIV-XV secolo le prime descrizioni mediche usano frequentemente la parola *incisio*, un termine generico, ma molto usato nelle descrizioni delle sezioni anatomiche e nella pratica autoptica<sup>12</sup>.

Il termine *Taglio Cesareo* appare per la prima volta nel 1581 in un libro di Francois Rousset, Medico francese (prima metà sec. 16°) del duca di Savoia, che propugnò il parto cesareo su donna vivente come unico mezzo di salvezza della donna e del bambino in casi di viziature pelviche e di altri gravi impedimenti dell'espletamento del parto<sup>13</sup>.

L'autore, in un sol colpo, conia due termini, che saranno accolti ed accettati dalla generalità degli AA. europei e che resterà nella storia della chirurgia ostetrica. Assembla tre parole greche: *hustera*= utero/ *tomè*= taglio / *tokos*= parto, che unisce ad una parola di derivazione latina: cesareo da *caedere* (= tagliare), ma nello stesso tempo lo collega a Caesar. Molto probabilmente questa seconda valenza è di derivazione letteraria, precisamente dalla *Historia naturalis* di Plinio il Vecchio, dove si afferma della nascita di uno dei Cesari << *a caeso matris utero*>>. Una definizione nuova di un qualcosa già trattato, ma ora sul tavolo delle discussioni mediche con più prepotenza per le accresciute conoscenze di tipo anatomico, che saranno alla base delle innovazioni ostetriche di lì a poco. Nella parola cesareo si richiama la modalità mitica della nascita di Cesare, di cui la tradizione medioevale era satura, e nello stesso tempo l'atto fisico, ma pur sempre nobile, del tagliare il ventre materno per permettere quella nascita, altrimenti impossibile. Due significati etimologici in una sola parola, ma prevarrà il significato della nascita secondo Cesare. Il nome

---

<sup>9</sup> Ragonese, P. (a cura di), *Il taglio cesareo oggi. Atti del congresso nazionale A.O.G.G.I.*, Roma, Cic Edizioni Internazionali, 1986.

<sup>10</sup> *Il bambino viene estratto (eripitur) ancora immaturo dal ventre della madre»* P. Ovidii Nasonis. *Metamorphoses*, edidit W.S. Anderson. Leibniz. Teubner. 1982.I.III, 310-312).

<sup>11</sup> *Poi Lica fu estratto << exsectum>> quando la madre era morta e consacrato a te, o Febo.* Vergilii Nasonis, *Aeneides*, l. X, 315-318. Texte établi par R. Durand et traduit par A. Bellesort, Paris, 1936.

<sup>12</sup> Blumenfeld-Kosinski, R. op. cit., p. 26 (orig. Lat.).

<sup>13</sup> Rousset, F. *Traité nouveau de l' Hystérotomotokie, ou enfantement caesarien.....Pariis. Denys du Val. 1581.*

dell'intervento ostetrico si diffonde rapidamente per tutta l'Europa subendo le denominazioni locali: in inglese = cesarea section, in italiano= taglio cesareo, in spagnolo = operaciòn cesàrea, mentre in tedesco = Kaiserschnitt, la traduzione non è letterale, ma richiama il titolo che la storia ha assegnato a Cesare, cioè Imperatore ed allora abbiamo: taglio imperiale. Quali le ragioni di un successo, diffuso e persistente, che hanno accompagnato la suddetta definizione? Dalla letteratura si deduce: a) è un nome che nasce in campo medico, non in campo teologico o letterario, nonostante che i teologi si interessassero ampiamente del tema nei loro libri; b) è un chirurgo che coniuga la definizione in un momento particolare della storia di questa arte, che vede la professione chirurgica come servizio ad alto valore sociale, con una definizione corporativa autonoma dai barbieri e chirurghi, avocando a sé le operazioni più importanti, - vedi le pagine sulle professioni. La novità assoluta è che il termine viene coniato per indicare un'operazione destinata a donna gravida in vitam e non post mortem. La novità terapeutica si coniuga con la novità del nome dell'operazione che, per la sua complessità diagnostica e terapeutica e per l'alto rischio a sfavore della madre e del figlio, andando certamente al di là della semplice incisione del ventre di un cadavere, si lega invece alla nascita portentosa di Cesare, quindi un'operazione nobile, importante, efficace. Una vera azione di marketing, diremmo oggi, quella compiuta da Rousset.<sup>14</sup> Ma ad essa bisogna anche dare il crisma di evento sentinella della nuova chirurgia ricca di progettualità operativa con un alto tasso di felice riuscita e, sarà la storia successiva a confermarlo, uno degli eventi più importanti della storia umana tout court. Da questo momento chi pratica il Taglio Cesareo è assimilato ad un Dio e chi nasce ad un nuovo Cesare. Certo, il successo della pratica cesarea non sarà immediato, come sempre è necessario un periodo di assestamento organizzativo e tecnico, ma i bambini che nasceranno con questa procedura saranno chiamati Giulio Cesare e saranno considerati miracolati<sup>15</sup>.

L'applicazione di questa procedura chirurgica fu certamente ricca di difficoltà e di contrastanti opinioni. Se non altro per la ridotta esperienza degli operatori, in assenza di procedure analgesiche, ma anche per gli scarsi mezzi della comunicazione scientifica. I primi racconti di successi di interventi su donna viva, se potevano dare stimolo a continuare nell'applicazione dell'intervento, erano anche frutto di fantasie, e molto spesso si chiamava taglio cesareo la semplice laparotomia ( incisione della parete addominale). Alla fine vinsero i cesaristi. Sarà bene quindi entrare in qualche dettaglio storico per comprendere meglio il percorso culturale di questo intervento, che, come abbiamo visto, si può considerare suddivisibile in due momenti. Il cesareo post mortem (dal Medioevo al Settecento), il cesareo in vitam, fino ai nostri giorni. Altre suddivisioni tengono conto anche di criteri tecnici.

### **Il cesareo post mortem: dal Medioevo al Settecento**

Fino ai primi del 1900 si divideva la Storia del Cesareo in cinque periodi, come riferisce Gall nel 1922:

1.Dalle origini antichissime al 1500. L'operazione si esegue soltanto sopra donne morte; è subordinata ad un fine morale e politico nell'era romana, ad uno scopo religioso nell'era cristiana: la salvezza spirituale del feto.

2.Dal 1500 al 1876. L'operazione comincia a perdere il suo carattere religioso e diventa essenzialmente ostetrica: si operano anche donne vive, sebbene con tecnica deficiente, con esito

---

<sup>14</sup> Le Goff, J. Gli intellettuali nel Medioevo, Milano, 1990; Huart-M.D. Grmek, Mille ans de chirurgie en occident: V-XV siècles, 1960; Id., La chirurgie moderne. . Ses débuts en occident (XVI-XVIII siècles), Paris, 1968.

<sup>15</sup> Filippini, MN, opera cit. pag 30.

quasi sempre letale.

3. Dal 1876 al 1882. Questo periodo è caratterizzato dalla geniale innovazione di Porro. Scostandosi con arditezza dai processi del tempo, egli introduce l'amputatio utero-ovarica, segnando il primo passo sicuro sulla moderna tecnica operativa.

4. Dal 1882 al 1907. Kehrer e Max Ranger iniziano la sutura dell'utero. Periodo del taglio cesareo classico e conservatore.

5. Dal 1907 ai nostri giorni. Periodo del taglio cesareo soprasinfisario extraperitoneale ed intraperitoneale<sup>16</sup>.

Nella cultura romana non c'è notizia di riscontri oggettivi circa la tecnica del taglio cesareo; se ne parla indirettamente in sede legislativa, quando nella Lex Regia del secondo re di Roma, Numa Pompilio, settecento anni prima di Cristo, si vieta la sepoltura di una donna incinta morta prima del parto, pratica diffusa anche presso altri popoli. Il testo della norma è contenuto nel Corpus Juris Civilis di Giustiniano, nel Digesto come riferisce Filippini<sup>17</sup>.

Non esistono altre fonti che facciano riferimento o attestino tale pratica, per esempio epigrafi funerarie, biografie, neanche i testi di medicina sia greci ( Ippocrate o Sorano d'Efeso ) che latini ( Galeno, Celso), che pure aveva scritto di argomenti di ostetricia<sup>18</sup>. Come abbiamo già ricordato, Plinio il Vecchio accenna alla nascita portentosa di Cesare nel Naturalis Historia, con una evidente contraddizione con quanto afferma Svetonio nel suo De vita duodecim Caesarum, dove la morte della madre di Cesare viene riportata mentre costui era impegnato nella guerra di Gallia.

Nel mondo medioevale il tema del taglio cesareo invece ha abbondanza di riferimenti sul piano dell'immaginario, dello scientifico, del religioso ed è presente nella letteratura, nell'iconografia, nella legislazione, nella teologia, e finalmente nelle opere di medicina.

Oltre a Cesare, il mondo europeo celebra altri eroi baciati dalla nascita favolosa. Nel mondo scozzese Macduff, << estrato dal ventre della madre >>, libera la Scozia dalla tirannide di Macbeth<sup>19</sup>. Nelle immagini medioevali, sulle vetrate delle cattedrali, molto spesso era rappresentato Adamo dormiente, dal cui ventre nasceva Eva, essendo Dio l'ostetrico, in evidente analogia con la nascita di Cesare, molto presente nella iconografia medioevale: due nascite eccezionali, per giunta qui la nascita viene da un uomo, sfociando nel miracolo compiuto dalla Madonna o da Dio stesso. Quindi la nascita per via cesarea assembla valori positivi e miracolosi, frutto di potenza divina. Ma sempre nel medioevo, ricco di simbologia del bene e del male ( Guardini ) non potevano mancare significati negativi, quello dell'anticristo per eccellenza, Satana, che viene portato alla luce attraverso la simbologia della nascita dal ventre. In Germania, le numerose raffigurazioni esprimono questo evento per indicarne le ambivalenze: nelle scene del cesareo, il ferro assume il senso della salvezza, ma anche di distruzione; la morte della madre, evento naturale, ma anche provocato dal figlio; lo squarcio del ventre, via di salvezza del figlio, ma anche scempio della

---

<sup>16</sup> Gall, P. Il taglio cesareo addominale. Studio storico-clinico. Ed. Cappelli, Bologna, 1922.

<sup>17</sup> Filippini, MN. Opera cit. Nota di pag 32: «La Lex regia nega che una donna morta incinta possa esser sepolta prima che il figlio non sia da lei tratto fuori: chi abbia fatto il contrario, sembra aver ucciso assieme alla gravida la speranza dell'essere animato» (Corpus Juris Civilis. CoI X Justinianus, «Digesta», recognovit Th. Mommsen, Weidmann, Berolini, 1854, "I" XI, 8 «De mortu inferendo et sepulchro edificando»

<sup>18</sup> Forleo, R. opera cit. ; Filippini, MN. Opera cit. pag 32.

<sup>19</sup> Young, J.H. Caesarean Section, pag. 6; sulla figura del nonnato anche R. Sanchez Arcas, Personajes mitológicos, legendarios, e historicos indicados como nonatos, «Acta Ginecologica», I, 1950, pp.47 -56.

donna<sup>20</sup>.

Finalmente a partire dal XII-XIII secolo le fonti storiche appaiono ricche di riferimenti al taglio cesareo sia per la parte medica, ormai laicizzata e dotata di capacità descrittive delle tecniche impiegate negli studi anatomici, e sia per la parte religiosa, che lo codifica in quanto utile strumento per la nascita impossibile e quindi per la possibilità di somministrare il battesimo al bambino a frutto della sua vita celeste. La questione del battesimo al **non-nato** (neologismo) è stata dibattuta sin da S. Agostino (354-420) nella codificazione della necessità del Battesimo per ogni essere vivente per la sua rinascita dal peccato originale trasmesso a tutti gli uomini da Adamo. I bambini morti dopo la nascita e quelli non nati, per la morte improvvisa in gravidanza o intrapartum della madre, rappresentavano per la elaborazione teologica cristiana del tempo motivo di preoccupazione. Difatti nella *Summa Theologiae*, San Tommaso (1221-1274) indica nel taglio cesareo la necessaria operazione, sia per motivi religiosi sia per motivi morali, per estrarre il bambino dal ventre materno nei casi di morte della madre. «*Si mater mortua fuerit, vivente prole in utero, debet aperiri, ut puer baptizetur*». Questo principio teologico troverà nei secoli successivi codificazione normativa in varie ordinanze emanate da vari Concili, il cui valore pratico e attuativo era quello di un indirizzo generale, a cui ogni operatore poteva attenersi, tanto da meritare indulgenze particolari<sup>21</sup>.

Sul versante della scienza medica, i secoli XII e XIII vedono ampie trasformazioni: processo di laicizzazione che distingue la figura del medico da quella del sacerdote; il definirsi di aree di competenza distinte tra medici e chirurghi; soprattutto lo sviluppo degli studi anatomici e l'affermarsi della pratica della sezione anatomica sui cadaveri umani, precedentemente interdetta<sup>22</sup>.

La concomitanza cronologica tra il diffondersi di questa pratica e le prime descrizioni di cesarei post mortem risulta evidente: le prime sezioni anatomiche vengono eseguite a Bologna proprio alla fine del XIII secolo e la pratica si afferma nelle principali Università europee nel secolo successivo<sup>23</sup>. Il taglio cesareo diventa così oggetto di interesse specifico della Chiesa, ma nel campo medico è questione cruciale in quanto operazione chirurgica complessa sia dal punto di vista anatomico che tecnico per la presenza in utero di un feto, del non nato, oggetto anche di pregnanti valori religiosi e morali.

Le prime sedi europee dove si praticano le sezioni anatomiche sono Padova, Bologna e Montpellier, i più importanti centri della medicina accademica, dove avviene la rinascita degli studi anatomici, attraverso la pratica della sezione cadaverica e il nuovo approccio alla pratica del cesareo post mortem. Il primo a parlarne è Bernard de Gordon, professore di medicina a Montpellier nel 1285, nel suo **Practica sive Lilium medicinae**. Nel capitolo VII, dedicato all'ostetricia, egli sostiene che il feto *può sopravvivere per qualche tempo alla morte della madre* e che il medico *deve operare il taglio cesareo per estrarlo*. La sua resta tuttavia un'osservazione scientifica: egli non dà indicazioni tecniche.

---

<sup>20</sup> Blumenfeld-Kosinski, R. Not of Women Born, Representation of Caesarean Birth in Medioeval and Renaissance Culture. pag. 125-137

<sup>21</sup> De Clercq, Ch. (a cura di), *Dizionario dei Concili*, Concilio di Langres (1404).

<sup>22</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cap. III, *La scienza medica del cinquecento*; De Renzi, S. *Storia della medicina italiana*, Bologna, Forni, 1966.

<sup>23</sup> Filippini, MN. Opera citata, pag 38

A distanza di pochi anni, nella Chirurgia Magna, Guy de Chauliac (1298-1368), anch'egli di Montpellier, indica *come operare*, incidendo il ventre lungo il fianco sinistro, per evitare il fegato; aggiunge l'indicazione complementare di tener aperta la bocca e la vagina della donna durante l'intervento per consentire all'aria di raggiungere il bambino: un suggerimento coerente con la concezione ippocratica, secondo la quale il feto respirava appunto attraverso la bocca materna. Pietro D'Argellata, professore di medicina a Bologna tra il 1392 e il 1421, nella Cirurgia suggerisce di praticare l'incisione lungo la linea alba, che si estende dall'ombelico al pube.

Michele Savonarola (morto nel 1466), il celebre anatomista bolognese, e Alessandro Benedetti (1450-1525), consigliano alle levatrici di utilizzare un pezzo di legno per tener aperta la bocca della donna durante l'intervento, pratica che riscontriamo applicata nei secoli successivi ed ancora consigliata da Gilberto d'Angelico nel *Compendium medicinae* (1510)<sup>24</sup>.

Anche lo Stato, finalmente!, si interessa del problema, quando nel 1452 in Germania a Resenberg in Baviera, viene emessa una ordinanza in cui si impone alla levatrice di eseguire il cesareo immediatamente dopo la morte della donna<sup>25</sup>. In Svezia una norma ha la stessa indicazione, ma vincola la levatrice a chiamare il medico per ottenerne l'indispensabile permesso. Negli stessi termini una norma di Wurtemberg del 1480. Lo statuto delle levatrici di Francoforte del 1573 le autorizza ad operare anche da sole in caso di assenza del chirurgo<sup>26</sup>.

Norme civili e norme religiose indicano l'esecuzione del cesareo e chiaramente sono espressione di una ampia elaborazione teorica sulla questione. Ma chi ha davvero la competenza ed il coraggio di eseguire quanto viene indicato? Basta chiamarsi levatrice o medico? Solo Pietro D'Argellata afferma di avere praticato l'intervento: «ego aliquando feci incisionem»<sup>27</sup>. Blumenfeld-Kosinski ha cercato di studiare il fenomeno attraverso le raffigurazioni del taglio cesareo in questi secoli, ma i suoi risultati non danno certezze, i suoi dubbi anzi vengono confermati dal fatto che medici, teologi e legislatori ancora nel Settecento lamentavano la non applicazione delle norme precedentemente emanate<sup>28</sup>.

### **L'importanza della pratica nella Controriforma**

Abbiamo già parlato dell'impegno della Chiesa cattolica sulle questioni sociali dopo il Concilio di Trento, che prende forma non solo con le norme emanate, ma anche con il diffuso impegno del clero per la loro attuazione. Il valore del sacramento del battesimo è al centro della elaborazione teologica e divide le varie chiese riformate. La teoria della predestinazione, sostenuta dai protestanti, svaluta la efficacia del battesimo, che per i cattolici è indispensabile per riportare l'uomo verso la salvezza eterna, perduta con il peccato originale di Adamo. Anche Lutero sostiene la necessità del battesimo, addirittura consiglia di somministrarlo precocemente, anche come momento di ingresso nella comunità cristiana. Gli anabattisti invece lo indicavano e lo praticavano da adulti. Per Bucero il battesimo è ininfluente sulla salvezza del bambino, che invece dipende unicamente dalla predestinazione divina<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup> Su questi AA vedi: Pazzini, *Bio-bibliografia di storia della chirurgia*, Roma, 1948.

<sup>25</sup> Blumenfeld-Kosinski, R. *Opera. cit.*, pag. 103.

<sup>26</sup> Corradi, A. *Dell'ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente*, pag. 685.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> Klapisch Zuber, C. (a cura di), *Storia delle donne. Il Medioevo*, Bari, Laterza, 1990, pp. 330-401 e pp. 424-457.

<sup>29</sup> Corblet, J. *Histoire dogmatique, liturgique et archeologique du sacrament de baptem*, Ginevra, cap. IV, pp. 160-165.



Assimilata e ribadita l'importanza del battesimo, la Chiesa post tridentina ha dato la possibilità di somministrare il battesimo anche ai laici, oltre ai sacerdoti ovviamente. E quindi la scelta del laicato doveva essere ben ponderata e seguita nella pratica dell'esercizio religioso, come per le levatrici, di cui abbiamo discusso in precedenza. Sommariamente richiamiamo: le Istruzioni ai parroci di Carlo Borromeo ( 1538-1584 ) a Milano, inserite nella monumentale opera legislativa intitolata *Acta Ecclesiae Mediolanensis* ( 1582 ), in cui si afferma: « *se una donna incinta sarà morta durante il parto, egli ordinerà che questo sia fatto: che l'utero sia aperto e che, tratto fuori di lì il feto, sia al più presto battezzato, se vivo* »<sup>30</sup>. Nel 1624 papa Paolo V inserisce questo obbligo nel *Rituale Romanorum*, in cui sono raccolte tutte le disposizioni che regolamentavano la somministrazione dei sacramenti. Nel caso del battesimo al bambino, nato per via cesarea, le indicazioni sulla somministrazione del battesimo erano volutamente vaghe, nel senso che non specificavano le indicazioni dell'intervento, a quale epoca di gravidanza, se durante il parto oppure nei mesi precedenti ( si parla genericamente di « *mater pregnans* »), invece condizione indispensabile è che « *si foetus vivus fuerit* ». La condizione è tassativa in quanto, era convinzione comune, sia dei teologi che della popolazione, che il più delle volte il neonato non respirava. Questa convinzione nasceva anche dalla considerazione, allora prevalente, che la nascita non solo era l'espressione del distacco del bambino dalla madre, ma anche della sua piena maturità e con la morte la madre trascinava anche il suo bambino alla tomba<sup>31</sup>.

La scienza medica del momento, specie quella ostetrica, come quella espressa da Eucharius Roesslin nel *Rosengarten* e anche nei primi testi in volgare tedesco per le levatrici, nonostante le nuove acquisizioni anatomiche derivate dall'ampliamento della pratica delle dissezioni, sul piano dell'interpretazione fisiologica della relazione biologica madre-feto in utero, non aggiungeva niente di nuovo a quanto già scritto, per esempio, da Guy de Chauliac ( sec. XIV). Logica conclusione era il diffuso pessimismo circa la possibilità che il bambino sopravvivesse al taglio cesareo e la continuazione passiva del consiglio di tenere aperta la bocca della donna con un legno perché il bambino potesse continuare a respirare attraverso la bocca della madre.

Sarà, finalmente, Ambroise Paré ( 1510-1590), il celebre chirurgo francese, che disconoscerà questa pratica con la motivazione che *il bambino respira attraverso le arterie* e non attraverso la bocca della madre. Nel XXXI capitolo del *De hominis Generatione*, l'Autore parla dell'importanza del taglio cesareo come ultima possibilità di salvare il bambino, anche se sin qui le probabilità di successo erano molto inferiori alle attese e di verificare la vitalità del neonato attraverso *la palpazione del cordone ombelicale*, come epifenomeno dell'attività cardiaca del neonato<sup>32</sup>. Francois Mauriceau ( 1637-1709 ), dopo alcuni decenni successivi, nel suo celebre *Des maladies des femmes grosses et accouchées* ( 1668), svaluta l'indicazione ecclesiastica della necessità di estrarre il bambino per la somministrazione del battesimo, indicando invece l'uso di una siringa piena di acqua santa, che introdotta in vagina potesse svolgere pienamente il rito battesimale, aspergendo le parti fetali. Dopo aver dato istruzioni tecniche sull'operazione cesarea, amaramente descriveva i segni clinici con cui si mostravano i bambini estratti: « *Ordina irement si foibe (s'ils ne sont tout à fait morts, comme il arrive le plus souvent) qu'on a bien de la peine à connaitre*

---

<sup>30</sup>Borromaei, Carolus, *Acta Ecclesiae Mediolanensis* a Carolo Federici, card. Borromaei condita, Pars IV, «Sacramentale Ambrosianum. Instructiones Baptismi», Mediolani, 1549 (orig. Lat.).

<sup>31</sup> Filippini, MN. Opera cit., pag 44.

<sup>32</sup> Paré, A. *De la Génération*, in Id., *Les Oeuvres*, Lyon, 1664 (XII ed.), cap. XXI; Pareus Ambrosius, *De hominis generatione a Jacobo Guellémò latinitate donatus*, Venetiis, 1597, cap. XXXI. Riportato da Filippini.

*d'abord ce qui en est* <sup>33</sup>.

A questo atteggiamento prudentiale della scienza sul taglio cesareo, ma nello stesso tempo nutrito dalla speranza del successo, si opponevano convinzioni del tutto negative, come quelle espresse da Gaspar Bauhin e da Jean de Varande che affermavano << impossibile videtur ex matre mortua infantem vivum excindi posse >>, con la motivazione che l'arresto dell'attività delle arterie uterine impediva la vita del feto, in accordo con il grande A. Parè<sup>34</sup>.

All'inizio del secolo XVII, nonostante i progressi delle conoscenze mediche, era prevalente l'opinione che, seppure estratto vivo, era molto difficile che il bambino potesse sopravvivere in quanto l'intervento umano interrompeva un ciclo vitale considerato indispensabile per la sopravvivenza, tanto che il nato con tale procedura era considerato un << *non nato* >>. Anzi, un teologo italiano, Girolamo Baruffaldi (1675-1755), tanto per chiarire i termini della questione, in un libro in cui dava precise istruzioni alle levatrici sulla somministrazione del battesimo, al solo fine della salvezza della sua anima, bollava l'atto chirurgico come aborto e non come nascita, ed aggiungeva considerazioni negative anche dal punto di vista umanitario: *“una spezie d'aborto è il parto cesareo, perocché i fanciulli si può dire che non nascono spinti alla luce della natura, ma bensì dalla forza d'un'arte crudele; onde nonnati vengono detti, come nonnato comunemente dalla S. Chiesa chiamasi quel S. Raimondo Cardinale, dell'ordine di S. Maria della Mercede, così detto perché estratto vivo dall'utero della morta sua madre”*<sup>35</sup>. Il suddetto atteggiamento problematico si manifestava anche nella elaborazione forense che poneva l'accento sul destino del bambino nato da cesareo: da considerare come tutti gli altri cioè *vitali* oppure invece *vitabili* come quelli nati al settimo mese (ed ora anche per quelli nati col cesareo), su cui l'opinione comune dava giudizi poco lusinghieri sul piano fisico e mentale? La questione era molto importante in casi di successione ereditaria. Questo tema trova riscontro nella famosa opera *Quaestiones medico-legales* (1621-1634) di un protomedico dello Stato della Chiesa, Paolo Zacchia, che avallando l'indicazione dottrinale al cesareo, sul piano giuridico il relativo bambino veniva considerato non abile alla successione dei beni materni in quanto << *nato con l'operazione* >>, mentre in un caso analogo di parto al settimo mese di gestazione, il giudizio fu positivo in quanto nato naturalmente.

Indicazioni religiose, problematiche giuridiche, ma anche mediche, non ultima una opinione generale per niente convinta della bontà di questo modo di nascere formavano una certa resistenza, se non chiara opposizione, all'intervento, che, oltretutto, appariva chiaramente e inutilmente crudele per una donna che aveva già abbondantemente sofferto.

Alcuni asseriscono – scrive nel 1739 il chirurgo tedesco Lorenz Heister [1683-1758) nelle *Instituzioni chirurgiche* – “esser inutile questa *sezione* delle gravide perché essendo morta la madre siamo incerti se il feto sia ancora vivo e perciò dicono che questo si fa sovente indarno e quindi la dissuadono, per non offendere la defonta o tormentare (come dice il volgo) la defonta anche dopo la morte”<sup>36</sup>.

Un altro aspetto, che sfavoriva questa eccezionale procedura chirurgica, erano, nei paesi

---

<sup>33</sup> Mauriceau, F. *Des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1781, p. 352

<sup>34</sup> Filippini, MN. *Opera cit.*, pag 45.

<sup>35</sup> G. Baruffaldi, *La mamma istruita per validamente amministrare il Santo Sacramento del Battesimo in caso di necessità alle creature nascenti*, Venezia, 1774, p. 21.

<sup>36</sup> Heister, L.. *Instituzioni chirurgiche di Lorenzo Eistero, opera di trent'anni ora nuovamente dal latino in italiano tradotta*, Venezia, Pitteri, 1765, p. 32.

cattolici, le leggi funerarie, che contenevano una norma per la quale il nato morto veniva seppellito in terra sconsecrata; mentre se restava nel ventre della madre morta, veniva seppellito insieme con la madre, potendo così godere dell'onore di una sepoltura cristiana.

Tra queste molteplici e difformi motivazioni, il cesareo post mortem si è sviluppato lentamente assorbendo i progressi delle dissezioni anatomiche e della elaborazione teologica, che invitava gli addetti ostetrici a favorire la somministrazione del battesimo per motivi spirituali. Le remore all'intervento erano in un passato che tradizionalmente favoriva l'embriotomia, anche se a costo di grande fatica da parte degli operatori e dell'esito scontato e funesto per il feto. Sarà una procedura che fino a metà Settecento, pur descritta nei libri, realmente sarà praticata raramente ed in situazioni eccezionali.

Uno dei fautori di questo intervento, e anche del taglio cesareo post-mortem, fu un sacerdote siciliano Emanuele Cangiamila, che afferma nel suo trattato "Embriologia Sacra: *"Prima dunque di ogni altra cosa è di bisogno, che i Sacerdoti, specialmente Parrochi, facciano ben capire a' popoli nelle prediche, ed istruzioni: che se qualche Donna, di cui si sa essere gravida, stà in pericolo di morire; i Parenti, Affini, e Domestici di essa, e della Creaturina sono obbligati a darne subito avviso al Parroco, e non aspettar ch' ella muoia: acciocché si possa comodamente, morta lei, farle il taglio, o sia Parto Cesareo, per estrarre il Bambino dall'utero, e battezzarlo anzi se il medesimo fosse già almeno di sette mesi, per conservargli ancora la vita corporale ... "* Ed ancora dopo aver richiamato il Rituale Romano, S. Carlo Borromeo e i deliberati di vari Sinodi, scrive:

*".. Il Parroco adunque certificato, che qualche inferma sia gravida; prima di morire la visiti; ed esorti i Congiunti o Domestici a fare in morte di quella il Parto Cesareo, istruendoli di ciò, che sarà necessario per riuscire felicemente il tutto. Ma prima userà diligenza, che sia chiamato il Chirurgo, acciocché seco medesimo assistita, finché muoia la Pregnante; e se non potrà aversi un Chirurgo, supplica un Sagniere, o sia Barbiere, o una Levatrice, o sia Mammana; che se non hanno alcuna perizia di fare il taglio; segnerà il Medico Fisico a suo tempo la parte di istruirli, e quelli faranno l'operazione con un rasoio ... e quanto alle Mammane; io ne ho vedute delle perite, più delle altre assai de' Chirurghi; le quali si servono del rasoio; che perciò è buona cautela il tenerne sempre uno in casa loro, per averlo pronto alle mani ... l'inferma può facilmente turbarsi al comparire il Chirurgo; considerandolo come suo carnefice, che solo l'assiste per inciderla: onde si deve in ogni costo cercare, che esso dimori nell'altra stanza, mentre l'inferma ha i sentimenti ... Ad ogni modo quando le circostanze non richiederanno altrimenti; l'operazione d'ordinare si farà dal Chirurgo, come ministro il più sicuro. Chiunque però si sia, che la faccia, i Congiunti del bambino, o gli Eredi della Defunta, sono obbligati a pagarlo; ... Tuttavia non può il Chirurgo né tralasciare, né differire il taglio, benché preveda la mancanza della mercede; perché lo costringe, sotto gravissimo peccato mortale, l'obbligo della carità verso il Bambino costituito in estrema necessità spirituale e corporea.[.....] Morta dunque la Madre, subito due delle Donne sudette la mettono in buon sito sopra una mensa, o il letto stesso, e tenendola ferma, daranno comodo al Chirurgo di tagliare il ventre, non già in croce, come nel far notomia e imbalsamar cadaveri; ma con linea longitudinale: acciocché se mai questa non fosse morta, ma solo oppressa da isterica passione, o simile accidente possa risentendosi, più facilmente sanarsi; come ordinò il Senato Veneto nell'Editto, in cui preferiva l'incisione delle Defunte gravide presso il Melli.: ..... Farà il taglio collo scarpello chirurgico o col rasoio, o gambaut, cominciando di sotto la cartilagine ensiforme, un po' sopra l'ombelico, tanto di lato, per evitare l'istesso ombelico difficile a tagliarsi e scenderà giù in fino alla parte superiore del pube, con incisione bastante a dividere non solo i tegumenti comuni, cioè cuticola, corpo reticolare, cute e membrana adiposa, o sia cellulosa, ma ancora i muscoli retti, che stan sotto ... Incisi adunque tegumenti e muscoli, subito si cuopre la gran*

*membrana dell'addome, detta Peritoneo, che costa di due sottili membrane, ed è per lo più della grossezza d'un forte velo da crivello. Il Chirurgo leggermente l'incide perch'è tenue, e v'introduce un dito nella finestra, acciocchè entrandovi poi la forbice, se vuoi prevalerne, possa maggiormente aprir la ferita del Peritoneo: il che fatto, e allargando l'intestini, apparisce l'utero ... ( una vera descrizione anatomo-chirurgica).*

*Però s'incide soavemente, e non tutto in un colpo, per paura di non ferire l'infante; e così questo apparisce involto nelle secondine, che ben distinguono parendo mandar sangue dalla confusa moltitudine delle loro vene: e si rompono con la mano o se son dure col detto scarpello, o forbice, o altro. Se vede il Chirurgo che l'Infante già scoperto dalle secondine sta per murire, non l'estrae ma lo fa battezzare nel ventre medesimo, se poi lo cava dall'utero e lo presenta al Parroco [...] Finito il Battesimo, il Perito lega due dita distante dal ventre del Bambino, il cordone ombelicale, e lo taglia mezzo dito sopra la ligatura, e sta molto avvertito ad aprirgli la bocca, con sturargli o nettargli il naso da qualche zozzura, per farlo respirare più facilmente tenendolo fra tanto vicino al fuoco. Indi lo ristora con avvicinarli alle narici ed alla bocca vino, o acqua vite o altro liquore simile: e col suo alito stesso, o semplice o dopo aver tenuto in bocca vino, o spirito di vino, lo riscalda, e gli lava ancor la faccia con vino caldo; e sconsigliandolo alla Levatrice s'è presente o altra esperta Donna; lo fa involgere in panni caldi e con detti fomenti rinvigorire ( accorgimenti elementari di vera neonatologia)<sup>37</sup>.*

Abbiamo voluto riportare ampiamente quanto scritto del sacerdote siciliano come testimonianza dell'impegno della Chiesa, fin nella sua area più periferica, a tutela della vita spirituale dei suoi fedeli, mostrando di conoscere il modo di nascere in tutti i suoi risvolti sanitari e di quelli sociali, a cui dava ovviamente il proprio contributo.

Passiamo ora all'altro aspetto del tema cesareo, quello che sarà sviluppato nel corso dei secoli futuri, acquisendo connotazione tecno-terapeutica precisa, semplice e ampiamente applicata nel nostro tempo, fino all'abuso.

---

<sup>37</sup> Cangiamila FE. *Embriologia sacra*. F. Valenza Ed., Palermo 1745.

## **IL CESAREO SULLA DONNA IN VITA. DAL XVI AL XVIII SECOLO, IL TEMPO DELLA ELABORAZIONE.**

*" Venne un sacerdote di man pronta e ferma,  
e lei che gote avea di bianca luna,  
ebbra fece di vin.*

*Senza dolore ei le aprì l' fianco e  
dalla via diritta ritorse alquanto  
il pargoletto fuori,  
di cotal guisa senza offesa il trasse,  
che niun nel mondo mai tal meraviglia*

*vide a què giorni .... . stette la madre  
assopita dal vin la notte e il giorno,*

*assopita dal vin mentre nel core  
eran fuggiti i sensi. Altri fra tanto*

*la piaga ne cucì, tutta la doglia  
addormentò col balsamo potente ... " .*

Ancora oggi non si è conclusa una disputa su quello che può essere considerato il primo taglio cesareo sulla donna vivente. La nascita dell'eroe persiano Rustam, cantata da Firdouzi nel poema "Libro dei Re", attorno al 1000, di cui riportiamo un brano tradotto in italiano da Italo Pizzi (1886), sembra essere l'unica documentata nascita mediante taglio cesareo, eseguito su una donna vivente, prima del mille dopo Cristo. Vi è stato chi attribuisce ad un certo Nicolò De Falcon l'aver effettuato un taglio cesareo con successo nel 1491; lo storico Fasbender (1906) lo attribuì invece all'italiano Cristoforo Bainsi nel 1540. In realtà, riguardo questo ultimo caso descritto da Marcello Donato, Corradi (1874) mette in dubbio si trattasse di un taglio cesareo, ma ipotizza l'estrazione di una gravidanza extrauterina di feto premorto, gemello di uno vivente nato per via spontanea<sup>38</sup>.

La maggior parte degli Autori fa riferimento al caso descritto da Gaspare Bahuin nel 1597<sup>39</sup>, che riportò un caso di taglio cesareo su donna vivente, che aggiunse, in latino, ai sette descritti da Francois Rousset, ed altri sette casi, tra cui quello celebre effettuato nel 1500 da Giacomo Nufer, castratore di porci di Siegershausen nella Turgovia (Svizzera), sulla propria moglie. Rileggiamo la storica descrizione:

*"Circa nell'anno 1500 Elisabetta Alespachin, moglie del castratore Giacomo Nufer,*

---

<sup>38</sup> Corradi, A. *Dell' ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente*, cit., p. 685.

<sup>39</sup> Bahuin., G. *Gynaeciorum, sive de Mulierum affectibus commentarii*. Basilea, 1566. il racconto è riportato nell'edizione latina dell'opera di Rousset di Jacob Bauhin. Il traduttore amplia l'opera aggiungendo altre storie di interventi, di cui quella di Nufer è la prima (Foetus vivi ex matre viva.).

*primigravida, dato che soffriva per dolori di parto da alcuni giorni, chiamò 13 ostetriche e alcuni litotomi, i quali però non poterono né estrarre il feto né mitigare il dolore. Per la qualcosa disperando ormai di salvarla, il marito comunicò alla moglie il suo consiglio: se consentiva, sperimentare un modo, a Dio piacendo, di estrarre il feto. Annuendo essa chiese il consenso del giudice ... che annuì ... il marito allora, dopo aver implorato il divino aiuto e chiusa diligentemente la porta, collocò la moglie su un tavolo, e le spaccò l'addome così come si fa ai porci. E lo seppe così bene aprire, che già al primo taglio venne estratto il bambino senza riportare lesione alcuna. Undici levatrici che stavano aldilà della porta, udirono il vagito dell'infante e cercarono in tutti i modi di entrare: tuttavia non furono fatte entrare prima che il feto fosse pulito, e la ferita addominale suturata secondo il costume veterinario ... dopodichè la donna ebbe naturalmente due gemelli e 4 altri figli ... e morì a settanta anni”.*

Secondo il noto storico Siebold, anche in questo caso non si trattò di taglio cesareo, sia perché non si parla di incisione dell'utero, sia perché la donna partorì spontaneamente ben cinque volte, e non vi era quindi vizio pelvico<sup>40</sup>. Altri casi di tagli cesarei su donna viva sono riportati all'inizio del 500 in pubblicazioni dette *Curationes o Observationes medico-chirurgicae*, brevi racconti di casi osservati e che vedono protagonisti chirurghi, barbieri e, come abbiamo visto, perfino veterinari.

In questi racconti si nota la carenza di riferimenti anatomici e tecnico-operatori e in generale di tipo strettamente medico, tanto che dal punto di vista storico non aiutano a definire in maniera univoca la reale situazione se trattasi di taglio cesareo o di semplice laparotomia<sup>41</sup>. All'insieme di questa pubblicistica si dà *il valore di un desiderio*, anche a livello scientifico, di trovare una procedura operativa, appunto il taglio cesareo in vita, veramente salvifica per la madre e il bambino. La Filippini fa notare che “non appare casuale che queste storie comincino a circolare nel Rinascimento, quando si afferma il senso dell'individualità della persona e con questo una nuova percezione di sé, del proprio corpo, il desiderio di benessere e di sopravvivenza”<sup>42</sup>. Ma se l'origine del taglio cesareo post mortem si perde nella notte dei tempi, appesantita da continui dubbi, la storia del taglio cesareo in vitam ha certamente un nome e cognome: il francese **Francois Rousset** che, scrivendo il suo trattato, di cui parleremo in seguito, interpreta questo clima di rinnovamento tecnico, ormai ritenuto indispensabile, per favorire la soluzione di casi dovuti all'impossibilità assoluta della nascita naturale con gli strumenti sin lì a disposizione, che vedevano perire due vite, quella della madre e del figlio, il più delle volte.

Il libro, dedicato a Giacomo di Savoia, reca il seguente titolo *"Traité nouveau de l'hysterotomatokie, ou enfantment caesarien qui est extraction de l'enfant par incision laterale du ventre, et de la matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce sans prejudicer à la vie de l'un, ny de l'autre; et ny empecher la fecondité mater nelle par après"*, considerato "il punto di partenza vero e proprio della storia del taglio cesareo" (Pestalozza, 1921). I principi ed i concetti teorici enunciati sono di grande portata, facendo, come giustamente sostiene il Gall<sup>43</sup>, di questa opera *"un monumento di sapienza medica fra i più singolari"*. Egli, fra le indicazioni, mise in evidenza quella che dominerà per sempre la scena del cesareo: la sproporzione feto-pelvica. L'autore poi sconsigliò la sutura sull'utero, resa inutile dalla contrazione uterina (*l'utero infatti si*

---

<sup>40</sup> Siebold EK. *Essai d'une histoire de l'obstetricie*. Stenheil. Parigi, 1893.

<sup>41</sup> Gall, P. L'operazione di Giacomo Nufer fu un taglio cesareo o una laparomia per gravidanza extrauterina?, «Rassegna Clinica di Scienze dell'Istituto Biochimico Italiano», 13, 1935 p. 365 e ss.

<sup>42</sup> Filippini, MN. Opera cit. pag 49, vedi nota 61.

<sup>43</sup> Gall, P. Il taglio cesareo addominale. Studio storico-clinico, Bologna, 1922

*contrae per sé stesso, il che è la migliore sutura*), concetto destinato però a pesare negativamente sul futuro del cesareo.

L'opera si divide in sei parti. L'operazione è consigliata in una serie piuttosto ampia di casi: ristrettezza delle vie naturali, bacini poco << cedevoli >>, mostuosità o eccessiva grossezza del feto, calcoli vescicali, presentazioni anomale. Si descrive la tecnica operatoria dell'intervento che, salvo poche varianti, sarà seguita da tutti i chirurghi fino alla seconda metà dell'Ottocento. Altre note tecniche saranno riprese da Scipione Mercurio, di cui fra poche righe trascriveremo degli stralci esemplificativi, per dimostrare la diffusione che questa opera ha avuto.

Ad onor del vero bisogna dire con Filppini che *“le osservazioni cliniche appaiono assolutamente poco credibili per l'epoca (con cesarei ripetuti varie volte sulla stessa donna, con guarigioni facili, seguite da gravidanze e parti spontanei). Risulta evidente che egli non solo non ha mai praticato l'intervento, ma che non l'ha neppure mai visto eseguire, come invece asserisce: ignora infatti assolutamente, come osserva Pundel, tutti i problemi operatori e gli incidenti possibili durante l'operazione ( la fuoriuscita degli intestini, le imponenti emorragie<sup>44</sup>). Si tratta dunque del lavoro di un teorico, cui difettano osservazione ed esperienza diretta. Malgrado ciò la portata dell'opera è enorme sul piano culturale e scientifico”*

Entusiasta sostenitore del cesareo, per quanto non ne avesse esperienza diretta, fu Scipione Mercurio nella sua celebre "Commare o Ricoglitrice", 1595, opera che ebbe un enorme successo non solo nel nostro paese. Mi sembra utile riportare per intero il brano sul Cesareo, perché meglio di ogni nostra considerazione, fa il punto su questo intervento, alla fine del 1500, in Italia:

*“Io mi trovava in Francia l'anno 1571 e 1572 e ragionai molte volte sopra questo soggetto della difficoltà del parto nascente dalla mole del corpo della creatura ( macrosomia fetale, ndr) con parecchi Medici, e Chirurghi di quel paese, certamente dottissimi, i quali mi dissero che era cosa facilissima aiutare la creatura in caso tale, e mi lodarono quel taglio, che si può fare nel ventre della gravida dal lato destro, o sinistro senza nessun pericolo così della madre, come del figlio; detto parto cesareo da cedere, o tagliare, il ventre. Questo da me benissimo considerato nelle parti, che si fa, non mi pareva impossibile; ma come cosa nuova in Italia, e a me, che mai l'haveva non solo veduto a fare, ma neanche udito, arrecava gran meraviglia, e perciò desiderai sommamente di vederne qualche esperienza. Onde, appresso Tolosa, in una terra molto nobile detta Castel Nuovo di Arri, per opra di un Chirurgo dell'Eccellentissimo Signor Scipione Duca di Gioiosa, allhora Generale del campo della Lega in Lingua Docca, vidi due donne, alle quali erano state cavate le creature vive dal ventre con questo taglio, e una di loro mi disse d'essersi dopo di nuovo ingravidata, e di havere partorito felicemente. Questo so chiaramente perché ho veduto le cicatrici ne i lati del ventre lunghe mezzo piede, e questa attione è così nota per quei paesi, come in Italia il cavare sangue nelle doglie di testa. Ma dopo havendo letto un'opra di Francesco Rousset Francese, composta di questa materia, mi sono talmente persuaso che tale rimedio sia ottimo, che non ho più dubbio alcuno, poiché quel Dottore racconta quasi infiniti esempi de' casi, ne' quali nomina il nome, cognome e patria di quelle donne, che sono state aiutate in necessità tale, e che hanno sopravvissuto felicemente insieme con le creature. È vero, che non si deve tentare questa operazione, se prima non s'haverà usato ogni altro possibile rimedio; poiché deve essere l'ultimo, se bene è anco rimedio, che non appartiene alla Comare, ma più tosto a Medico o Chirurgico ... quanto all'origine non nacque ieri, né hoggi, questo modo di cavare la creatura dal corpo delle madri co il taglio detto parto cesareo: ma è antichissimo, quando Plinio nel lib. 7 della sua Naturale Historia al Capitolo 9 ne fa menzione, dicendo che Scipione Africano il maggiore fu egli cavato dal ventre materno (se ben la madre era morta) con questo taglio; perciò fu anco detto Cesareo .. E perché quello, di che parla Plinio, fu fatto, nella madre morta di Scipione questo del quale io ragionerò, sia più ammirabile,*

---

<sup>44</sup> Pundel, JP. L'operation cesarienne, pag 119

conciosia cosa che resta viva la madre, e il figlio: onde l'opra pare quasi divina e se bene nel primo incontro, porta seco un esperto spaventoso, e horribile, nondimeno per il felice successo, resta piena di utilità e di maraviglia ... esamineremo il luogo, dove si fa questo taglio; imperoché si taglia, o dal lato destro, o dal lato sinistro si come pare meglio al Chirurgico mediocrementemente esercitato, non sono collocati nervi grandi, o arterie notabili .. Ma quando anco si tagliano, e che da quelle nasca grande effusione di sangue, non per questo si deve temere di morte, perché dalla medesima matrice anco non tagliata ogni mese per l'ordinario, ne viene notabile abbondanza; e in alcune malattie come ne' mestruai sovrabbondanti, talvolta n'esce un secchio: e così ne' parti illegittimi; pure non muore la paziente ... in quella parte ch' è detta addominale da' greci, e da Volgari ventresca, o pancia, prima si vede la cotica, per la quale sono seminate alcune vene capillari, e picciole; sotto la cotica detta corio, si trova il grasso, il quale come parte fredda è abbandonato da ogni vena anco mediocre. Dopo si veggono muscoli retti del ventre, o quali come carnosì, hanno sì' delle vene ma non tanto grandi ... Sotto questi giace il Peritoneo parte membranosa e nervosa, che è priva anch'ella di vena grandi: e dopo sotto questa si trova la Matrice" .

A fare l'attione del parto Cesareo non è buono ogni Chirurgico: ma quello, che sia esercitato, coraggioso, prudente e sopra ogni altra cosa pratico nell'Anatomia, acciò sappia quanto deve penetrare col ferro, e sappia conoscere i confini dell'omento, il peritoneo, il sito de' muscoli retti, e discernere il corpo della Matrice .. Hora trovato il pratico Medico, o Chirurgico, deve quello avanti che ponga le mani all'opra, diligentemente considerare, se vi sia altro modo di havere la creatura oltre di questo: perché quando vi fosse, si può anche omettere per dare manco fastidio alla paziente. Ma quando egli giudicherà che non vi sia altro rimedio possibile, consideri le forze della donna, se sono bastanti a sopportare tale ministero: il che conoscerà in due modi, e dal polso, e dal patimento, che havrà fatto nel parto. Onde quando fosse stata malmenata da qualche imprudente Commare, o da qualche inesperto Chirurgico, come suole accadere molte volte, e si trovasse anco col polso debole, si deve con oneste scuse ritirare dall'impresa predetta; perché se per sorte la partorienti morisse nell'opra, ancorchè dovesse morire per il patimento sofferto, tutta la colpa sarebbe del taglio e non dell'altro.

Ma se ritroverà la donna gagliarda, col polso a sesto, fatto buon animo prima a sé, e poi ad essa, e chiamato il favore Divino da lui, e da quella, prima preparerà gli istrumenti atti a fare questo taglio, cioè un rasoio acutissimo, tagliente al possibile; un altro con la testa rotonda, ma ben affilato simile a quello, che adoprano i barbieri; una gucchia con la punta triangolare acutissima, col filo egualissimo e incerato; i quali tutti i ferri collochin in loco, che non siano veduti dalla paziente per non la spaventare. Habbia in oltre una spongia mollissima, molti pannolini sottilissimi, vecchi e molto piegati .. ma avvertisca che la Commare avanti questa amministrazione faccia evacuare il corpo della paziente, particolarmente dall'urina, acciò votandosi la vescica resti più bassa [ ..] Curato il corpo può il Chirurgico eleggere due siti da collocare la paziente; uno, se sarà gagliarda e animosa; l'altro se sarà debole e paurosa; se sia gagliarda le accomodi appoggiata a sedere nella sponda del letto in questo modo, pundano le gambe a basso, e i piedi tocchino in terra, e resti ella supina con la pancia in su; e habbia due o tre cuscini sotto le spalle e sotto la testa. Vi siano aiutanti tre giovani, o giovane gagliarde, e coraggiose; due delle quali tengano le braccia, e le spalle e l'altra cacciatesela tra le ginocchie le bracce le cosce, e le tenga saldamente. Non parlino; ma stia pronte a fare il loro officio[ ...]Ma quando la paziente sia debole, si accomodi in sito tale, che segga sul letto, ma sia mezza chinata, e ciò potrà fare con i cuscini, come fu detto di sopra; e questo sito è ottimo per liberare dallo svenimento [ ...] Fatto questo il Chirurgico si prepari a dare il taglio; e però prima consideri quali dei lati deve eleggere, ... che avendo durezza di milza lasci il sinistro, e tagli il destro, e avendo durezza di fegato lasci il destro e tagli il sinistro. Dopo tale considerazione segni il luogo, che ha da tagliare con inchiostro buono in linea retta, situandola tra l'ombilico, e il fianco [ ... ] Hor, segnato così il luogo, il chirurgico col nome del Signore Iddio tagli secondo che disegnò con l'inchiostro e arrivando col taglio nel profondo del grasso della pancia, e tenendo longo il taglio mezzo piede in circa .. Fatto questo primo taglio, veda il corpo del muscolo retto e tagli anco quello fin che giunge al Peritoneo, il quale aperto si vede la Matrice, che anch'essa si deve tagliare: ma leggermente per non ferire la creatura[ ...] Ciò succeduto felicemente si cavi la creatura e le seconde insieme. Doppo si habbia in pronto (ma preparato avanti questa attiene) il decotto di artemisia, acrimonia, bettonica, altea, foglie o fiori di granati, rose secche, dell'una e dell'altra aristolochia, cipero e squinati; essendo fatta questa decottione in vin negro garbo e grande sin che



di sei libre si consumi la terza parte, la quale colisi dopo, e alla colatura si aggiungono due libre di quell'acqua, che adoprano i fabbri per ammorzare i ferri infuocati e facciasi ribollire di nuovo, e in esso si bagna quel pannolino piegato, che di soprafacemmo apparecchiare; e con esso così bagnato si somenti il taglio più volte; che tale decotto è atto a fermare il flusso del sangue copioso [ ..]. Con la spongia poi, casi dentro la Matrice, come di fuori, si netti al meglio che può, il sangue sparso. Fatto questo l'utero si ritirerà subito in se stesso, e il Chirurgico si prepari a cucire l'Addome a che fare è di bisogno l'aiuto di un altro che mentre passa l'ago, comprima col dito le budella ... Si cuce l'addomine con pochi punti ... Si medichi dopo il taglio come l'altre ferite, cioè con i digestivi, modificati vi, e consolidativi [ ...] La regola del vivere sia temperatissimo, e si fugga l'uso del vino al meno per quindici giorni, acciò non producesse infiammazione; e stia la donna in stanze, dove l'aere non le nuoca, e in somma si governi con tanta diligenza, con quanta si farebbe un corpo ferito nel ventre di ferita mortale ... (Scipione Mercurio, 1595)".

Al testo sono allegate due celebri figure, in cui si vede come il chirurgo si vestisse dei suoi più eleganti abiti, in segno della solennità del suo intervento (vedi fig. nell'iconografia). La "Commare", cui si unì il "De universa mulierum morborum medicina" di Roderico da Castro (Amburgo, 1603), destarono tale entusiasmo in molti chirurghi del XVII secolo, che come afferma Potocki (1886), "vi fu un vero furore operatorio"<sup>45</sup>.

Ritornando al libro di Rousset e al suo successo editoriale, riteniamo interessante riferire le osservazioni di Rennate Blumfeld-Kosinski sull'importanza di questo Autore come elemento di rottura del ruolo tradizionale del chirurgo nel parto, visto come << portatore di morte >>, limitato alla esecuzione di embriotomie e cesarei post mortem<sup>46</sup>, mentre nel suo libro ipotizza un ruolo più attivo, teso ad una funzione di guarigione e di salvezza, ovvero una *sfida alta* alla tradizione. Attraverso la innovazione auspicata nel libro, si percepisce l'aspirazione di una categoria in ascesa, che ambisce ad un maggior peso nella società e parallelamente una maggiore considerazione dalle autorità civili. Precedentemente, avevamo fatto notare come anche l'aspetto forense di casi di cesarei post mortem, la cui valutazione per gli aspetti ereditari o successivi o di potere, poteva incidere notevolmente sia per le famiglie che per la società. Rousset in un punto del suo libro richiama questo aspetto per enfatizzare di questo intervento e della sua riuscita i riflessi sociali e civili, quando dice: <<questo qui serve non soltanto alla continuazione dei matrimoni, dei legami e degli altri usi che succedono a ciascun privato, ma anche alle Repubbliche e alle 'polizie' del mondo >><sup>47</sup>.

Il libro fu tradotto in tedesco da Sebizius nel 1583 e in latino dal Bauhin (1586), traduzione quest'ultima che fu accolta nella grande antologia di Spach nel 1596.

Il trattato di Rousset ebbe, naturalmente, critiche da Guillelmau, allievo di A. Parè, grande ed influente chirurgo parigino, e specialmente da Jaques Marchant, anch'egli chirurgo di Parigi, che nel pamphlet: *In Francisci Rosseti Apologiam Jacobi Marchant, Regis et parisiensis chirurgi Declamatio* lo attaccava ferocemente<sup>48</sup>.

Riteniamo utile riportare succintamente le osservazioni critiche svolte da Marchant contro le idee espresse da Rousset, come segno del dibattito scientifico di quel tempo su un argomento, il taglio cesareo, che ancora oggi è argomento di dibattito, in quanto il suo impiego sembra cancellare in un sol colpo il "percorso naturale", che la mente umana istintivamente assegna ad ogni nascita.

---

<sup>45</sup> Note riportate da Filippini MN, Opera citata.

<sup>46</sup> Blumenfeld-Kosinski, R., opera cit., pag 40

<sup>47</sup> Rousset, F. Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement caesarien, pp. 4-5 (orig. Fr.).

<sup>48</sup> Marchant, J. In Francisci Rosseti Apologiam Jacobi Marchant Declamatio, a paradoxon de caesareo partu impugnatur, 1598.

Marchant sostiene che il libro è privo di valore scientifico, in quanto ciò che propone non poggia su elementi certi dal punto di vista chirurgico, soprattutto risultano incredibili ed assurde le storie raccontate, piene di contraddizioni ed esagerazioni. La contestazione di Marchant si appella anche alla tradizione ostetrica, che vuole le levatrici uniche operatrici dei parti, anche di quelli complessi, con l'invito sottinteso a quest'ultime ad impegnarsi anche dal punto di vista dell'innovazione, mentre il chirurgo dovrebbe tirarsi in disparte; infine il contestatore tocca il motivo morale per il quale l'intervento che si propone è da intendere come una rottura del processo naturale in cui ogni nascita è iscritta, e come tale da considerarsi illecito e quindi da proscrivere, anche umanamente. Queste tesi oppostive saranno presenti nei decenni successivi nello sviluppo teorico e scientifico sul cesareo e intorno ad esse si raduneranno numerosi oppositori.

Rousset rispose alle corpose critiche con il *Dialogus apologeticus pro caesareo partu in malevoli cujusdam Pseudoprotei diceria*, quindi con la *Responsio ad Jacobi Marchant Declamationem* (1598), ma senza riuscire ad apportare prove più concrete<sup>49</sup>.

Tra gli oppositori al cesareo di Rousset, dopo un periodo iniziale favorevole, si schierò Ambroise Parè, il quale nel 1576 affermava: "*ora mi stupisco che alcuni possano affermare di aver visto donne, alle quali per estrarre il bambino era stato tagliato il ventre, non solo una, bensì più volte. Razionalmente è impossibile credervi, dato che per liberare il bambino si dovrebbe praticare un taglio sui muscoli dell' epigastrio, nonché sulla matrice che è imbevuta di grande quantità di sangue; una così grande incisione determinerebbe immancabilmente una fortissima emorragia che causerebbe la morte. Inoltre, rimarginatasi la ferita, la cicatrice non permetterebbe più alla matrice di dilatarsi per portare altri bambini. Potrebbero inoltre sopraggiungere molti altri accidenti, il peggiore dei quali sarebbe la morte subitanea della madre; pertanto mai consiglierai di praticare l'incisione che il pericolo è grandissimo e tutte vane le speranze ...*"<sup>50</sup>.

In realtà Parè stesso presenziò a due tentativi del suo allievo Guillemeau con esito infausto. Il chirurgo scrive nel *De hominis generatione*: "*non posso consigliare di praticare il cesareo, avendolo io sperimentato due volte in presenza di Parè e visto praticare a chirurghi molto esperti quali Viart, Brumet, Charbonnet. E senza avere omesso di farlo con destrezza e metodo, delle cinque donne su cui è stato fatto non né è sopravvissuta alcuna.*"<sup>51</sup>,

Sappiamo, per averne riportati alcuni passi in precedenza, che in Italia le tesi di Rousset hanno avuto invece l'entusiastica accoglienza di Scipione Mercurio, che afferma in un punto del suo libro: «*ma dopo aver letta un'opera di Francesco Rousset francese composta di questa materia, mi sono talmente persuaso che tale rimedio sia ottimo che non ho più dubbio alcuno*».

Ci siamo indugiati a lungo sui primi trattati riguardanti il taglio cesareo, riprendendo anche le descrizioni del primo trattato in italiano scritto per le "comari" (... "perché non sanno di latino" ...) per sottolineare l'inizio dell'uso di quest'operazione destinata ad essere ancora oggi nel duemila, la panacea per ogni problema ostetrico.

Agli entusiasmi della fine del sedicesimo secolo si ebbe una reazione contraria nel secolo successivo da parte dei grandi ostetrici francesi, che operavano all'Hotel-Dieu a Parigi. Primo fra

---

<sup>49</sup> Rousset, F. *Dialogus apologeticus pro Caesareo partu in malevoli cujusdam udoprotei diceria*, Parisiis, 1590; Francisci Rosseti *responsio ad Jacobi Marchant Declamationem*, Parisiis, 1598.

<sup>50</sup> Paré A. *L'opera ostetrico-ginecologica*. Cappelli Ed., Bologna, 1966.

<sup>51</sup> Parè, A. *De hominis generatione*, J. Guillemeau Opera Latinitate Donatus, 1597

tutti, Francesco Mauriceau che così sentenziava nel suo noto trattato (1668): "*Quando la donna gravida è effettivamente in travaglio (cioè quando iniziano le contrazioni uterine che portano al parto, ndr), raramente accade che il chirurgo non possa far l'estrazione del fanciullo, morto o vivo, intero o a pezzi, ed in una parola, che non perfezioni l'opera; ... senza che sia necessario che per l'eccesso di inumanità, di crudeltà e di barbarie si venga all'operazione cesarea sulla madre che ancor vive, come alcuni autori temerariamente hanno comandato, e alle volte anche praticato; il che molti ignoranti anche fanno in campagna, per un pernicioso abuso che ogni magistrato dovrebbe impedire ...*"<sup>52</sup>.

Rispondendo alla pressione di teologi e sacerdoti sul problema di effettuare il cesareo per poter battezzare il feto, sosteneva che "*con facilità si possono rompere le membrane e così con una siringa si può facilmente toccare il corpo del feto[....]potendo dunque in ogni caso darsi la vita spirituale al feto con il battezzarlo nel ventre della madre; resta solo ad esaminarsi se la vita spirituale del figlio deve preferirsi alla corporale della madre. È certo che non potendo salvare la vita di ambedue deve sempre preferirsi la vita della madre a quella del figlio ... Concludiamo quindi che non si deve mai intraprendere il taglio cesareo perché sarebbe senza alcun dubbio causa di morte per la madre ...*" .

Nel secolo successivo, si aprì un grande dibattito sul bacino. Manquest De la Motte, Roederer, Levret, e specialmente Deventer, descrissero minuziosamente i vizi del bacino osseo, ritenuti la causa principale di ogni difficoltà nel parto e nello stesso tempo anche le descrizioni degli atti operatori divennero dettagliate, puntuali, con taglio clinico di ottimo livello come nell'opera che Roederer scrisse nel 1753 ed intitolata; "Elementi Artis Obstetricae", tradotta in italiano da Galletti, medico del S. Maria Nuova di Firenze.

A conclusione dell'iter storico culturale, necessariamente sommario, sull'intervento detto taglio cesareo, la cui storia è molto travagliata, e non poteva essere diversamente, per i molteplici aspetti implicati e per la contrapposizione tra tesi diverse, un dato costantemente presente è che il dibattito medico è essenzialmente teorico. Nessuno dei medici implicati, tranne Guillemeu e Parè, hanno praticato o visto un cesareo su donna viva, sia tra i contrari che tra i favorevoli. Realisticamente i casi di interventi eseguiti durante il XVII e fino alla metà del XVIII secolo sono estremamente rari, solo in questo ultimo secolo si ha la documentazione certa, per esempio quello eseguito a Wittemberg da Trautman il 21 aprile del 1610 e quello praticato in Francia dal chirurgo di Saïtes, Jean Ruleau, descritto nell'opuscolo: "Traité de l'opération césarienne et des accouchemens difficiles et laborieux (1704)"<sup>53</sup> . Ovviamente non si conoscono i casi non descritti, di cui si è potuto avere notizia solo indirettamente, come del caso che il chirurgo francese Mauquest de La Motte ha trattato nel tentativo di riparare i danni provocati da un chirurgo di campagna in corso di cesareo<sup>54</sup>.

In ogni caso lo scarto tra teoria e pratica era profondissimo: **il cesareo in vita rimane fino alla fine Settecento una semplice ipotesi scientifica.**

---

<sup>52</sup> Mauriceau, F. Trattato delle malattie delle donne gravide....., 1684

<sup>53</sup> Su questi casi Young, J.H., *Caesarean Section*, cit., p. 30; Punde, I P, -op. cit., fig. 30, p. 85.

<sup>54</sup> J.Gelis (présenté par), *Accoucheur de Campagne sous le Roi-Soleil. Le Traité d'accouchement de G. Mauquest de La Motte*, Toulouse, 1989, p. 139.

## LE ALTERNATIVE AL TAGLIO CESAREO NEL XIX SECOLO

Poiché alla fine del XVIII secolo il Cesareo si presentava come un rimedio estremamente rischioso con altissimo tasso di mortalità materna, si tentarono vie alternative: la embriotomia, la sinfisiotomia e il parto prematuro.

### **Embriotomia.**

Non ci soffermeremo su questo argomento, che in realtà occupa larghe pagine della trattatistica ostetrica del passato da Sorano (90-140 d.C) a Clivio (1921). Oggi l'embriotomia non è più proponibile neppure su feto morto, sia per l'orrore che questo intervento suscita, sia per le possibili gravi lesioni all'utero. In passato, quando un bacino ristretto impediva il passaggio di un feto, segnando la condanna a morte della madre dopo giorni di strazianti dolori, l'embriotomia si proponeva quale rimedio per salvare la madre. Praticamente per secoli non si possedeva altro reale mezzo per poter risolvere i drammi del parto se non quello della distruzione del feto entro l'utero e il successivo uncinamento delle sue parti senza aprire l'addome. Se ne parla nel Corpo Ippocratico e nell'antica medicina orientale. Si descrivono strumenti ed insegnano le rispettive tecniche nei testi più antichi. Nello stesso Talmud babilonese è consentito l'intervento sia sul feto vivo che morto. Gli strumenti sono descritti anche nei testi della medicina araba, che aveva una netta tendenza al cosiddetto "spezzettamento"<sup>55</sup>.

Nel primo trattato di ginecologia a stampa, "Rosengarten" (Il giardino delle rose) di Eucario Roesslin (1512), che tanto peso ebbe nella ostetricia del XVI secolo, si descrive l'uso dell'uncino, tenaglie, l'asportazione delle estremità del feto, l'apertura del cranio, della cavità toracica ed addominale. Da allora i trattati si popolano di strumenti sempre più sofisticati: cranioclasti, uncini, forbici, ecc. L'embriotomia fu sempre avversata dalla Chiesa Cattolica, che non consentiva "l'uccisione dell'innocente", anche se eseguita per salvare la madre e, però non avendo strumenti adatti per rilevare la presenza del battito cardiaco fetale, non si aveva possibilità di sapere se il bambino fosse o no ancora vivo, capitava spesso che la procedura embriotomica non si autorizzava neanche su feto morto.

Per secoli l'ostetricia ed il medico furono posti dinanzi al dramma umano di dover ricorrere a mezzi estremi pur di salvare la vita della donna. A guidare la loro scelta fu spesso l'amore e non certo la superbia o la volontà di "offendere la legge divina".

### **Sinfisiotomia.**

Nel 1768, uno studente di medicina francese, Sigault, ideò il progetto di ingrandire il canale da parto tagliando la sinfisi pubica a livello dell'articolazione. L'intuizione gli era stata suggerita dalla lettura di quanto aveva fatto De la Courvé verso la metà del secolo precedente, su una donna morta, nell'intento di estrarle prontamente il feto. L'idea non parve però applicabile alla donna viva secondo l'Accademia di Chirurgia, che conseguentemente proibì l'intervento.

L'intervento venne però accettato nel 1772 dalla Facoltà di Medicina, che approvò il testo di Sigaud "An in partu contra naturam sectio synphiseos ossium pubis, sectione caesarea promptior et tutior". Il 1° ottobre 1777 l'operazione fu effettuata da Sigault, come assistente dell'anatomico

---

<sup>55</sup> Forleo, R. opera cit. pag 246

olandese Le Roy, che aveva documentato con esperimenti su animali e con studi sui cadaveri, l'efficacia della sua proposta. L'intervento venne eseguito su una donna nel cui primo parto era stata effettuata la craniotomia fetale. L'operazione ebbe successo, malgrado una residua fistola vescicale. Vi fu un grande entusiasmo: a Sigault e Le Roy fu data una medaglia ed un vitalizio; inoltre vennero anche presentati al Re Luigi XIV. Sigault eseguì il medesimo intervento altre quattro volte. In un caso la donna morì e Sigault cessò di effettuare la sinfisiotomia, deliberando che, se il bacino era più stretto di 2,5 "inches" (6,3 cm, n.d.r) nel più corto dei diametri, era necessario ricorrere al cesareo. Gli entusiasmi si smorzarono alquanto e mentre nel periodo tra il 1777 ed il 1785 si eseguirono quaranta sinfisiotomie, solo nove furono effettuate tra il 1785 ed il 1836 (Churchill,1880).

In Inghilterra la prima operazione fu eseguita nel 1782 da Wechman: l'esito risultò infausto, il figlio fu lacerato e la madre morì. Jean Louis Baudelouque (1746-1807), il grande maestro dell'ostetricia francese, più volte criticò l'intervento, anche se con toni molto pacati, gettando acqua sugli entusiasmi dei sinfisiotomisti. Il tedesco Siebold, che eseguì la "sindhondrotomia" nel 1778, non ebbe un risultato brillante tanto da affermare dopo alcuni anni: "mi pento ancora di essermi lasciato sedurre dalle attrattive della nuova operazione e di non averle preferito il cesareo". Lo stesso Stein dichiarò nel suo trattato: "tranne in qualche caso in cui può essere utile, non fa molto onore alla professione".

In Italia, Antonio Moroni nel suo "Trattato Universale dei parti" (1778), ne fu sostenitore, mentre il Nannoni lo giudicò severamente. La sinfisiotomia fu eseguita la prima volta in Italia a Genova nel 1781, con morte sia della madre che del feto, dal chirurgo Antonio Lanagnino, che fu ritenuto dai cittadini un barbaro assassino. Alla fine del 1700 la sinfisiotomia cadde in disuso per essere poi ripresa nel secolo successivo. Il napoletano Gennaro Galbiati (1816) propose che, una volta tagliata la cartilagine del pube, non si divaricassero a forza le gambe, ma si lasciasse la testa farsi strada da sola. Venne in seguito ripresa la proposta dello scozzese Aiken, che consigliava di tagliare i rami orizzontali del pube e le ossa dell'ischio all'esterno della sinfisi pubica (pelvitomia). Questo tipo di intervento fu però ritenuto ancor più pericoloso dello stesso taglio cesareo (Lovati,1847).

### **Parto prematuro artificiale.**

In una riunione di ostetrici a Londra nel 1756, fu rilevata l'opportunità di far nascere il feto prima del tempo in caso di bacino ristretto, in modo che le sue dimensioni più piccole permettessero il passaggio attraverso un bacino viziato.

C'è chi attribuisce l'uso di questo intervento alla levatrice inglese Maria Duvally, ma si deve specialmente a Denman (1733-1815) la messa a punto della tecnica e la sua diffusione. Alla fine del secolo Plessman, Roussel de Vanzesne, Leroux, Lauverjat se ne fecero promotori in Francia, e Scheel, Mai, Bernstein, Weidmann in Germania. Si rompevano artificialmente per via vaginale le membrane al settimo mese e si attendeva fino a quindici giorni l'inizio delle contrazioni e la maturazione del collo, che però non sempre si verificavano.

Baudelouque, come anche il Nannoni ed il Flaiani, furono fieri oppositori con argomentazioni ancora oggi valide. Il Capuron riteneva addirittura immorale questa pratica e suggeriva la denuncia in tribunale di ogni medico che l'avesse eseguita.

Burkabardt scrisse una monografia dal titolo "Essai sur l' Accouchement prématuré artificiel" (Strasburgo, 1832), che permise la diffusione di tale operazione nel paese.

In Italia Assalini dichiarava: *"Il parto a sette mesi può salvare la vita alla madre ed al feto"*. Ben presto il coro si fece consistente in tutta Europa e l'operazione venne spesso eseguita.

Nel 1870 numerose valutazioni statistiche spensero però alquanto gli entusiasmi: Spiegelberg rilevò un 15 % di mortalità materna, 67% perinatale; mentre se si permetteva il parto spontaneo anche con un bacino "stretto" la mortalità materna era del 6,4 e quella fetale il 35. La manipolazione cruenta dei genitali e dell'utero apriva immancabilmente la porta ad infezioni setticemiche, che in assenza di antibiotico terapia portava a morte la paziente, molto verosimilmente.

**Justina Siegemund:** donna, senza figli, ostetrica ed intellettuale.

Abbiamo già riferito come le conoscenze utilizzate dalle ostetriche, meglio le mammane, prima della età moderna, non sono manifestate per iscritto, e dunque in assenza di ogni informazione istituzionalizzata la loro trasmissione era orale o per imitazione. Quel sapere noi possiamo ricostruirlo solo per via indiretta, con la complicazione che le ostetriche erano normalmente e correntemente tacciate dai medici e dai chirurghi di stereotipata ignoranza, rispetto ai loro propri saperi.

Nel momento in cui i medici decidono la istruzione delle mammane, redigono dei trattati in cui il loro sapere tradizionale è completamente negato, in quanto le loro conoscenze ostetriche erano fuori della tradizione sapiente e dell'uso degli strumenti.

La celebre opera di Roesslin, *Il giardino delle rose*, di cui abbiamo già riferito, ne è una perfetta illustrazione. Questo trattato scritto per le levatrici, ristampato in seguito quasi 100 volte, ha avuto una diffusione per tutto lo spazio europeo. Nelle pagine iniziali del trattato, l'Autore scrive:

*“ Io parlo di tutte le levatrici, le quali veramente non hanno alcun sapere, le quali per la loro negligenza fanno perire dappertutto i bambini”.*

Un vero marchio di ignoranza, certificata dalla esposizione nel trattato dei saperi ereditati dall'Antichità e dal Medioevo, che l'Autore mostra di conoscere attraverso la lettura di libri, il cui contenuto fa parte appunto della tradizione sapiente, legata ai nomi di Ippocrate, Galeno, Razes, Avicenna, Averroé, ed altri. Si richiama quindi ad una medicina teorica, di stampo filosofico, alienando completamente conoscenze pratiche, specialmente l'uso degli strumenti: lo statuto impediva ai medici che si sporcassero le mani. Inoltre, l'Autore, Professore universitario, a questa epoca, non esige l'intervento di un medico nelle nascite difficili<sup>56</sup>.

Cent'anni dopo Roesslin, Felix Wurtz, chirurgo di Bale, nel suo “ Piccolo libro sui bambini”, conferma che le levatrici sono maldestre e senza istruzione, ma nello stesso tempo auspica che una ostetrica debba, prima di tutto, essere una donna che crede in Dio, misericordiosa, onorevole e virtuosa, di parola e di atti. Se ha messo al mondo un bambino, questa mera esperienza le sarà molto utile in quanto l'esperienza consiste nella “*senzazione*”, ed è per questo fatto molto più credibile che il sapere acquisito attraverso la bocca e l'orecchio o attraverso la vista. Deve avere conosciuto nella sua propria carne la paura, il pericolo, l'angoscia, il dispiacere e il dolore, così come altre cose ancora, che non possono essere credute da coloro che non le hanno vissute e che per questo stesso motivo ne sanno meno che le donne alle quali una tale cosa è capitata. Addirittura Wurtz è prudente e riservato quanto alla possibilità di un insegnamento specialistico da dispensare alle ostetriche; egli lo considera in effetti come superfluo e inutile. Egli auspica, però, di lasciare alle donne sapienti la cura di supervisionare il processo della nascita. Wurtz enfatizza dunque l'importanza dell'esperienza personale e non si immischia nella pratica delle ostetriche, ma egli è tra gli ultimi a manifestare una tale riserva<sup>57</sup>.

Nel 1679, la posizione di Christoph Volter, chirurgo wurtenburghese, è a questo riguardo molto chiara:

---

<sup>56</sup> Rösslin, E. Rosengarten. Gedruet im Jahre 1513, Munchen, 1910

<sup>57</sup> Wurtz, F. Childrens book, London, 1656

*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*<sup>58</sup>.

L'osservazione in sede autoptica è la base della conoscenza in campo medico e di conseguenza anche di quello ostetrico, e le ostetriche in assoluto non hanno questa esperienza. L'unica pratica chirurgica di cui possono avvalersi storicamente è il Taglio cesareo in donna morta allo scopo di somministrare il battesimo per salvare la vita celeste del bambino. E questi cesarei non hanno valore scientifico.

Quanto espresso ha valore introduttivo all'esperienza pratica e, per certi aspetti, dottrinale, che si può leggere nell'opera sul parto scritta da Justina Siegemund, saggia donna alla corte di Brandeburgo, che ha vissuto tra 1636 e 1705, pubblicata per la prima volta nel 1690 sotto il titolo "*La saggia donna della corte di Brandeburgo*"<sup>59</sup>. La sua testimonianza eccezionale, e scritta finalmente!, permette di sfumare i numerosi rimproveri stereotipati di ignoranza formulati nei riguardi delle matrone. Tra le ostetriche è una figura atipica: ella non ha avuto bambini, è istruita e ha viaggiato molto. Quanto scrive è frutto del suo sapere erudito e della sua esperienza pratica e rappresenta un punto importante del dibattito sul parto tra i cultori del suo tempo. Il nome di Justina Siegemund è molto conosciuto: esso appare in quasi tutti gli sviluppi generali relativi alla storia dell'ostetricia, così come in numerosi trattati di storia della medicina. Nel XVII e XVIII secolo, il suo trattato è stato largamente diffuso, ed il suo nome identifica un gesto, una manovra di posizionamento ostetrico, *un giro di mano* che è stato molto utilizzato nel rivolgimento interno del feto per una sua migliore presa per estrarlo più facilmente dall'utero, fino a quando la pratica del cesareo lo ha reso inutile. A Justina Siegemund, per la sua istruzione, la sua posizione sociale e la sua agiatezza finanziaria si assegna un ruolo di "*intermediario culturale*". Difatti, per essere donna, ella ha la possibilità di entrare nell'attività delle ostetriche e di ascoltare dalla viva voce delle donne partorienti le loro esperienze, ma ella sa anche leggere e scrivere, ella ha numerose frequentazioni della buona società (all'inizio ella è ostetrica alla corte di Slesia, in seguito in quella di Berlino). In una certa misura, Justina ha dunque accesso ai discorsi eruditi del tempo. Si può pensare che ella si trovi a metà cammino tra la cultura erudita e quella della tradizione orale delle donne partorienti e delle matrone. Il contenuto del suo trattato, pertanto, può essere considerato come la messa in contatto del sapere empirico ed artigianale delle ostetriche e delle donne partorienti con la cultura sapiente: una specie di mediazione culturale, ma anche una testimonianza, finalmente scritta, di un sapere ostetrico frutto della mescolanza tra teoria ed esperienza pratica, in embrione ed a mo' di avanguardia il metodo che sarà a breve il fondamento della nuova cultura ostetrica. Le due culture trovano evidenza nelle seguenti opposizioni: per le ostetriche, *sentire, mano, operare una versione*; per i chirurghi e i medici, *vedere, strumento, dividere cioè incidere o smembrare nelle autopsie*; per le ostetriche vale la tecnica del toccare, mentre per i medici e i chirurghi la tecnica dell'osservazione del malato o nelle autopsie; per le ostetriche la trasmissione orale, per i medici la scrittura fissa e disciplina teorica.

---

<sup>58</sup> Völter, Ch. Neu eröffnete Hebammen- Schuhl, Stuttgart, 1679

<sup>59</sup> Siegemund, J., Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter, Berlino, 1690. Un'edizione del 1723, accresciuta con numerosi testi polemici, è quella a cui fa riferimento W. Pulz, in *L'obstetrique moderne en Allemagne*, XVI - XVIII s., in *Revue d'histoire moderne et Contemporaine*, da cui noi abbiamo preso numerosi spunti di riflessione critica.



Il testo di Justina mostra chiaramente queste due opposizioni metodologiche, soprattutto quando argomenta di preferire l'uso dolce, nel senso che non provoca dolore vaginale, delle sue dita introdotte in vagina per toccare le parti fetali, che si presentano nel canale da parto, all'impiego dello speculum, strumento metallico, che introdotto in vagina, nel mentre provoca necessariamente intensi dolori alla partoriente, permette solo la semplice osservazione della parte fetale che avanza. L'ostetrica operante, che si intravede nel suo ragionamento, fingendo il dialogo con una sua allieva, continua:

*Bisogna che tu lo sappia: quando io ho progredito nel mio apprendimento attraverso le povere donne di paese, e sempre con la migliore fortuna possibile, come vi ho sufficientemente fatto parte, durante tutto questo tempo, io non ho mai pensato allo speculum, e ignoravo ciò che io potevo o dovevo farne. Ma quando io sono arrivata più lontano, cioè tra persone che mi hanno informata di ciò che si poteva farne, allora io ho considerato che non avevo più bisogno di questo aiuto, o piuttosto di questo supplizio; poiché per il loro grande addestramento le mie mani e le mie dita erano arrivate alla sensazione naturale o alla conoscenza: io potevo sentire e distinguere così precisamente come se io avessi sotto i miei occhi la posizione nella quale si trovava il bambino. Ecco perché l'utilizzazione dello speculum è per me un supplizio inutile.<sup>60</sup> ( la traduzione dal francese è del redattore ).*

Justina in tutto il suo testo mostra di preferire “di agire con una mano abile” e di rinunciare a mezzi tecnici ed ausiliari : “ ma per me e la mia scienza, io non ne ho bisogno. Perché, là dove si trova il duro ferro, può anche trovarsi la mia dolce mano, che non saprebbe causare tali dolori “<sup>61</sup>.

Gli strumenti, o piuttosto gli attrezzi utilizzati dalle ostetriche son molto spesso degli oggetti dell'ambiente quotidiano, plurifunzionali o distolti dalla loro finalità primaria per un uso improvvisato. Così , nel trattato di Justina Siegemund, noi troviamo per esempio “ aghi da calze, spilloni per capelli, ed altri oggetti simili “<sup>62</sup>; o ancora sottili piccoli uncinetti o fili di metallo. Come una specie di bricolage intellettuale le ostetriche sembrano dunque in questo momento “ arrangiarsi con ciò che esse hanno sottomano”, diversamente dai chirurghi o dagli ingegneri, i cui strumenti sono “forzati ad un uso preciso “. Ciò porta all'epoca ad una molto grande varietà di strumenti chirurgici. La stessa Justina, nel corso del suo impegno ostetrico, ha ideato e costruito tre uncinetti di cui ha sempre cercato di non servirsene, preferendo la mano e le sue dita<sup>63</sup>.

Ripensando alla figura originale di queste celeberrima ostetrica, possiamo delineare un profilo con molte novità rispetto a quello che abitualmente si assegna alle ostetriche del suo tempo: ella non ha mai partorito, una condizione che per l'opinione generale è un difetto, che le negherebbe di scrivere di parti e di parti difficili soprattutto, ma che nel suo caso si trasforma in un vantaggio, al prezzo di un avvicinamento con il sapere dei medici e dei chirurghi. Ella attira l'attenzione sul fatto che un medico, un chirurgo non ha considerato il fatto che nella sua esperienza personale non ci sono tutte le malattie che egli cura. Alla stessa maniera, una ostetrica, senza esperienza personale del parto, può molto bene prestare assistenza, talvolta anche meglio di un'altra, che avesse essa stessa messo al mondo dei bambini. Justina Siegemund va ancora più lontano nella sua arringa per un “ livello d'astrazione” elevato della sua scienza. Ella non discute solamente il fatto che la sola esperienza del parto possa conferire una certa intelligenza dell'ostetricia, ella fa anche osservare che

---

<sup>60</sup> Siegmund, J., Opera citata, pag 92.

<sup>61</sup> Ibidem.

<sup>62</sup> Ibidem.

<sup>63</sup> Ibidem

ciò che si vive nella propria pelle può avverarsi come un impedimento, nella misura in cui questa esperienza può produrre un effetto di distorsione e di impedire una percezione obbiettiva. Secondo Ella, una donna che ha vissuto delle nascite senza complicazioni, per poco che ella ne giudica dopo la sua propria esperienza, non coglie i pericoli delle nascite difficili; e al contrario, una donna, che ha avuto essa stessa dei parti difficili, ha spesso avuto dei dolori così violenti che essa non può niente apprendere di questa esperienza, e ancor meno sapere come bisogna operare la versione di un neonato, anche se ella ha vissuto tutto ciò nella sua propria carne<sup>64</sup>.

Abbiamo detto come Justina Siegemund occupa molto bene una posizione di intermediario culturale: da una parte ella percepisce le analogie tra il suo sapere e quello dei medici e chirurghi; dall'altra parte, ella critica le levatrici che affermano la loro legittimazione in materia di ostetricia solo dalla loro esperienza personale e, su questa base, si prodigano una assistenza reciproca. Finalmente, Justina incrimina precisamente questa incapacità delle levatrici ad indietreggiare e ad astrarsi dalla loro propria esperienza di vita.

In altri termini, il toccare con la mano, il vissuto sensibile e personale del parto, la relazione di reciprocità ed empatia tra le partorienti e le levatrici, ovvero, su un piano di astrazione teorica, il contatto, l'identificazione, la partecipazione e l'emozione tra due persone, la levatrice e la partoriente, appaiono come i principi fondatori del sapere tradizionale delle levatrici. Ma questi fattori non costituiscono scienza pura, in quanto non c'è separazione tra il sapere e il sensibile, che invece nell'età contemporanea è paradigmatica tra soggetto e oggetto della conoscenza, quindi anche di quella ostetrica. L'ovvia conseguenza è che, nonostante l'elevata sicurezza del parto di cui oggi godono le donne quando ne sono impegnate, tuttavia il partorire è percepito da numerose donne come una frustrazione, particolarmente difficile da integrare in una felice biografia personale<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Ibidem.

<sup>65</sup> Pulz, W.; Morel, MF. Aux origines de l'obstétrique moderne en Allemagne (XVIe-XVIIIe siècle): accoucheurs contre matrones? Revue d'histoire moderne et contemporaine, 43, 4 1996, pag 593-617.

## IL PARTO A PADOVA NEL 700- 800

Generalmente, il parto avveniva in ambiente domestico, la futura madre era circondata dall'affetto e dall'assistenza dei parenti, coadiuvati da una donna esperta quale l'ostetrica.

La gravidanza in quanto fenomeno naturale si riteneva non bisognevole di alcuna assistenza prestata da persone competenti ( medici, ostetriche ).

Alla donna gravida popolarmente si consigliava: non deve usare cibi riscaldativi, né bevande spiritose, non stringere di troppo i vestiti, non esporsi inconsideratamente ai pericoli di contrarre malattie, cadute, spaventi, passioni d'animo o altre cause che possono portare alterazioni nel fisico o nel morale.

Alle donne gravide non si dovevano raccontare o leggere storie che potessero ferire o esaltare la loro fantasia che per natura era già esaltabile ed in gravidanza ancor di più, <<parimenti si devono tacere gli accidenti tutti accaduti o che accadere possono nei parti >><sup>66</sup>.

Il Sografi, Pubblico professore di Ostetricia nell'Università di Padova, nel 1782 suggeriva di evitare << i colpi, le cadute, l'abuso di venere, la ripienezza di cibo e di bevanda, il moto violento e la ristrettezza dei vestiti >><sup>67</sup>.

Quanto sopra era le regole delle donne dell'aristocrazia e delle borghesia, mentre per le donne delle compagne e delle nascenti comunità industriali la condizione sociale non permetteva di smettere il lavoro quotidiano che era lungo e faticoso.

L'insorgenza di una qualche complicazione medica obbligava la levatrice di avvalersi dell'opera di un medico o di un professore di ostetricia, che potevano prescrivere rimedi i più convenienti, senza avere riguardo, se lo richiedeva il caso, della gravidanza<sup>68</sup>.

I preparativi per il parto erano lunghi e minuziosi: si dovevano approntare due letti e quanto poteva occorrere per la donna e il bambino, pomate di semifreddi o rose, butirro, brodo, ova, vino di Cipro, o Malaga, aceto, acqua, spiritosa, di cannella, molti drappi, alcali volatili in boccetta ben chiusa per avvicinarli alle narici del bambino nel caso di asfissia, pannolini caldi per riscaldarlo, fuoco di stoffa, acqua tiepida per lavarlo ove sia infuso il sapone<sup>69</sup>.

Queste erano ritenute le condizioni ideali, che erano appannaggio di una eletta minoranza, mentre la più parte dei casi, in genere e soprattutto << le donne di campagna partorivano stando sulle ginocchia ed appoggiandosi con le mani al dianzi , oppure sui gomiti. Alcune donne, accostumano di partorire stando in ginocchione con le cosce molto allargate ed appoggiate al dianzi ad una seggiola >><sup>70</sup>.

Era opinione diffusa che la nascita di un bambino non sempre era un momento di giubilo per le famiglie, anzi molte volte, nelle campagne, era un momento di lutto. Alle ostetriche veniva molte

---

<sup>66</sup> Montagna, G. Lezioni di ostetricia, Verona, 1822, pagg.39-41.

<sup>67</sup> Sografi, P. Corso elementare di raccogliere i parti, Padova,1788,pag. 225

<sup>68</sup> Montagna.G. Opera cit., ivi.

<sup>69</sup> Ibidem, pag. 59.

<sup>70</sup> Sografi, P. opera cit.,pag 266.

volte imputato imperizia e negligenza tanto che A. Randi, Medico Capo Municipale di Padova, metteva in evidenza le deficienze dimostrate dalle levatrici nell'esercizio professionale insistendo che esse dovevano essere << istruite, sorvegliate ed eventualmente punite da parte di un Medico Ostetrico Ispettore >><sup>71</sup>.

Nascere in Ospedale o nelle Maternità era l'eccezione, dove peraltro l'assistenza non era delle migliori in quanto luogo di apprendimento per medici e levatrici, verso cui era sentita molta diffidenza, del resto ancora non sopita. Le donne povere, spesso senza marito, si recavano in questi luoghi, alienando ogni legame affettivo e di solidarietà per dare alla luce il loro bambino o perché volevano tenerne segreta la nascita o perché non intendevano riconoscere il proprio figlio e volevano disfarsene cercando in questo modo di farlo più facilmente accettare al brefotrofio. La povertà obbligava molte donne a servirsi dell'assistenza pubblica gratuita e quindi del ricovero dove sapevano di essere << esplorate molte volte >> e dove la febbre puerperale era frequentissima, più che a casa<sup>72</sup>. La scoperta di Sommelweis, di cui abbiamo parlato, ovviamente portò beneficio anche a Padova, in Clinica Ostetrica, dove i rituali della disinfezione e della sterilizzazione si diffusero alla fine dell'800. La mortalità materna decrebbe vistosamente e contestualmente crebbe il prestigio della Clinica<sup>73</sup>.

L'assistenza pubblica migliorò notevolmente anche per l'istituzione di un ambulatorio pubblico per le gravide e di un servizio medico ostetrico, detto << Policlinica >>, che offriva assistenza gratuita a domicilio a tutte le gravide che si dichiarassero povere. Con quest'ultima iniziativa il controllo medico sul parto era diffuso, aprendosi l'era moderna dell'ostetricia.

Anche Padova era dotata di brefotrofio dove gli esposti venivano allevati in attesa di essere affidati a famiglie disposte a prendersi cura di loro. Le nutrici erano donne nubili e povere che spesso svolgevano questo servizio, il balatico, per guadagnare denaro indispensabile per vivere. Le balie più sane e robuste erano molto richieste dalle famiglie benestanti, mentre quelle più deboli o malate si offrivano al brefotrofio, il cui compenso era molto basso, inoltre erano tramiti di contagio venereo data la promiscuità tra nutrici e neonati di diversa provenienza. Il controllo sanitario dei brefotrofi alla fine del 1899 fu rigoroso ed obbligatorio<sup>74</sup>

## **ALCUNI PROVERBI VENETI SULLA NASCITA**

I diversi momenti della nascita e della maternità sono da sempre occasione e motivo di proverbi, legati alle tribolazioni e ai timori, ma anche alle gioie e alle trepide attese, ai pronostici sul sesso del nascituro; possono considerarsi anche frasi augurali per mamme timorose o consigli che mettono in guardia dai pericoli, o sarà maschio o femmina, assomiglierà al padre o alla madre. Sono proverbi dell'area veneziana che manifestano in quel colorito dialetto con uguale intensità la paura e la speranza, il dolore e la letizia, il pianto e il riso.

---

<sup>71</sup> Randi, A. Annotazioni statistiche sanitarie per il comune di Padova, 1893.

<sup>72</sup> Pomata, G. Madri illegittime tra '800 e '900, in Parto e maternità, momenti della biografia femminile, - Quaderni storici, (a cura di L. Accati) - Roma, 1980.

<sup>73</sup> Inverardi, G. Rendiconto clinico statistico dell'Istituto Ostetrico Ginecologico della R. Università di Padova, Padova, 1894-

<sup>74</sup> Istituto degli esposti di Padova, Norme per le nutrici esterne e per i tenentari di esposti e disposizioni sui loro rapporti col Pio istituto, Padova, 1899.

## SUI FIGLI.

Senza fioi, né gusto né guasto; Chi ga fioi no mor; Putei e goti no xe mai tropi; Chi ha fioi ha lagreme; Fioi piccoli, fastidi piccoli, fioi grandi fastidi grandi; In cuna tanti anzoli e dopo tanti diavoli; Fioi da arlevar, fero da mastegar; Co i nasse i xe tuti bei; Fortunata quella sposa se la prima xe una tosa; Co nasse un fio i altri va zo d'un scalin.

## SULLA MADRE

Chi fa più de mama, se ingana; El cor de una mare, no se ingana mai; Mare morta, pare orbo.

## MASCHIO O FEMMINA

Sangue da naso fio mascio; Se dol na gamba la puta no manca; Panza impontia, una bella fia panza a pomelo, un bel putelo.

## SUL PARTO.

Co vien la dogia passa la voglia; Una scala de più una dogia de manco; Dolor de parto no parte; Co no se fa la seconda se mor in crega;

## SULLA GRAVIDANZA

Tre mesi in sangue, tre mesi in ossi, tre mesi in carne.

## SULLA SOMIGLIANZA

Somigliar ai sui no xe pecà; Tanti i nasse da un ventre solo e no i se somegia gnente; I putei madriza, e le putele patrizia.

## SUL PUERPERIO

La dona da parto per quaranta zorni ga la fossa averta; Dona da cuna, cent fa per una; Co la boca no sbate le tete no fa late; late e vin mazza 'l bambin.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Pancino, C., Pillon, D. La nascita nelle tradizioni popolari veneziane dell'800, in "Nascere a Venezia dalla serenissima alla prima guerra mondiale" (a cura di Lia Chinosi). Gruppo editoriale Forma, Torino, 1985 Pag. 126-128..

## UNA CONCLUSIONE

L'intenzione di questo lavoro, come espressa nella premessa, era quella di esprimere i percorsi storico-culturali che hanno attraversato gli spazi europei nelle varie sedi istituzionali e culturali durante la prima età moderna, allo scopo di individuare i punti topici, cosiddetti *turning point*, i punti di svolta con la definitiva cancellazione del pensiero antico, da sempre appannaggio di un mondo sacrale a caratterizzazione mandarunica. La storia della cultura cambia con la teoria copernicana eliocentrica, che ribaltava la antica e geocentrica tolemaica visione del cosmo, avvalorata successivamente dalla elaborazione galileiana di un metodo di analisi della realtà, quella in movimento, che si chiamerà scientifica, in quanto avrà come categoria logica di base la necessità della verifica matematica di ogni affermazione, a cui si vuol dare valore di legge. Da questi studi si svilupperanno elaborazioni filosofiche, dette naturali, che avranno il loro obiettivo dichiarato nella utilità della scienza per l'uomo. Galileo scriverà i suoi ragionamenti in volgare e si rivolge espressamente a quelli che fanno di conti; secondo Cartesio, *<<l'esecuzione delle cose che esporrò deve dipendere dal lavoro degli artigiani, i quali di solito non hanno compiuto alcuno studio >>*, mentre Bacon nel trattato postumo "The New Atlantis", utopisticamente pensava a "fiaccole che avrebbero illuminato nuovi esperimenti con risultati più profondi dei primi sulla natura" ovvero con *<<risultati di uso pratico per la vita dell'uomo>>*. Un'alleanza si struttura in questa età, quella tra gli scienziati o appassionati di scienza, in particolare i filosofi naturali e gli interessi delle élite istruite e possidenti. Al volgere del secolo XVII la scienza degli antichi greci, in particolare come era enunciata negli scritti di Aristotele e in seguito di Tolomeo, era fortemente screditata all'interno della cultura di élite.

Un dato storicamente rilevante, lo abbiamo già rilevato nel corpo della tesi, è la felice accoglienza di questa scienza presso larghe fasce di popolazione attiva in aree industriali e tecnologiche specifiche (Francia del nord, Paesi Bassi e Inghilterra), da considerare alla base dei cambiamenti, senza precedenti, che riguarderanno l'ambiente naturale, l'organizzazione del lavoro e la stessa configurazione dei gruppi sociali. Finalmente si mettono da parte le scienze rare ed occulte, in quanto non danno chiarezza né certezza alla conoscenza della realtà, che ha bisogno invece di evidenza oggettiva, in quanto determinabile matematicamente. La carta stampata e le conferenze pubbliche permetteranno larga diffusione dei nuovi saperi, mentre con la nascita nel 1662 della fondazione della Royal Society di Londra, nonché con l'istituzione di nuovi college, *grammar schools e accademie*, che saranno alla base di una moltitudine di innovazioni tecnologiche in ogni settore, dall'estrazione mineraria alla finanza, e con la creazione di un *<<office of adress >>* centrale, *le nuove élite trovano i veicoli adeguati per divulgare il sapere pratico*. Difatti l'ambiente

protestante fu più pronto e capace ad accogliere la nuova scienza, mentre quello dominato dalla cultura clero-cattolica si oppose soprattutto per l'interpretazione secolare della natura, non più per mezzo della rivelazione. I riformatori puritani sostennero gli esperimenti meccanici utili all'industria e la sperimentazione chimica per il progresso della agricoltura, nel mentre davano l'assalto ai vecchi monopoli dei medici e delle Università.

Nel corso di alcuni secoli si sviluppano percorsi rivoluzionari che vanno dalla scoperta dell'Otro mundo alla nuova scienza, dal miglioramento dell'agricoltura e degli indici di sviluppo demografico alla rivoluzione industriale, fino alla nuova politica che riconosce nell'assolutismo illuminato lo strumento ideologico dell'organizzazione del potere imperniato sull'estensione territoriale e demografica degli Stati, su più articolati rapporti internazionali, politici ed economici e sull'evoluzione della società. In breve, nasce e si sviluppa lo Stato moderno.

La nuova scienza a noi interessa in quanto strumento di innovazione metodologica, abile a determinare atteggiamenti mentali diffusi, tali da permettere ricadute nel modo di pensare e di fare nel campo del vivere quotidiano e quindi anche del nascere.

La nascita certamente è stata considerata nel corso della storia umana un fatto “naturale”, ricco di mistero, ma portatrice anche di rischi per la vita della partoriente e del nascituro. Un fatto naturale, il cui svolgersi ha “educato” la mente umana all'assistenza e quindi alla necessità di approntare procedure idonee ad aiutare gli attori dell'evento, ma anche a correggere le difficoltà eventualmente intercorse. Si entra quindi nella storia della nascita come momenti della storia dell'assistenza umana, che, nel parto, per secoli è stata geloso appannaggio del mondo femminile e che troverà un punto di svolta nel secolo XVIII, quando le nuove conoscenze biologiche, anatomiche, fisiologiche, nate anche come conseguenza del processo innescato dalla rivoluzione scientifica, daranno alla medicina ed ai suoi attori nuovi strumenti di intervento per rendere la vita dell'uomo di migliore qualità sin dalla nascita, appunto. Le condizioni sociali ed ambientali saranno fattori non secondari nella comprensione storica del processo di sviluppo dell'assistenza al parto, secondo l'insegnamento di Ippocrate che considerava la malattia e la sua cura integrate nel sistema delle situazioni e delle condizioni nelle quali si svolge l'esistenza umana. Le novità prenderanno inizio dagli sconvolgimenti avviati dalla Rivoluzione Francese che vedrà il giacobinismo produrre alcune idee guida chiaramente di rottura della vecchia medicina settecentesca mediante l'abolizione delle Facoltà universitarie, delle Corporazioni, degli Ordini religiosi; saranno organizzati gli ospedali, dove i poveri saranno accolti, non solo per essere curati, ma soprattutto per osservare ed interpretare

i multiformi aspetti delle malattie, in breve per costruire razionalmente lo sviluppo etiopatogenetico e la clinica di ogni malattia umana. Anche il parto sarà oggetto di indagine e di studio nell'ospedale Hotel de Dieu, dove operavano valenti chirurghi, che arricchirono il loro esercizio professionale con le nuove elaborazioni teoriche sui meccanismi del parto e con le pratiche operative per correggere le difficoltà del parto ostacolato. Lo sviluppo delle conoscenze anatomo-chirurgiche in generale e dell'utero in particolare attraverso la visione oggettiva ( le dissezioni sui cadaveri ) toglie la gravidanza, ma soprattutto il parto, al silenzio e al pudore, che lo avevano circondato da sempre, e rende possibile un nuovo discorso medico chirurgico. Finalmente, si conclude che ogni parto in qualsiasi momento del suo sviluppo può passare da parto naturale a parto, oggi diciamo, patologico, con grave rischio sia della madre che del figlio. È un'acquisizione fondamentale in quanto porta alla considerazione che un evento potenzialmente così fragile, ed ancora in gran parte oscuro in quel tempo, non poteva essere affidato a persone, che allora venivano additate semplicemente come ignoranti. Da questo momento la storia del parto si trasforma, passando da ambiente pacifico, in quanto gestito da sole donne, ad ambiente conflittuale, per l'entrata dell'uomo nella scena del parto, che, dall'alto della sua nuova cultura, detta le norme sia istruendo le levatrici, sia come titolare della capacità professionale di operare con strumenti ideati e costruiti razionalmente per risolvere le difficoltà ostative della nascita, e sia in ragione dell'elevato rango sociale del medico-chirurgo ostetricante, nuova figura a cui il potere si lega per organizzare la cosiddetta politica populazionistica, cioè a favore della popolazione, sin qui, invece, vittima della ignoranza delle mammane. La elevata mortalità materna ed infantile era lì a testimoniare l'ignoranza che sin qui aveva gestito il parto e nello stesso tempo diventava pressante fattore riformatore. Questo tempo riformatore riguarderà anche il modo di essere del medico individualmente e come gruppo, tende a svilupparsi un processo di professionalizzazione, che riconoscerà alcuni momenti costitutivi, tra cui la formazione di una base tecnica, la divisione del lavoro tra diverse occupazioni, l'elaborazione di un'etica professionale ci sembrano quelli degni di essere ricordati. La elaborazione di una base cognitiva, dal nostro punto di vista, è certamente innovativa, nasce la medicina sperimentale, che troverà nelle scienze naturali legami molto stretti, che daranno progressi non solo spettacolari ma anche duraturi nel campo della fisiologia umana, della biologia cellulare, 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. Il medico, da questo momento in poi, non sarà più un filosofo, ma si sporcherà le mani nella diagnosi e cura delle malattie, aiutato anche 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 ciarlatani.

Anche il parto esce dalla condizione domestica dei secoli precedenti, in cui la mamma era l'autorità indiscussa, controllata socialmente e moralmente dalla Chiesa controriformistica solo sulla base della somministrazione del battesimo nel caso di pericolo di vita del neonato, per diventare il centro di un cambiamento che sarà lungo, travagliato, con molti attori e che sfocerà alla fine nella sconfitta definitiva della mamma e nella presenza dell'uomo-medico accanto alla donna partoriente, ovvero si entra nell'epoca della medicalizzazione del parto. La "mode de l'accoucher", nata quasi occasionalmente da quando Luigi XIV fa assistere "clandestinamente" il parto normale di "mademoiselle" de la Valière dal chirurgo Jules Clement, darà 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 entrano in gioco anche gli strumenti, i ferri, studiati e costruiti razionalmente, che diventeranno famosi con appellativi come "mani di ferro", "leva", "forcipe" e "cava testa". Da questo momento il parto non sarà più un territorio pacificato. I contendenti saranno i "nuovi medici", le "vecchie mammane" ed un nuovo attore, che finalmente ha la necessità di prendersi cura della sua popolazione e in specie della donna nel momento del parto, ossia lo Stato. In questo giro mancherà la Chiesa. La presenza dello Stato avrà 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 donne. In tutta Europa, come abbiamo riferito, si organizzano scuole ostetriche con caratteri organizzativi ed impostazioni "di scuola" differenti, ma tutte rispondono ormai ad un bisogno ben codificato di miglioramento dell'assistenza del parto, che non può essere lasciato mai più nelle sole mani delle donne. Ci sarà, da parte delle mammane ed anche delle partorienti, battaglia di resistenza al nuovo, che si poggiava sulla vergogna delle donne, sulla tradizione, etc., ed aveva l'appoggio anche di uomini di scienza, come Beaudoloque, 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 le levatrici, saranno accompagnate da una copiosa trattatistica, che sarà alla base dell'acculturamento di nuove generazioni di attori assistenziali del parto, a cui corrisponderà lentamente, ma inesorabilmente, lo sviluppo in fieri della "figura professionale" sia dell'ostetrica che del medico ostetrico. Per sempre si perderà 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 arroganza.

Vogliamo ricordare che tra le ostetriche nel tempo spiccano per impegno, per cultura e per capacità operativa alcune donne: 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 ha 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.

Uno dei temi attinenti all'operatività umana per favorire la nascita di un figlio senza danni per la vita della madre e dibattuto intensamente nel corso dei secoli per la sua reale drammaticità, ma anche per il coesistente desiderio di trovarne una soluzione soddisfacente, è certamente il Taglio cesareo, connotato come immaginario, mito, medicina salvifica e dispute teologiche nel corso dei secoli e che noi abbiamo voluto considerare come sineddoche o metonimia delle grandi difficoltà che la mente umana ha incontrato nel correggere la nascita ostacolata, soprattutto quando l'ipersviluppo fetale intrauterino ( macrosomia ) creava una sproporzione tra il volume del feto e la capacità del canale del parto di accoglierlo o nel caso di bacini deformati ( rachitismo) o ristretti.

L'argomento ha riguardato nell'antichità la donna morta nel corso del parto, con l'intenzione di salvare il figlio, ma nell'epoca moderna, per l'arricchimento del sapere medico-chirurgico, l'intervento avrà la connotazione di una vera operazione chirurgica, anche se il suo stabile successo sarà acquisito solo nel ventesimo secolo, allorché anestesia, asepsi, antisepsi, antibioticoterapia e una più avanzata organizzazione ospedaliera renderanno l'intervento indolore e privo di infezioni, cioè sicuro.

Invitiamo, a questo punto, il lettore a leggere la dichiarazione congiunta OMS/FNUAP/UNICEF, pubblicata nel 1993, in cui ancora una volta si sente la necessità di definire la figura professionale dell' "Ostetrica Tradizionale" per indicare la persona che può dare una *adeguata* assistenza alla nascita di un nuovo essere umano, nel nostro tempo, denso di progresso, chiaramente a diffusione diseguale nelle diverse aree del nostro pianeta. In questa sede riportiamo: Introduzione e Definizioni.

**Introduzione:** *È divenuto necessario , tenuto conto dei cambiamenti intervenuti in questi ultimi anni nella società e nei sistemi di cura delle sanità moderne, riesaminare la definizione, il ruolo e il futuro dell'ostetrica tradizionale ( OT). La presente dichiarazione ha lo scopo di precisare il*

*ruolo effettivo e potenziale dell'ostetrica tradizionale nel domani della assistenza materna ed infantile e della pianificazione familiare, di recensire i problemi che sollevano la formazione e la pratica dell'ostetrica tradizionale e di mettere in luce i vantaggi e i limiti dei programmi relativi alle ostetriche tradizionali per aiutare a mettere a punto delle politiche di cure sanitarie dinamiche.*

*La dichiarazione è 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 [.....].*

**Definizioni:** *L'ostetrica tradizionale ( OT )è 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.*

*Una OT familiare è una ostetrica tradizionale designata da una famiglia allargata per aiutare le donne di questa famiglia a partorire.*

*Una OT qualificata è una ostetrica tradizionale o una OT familiare che ha seguito un breve corso di formazione nel settore delle cure sanitarie moderne per migliorare le sue competenze. La formazione ordinaria, che si intende di durata non più di un mese, può intendersi anche per un periodo più prolungato.*

*Alcune persone, anche membri della famiglia, possono avere occasionalmente aiutato delle donne a partorire, ma non si possono chiedere i loro servizi regolarmente in quanto non possono essere censite come assistenti alla nascita. Queste persone non sono ostetriche tradizionali, anche se esse possono divenirle.*

*Le ostetriche tradizionali, che seguono una formazione di lunga durata ( da sei mesi ad un anno ) sono allora impiegate come agenti di cure sanitarie primarie. Esse possono continuare a giocare il ruolo di OT, e mettere al mondo dei bambini nella loro comunità quando esse vi siano invitate ( trad. dal fr. del redattore).<sup>76</sup>*

La dichiarazione dell'OMS è solo del 1993, eppure la questione dell'assistenza al parto è ancora viva, se la massima organizzazione sanitaria mondiale ha sentito la necessità di definire la figura umana che può prendersi cura con **competenza** del parto. 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.....

---

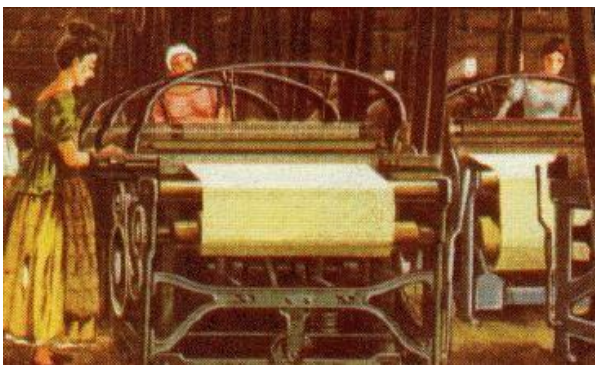
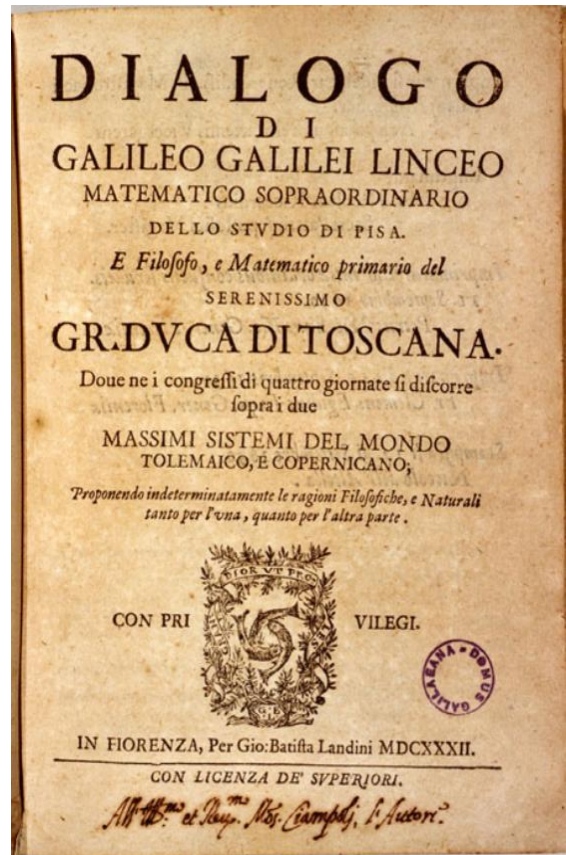
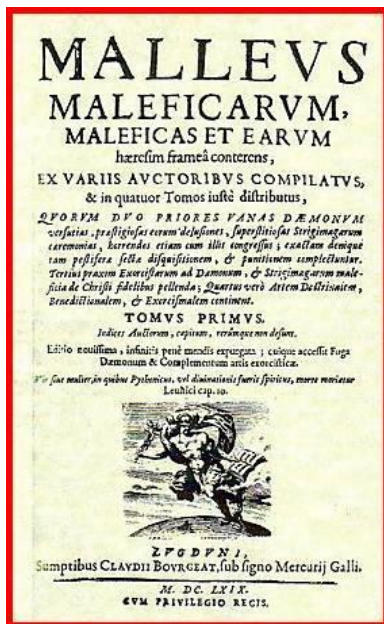
<sup>76</sup> Les accoucheuses traditionnelles, O M S, Geneve1993, pag.4-5.

## ICONOGRAFIA ED ALTRO

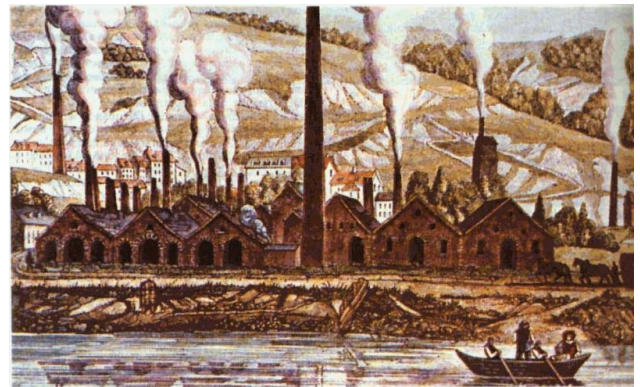
La scuola di Atene. Raffaello. Musei Vaticani



Tutti gli uomini aspirano per natura alla conoscenza.  
Aristotele



Il telaio e le donne in fabbrica.



Una fabbrica con le ciminiere costruita lungo un corso d'acqua.

## MATERNITÀ

di Ada Negri

*Io sento, dal profondo, un'esile voce chiamarmi:  
sei tu, non nato ancora, che vieni nel sonno a destarmi?*

*O vita, o vita nova!... le viscere mie palpitanti  
trasalgono in sussulti che sono i tuoi baci, i tuoi pianti:*

*tu sei l'Ignoto. - Forse pel tuo disperato dolore  
ti nutro col mio sangue, e formo il tuo cor col mio core;*

*pure io stendo le mani con gesto di lenta carezza,  
io rido, ebbra di vita, a un sogno di forza e bellezza:*

*t'amo e t'invoco, o figlio, in nome del bene e del male,  
poi che ti chiama al mondo la sacra Natura immortale.*

*E penso a quante donne, ne l'ora che trepida avanza,  
sale dal grembo al core la stessa devota speranza!...*

*Han tutte ne lo sguardo la gioia e il tremor del mistero  
ch'apre il loro seno a un essere novello di carne e pensiero.*

*Urne d'amore, in alto su l'uomo e la fredda scienza,  
come su altar, le pone del germe l'inconscia potenza.*

*È sacro il germe: è tutto: la forza, la luce, l'amore:*

*sia benedetto il ventre che il partorirà con dolore.*

*Oh, per le bianche mani cuenti le fascie ed i veli  
mentre negli occhi splende un calmo riflesso dei cieli:*

*pei palpiti che scuotono da l'imo le viscere oscure  
ove, anelando al sole, respiran le vite future:*

*per l'ultimo martirio, per l'urlo de l'ultimo istante,  
quando il materno corpo si sfascia, di sangue grondante:*

*pel roseo bimbo ignudo, che nasce - miserrima sorte... -  
su letto di tortura, talvolta su letto di morte:*

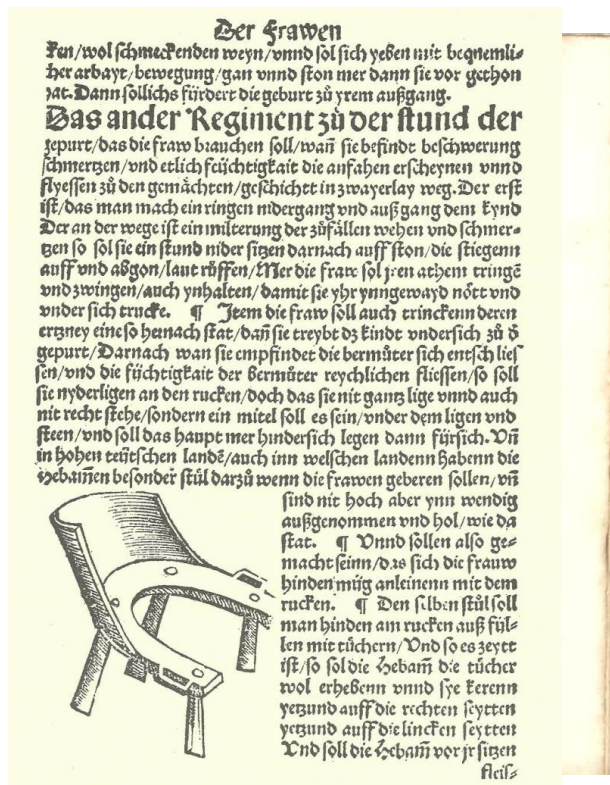
*uomini de la terra, che pure affilate coltelli  
l'un contro l'altro, udite udite!... noi siamo fratelli.*

*In verità vi dico, poiché voi l'avete scordato:  
noi tutti uscimmo ignudi da un grembo di madre squarciato.*

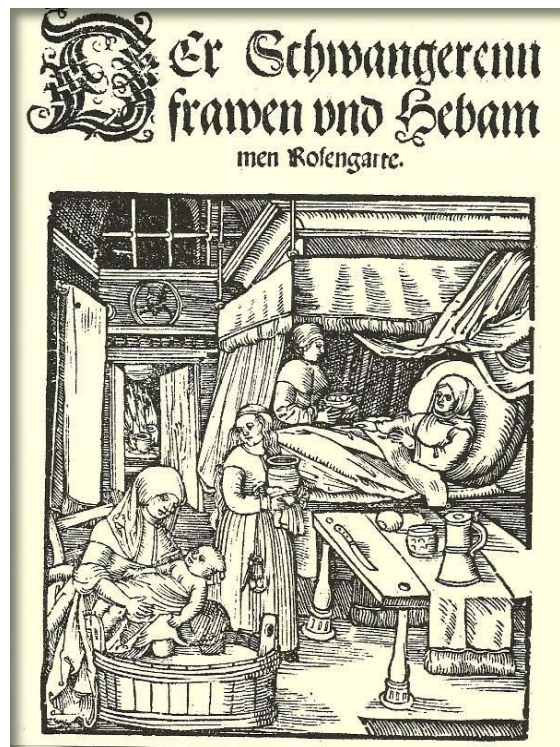
*In verità vi dico, le supplici braccia traendo:  
non vi rendete indegni del seno che apriste nascendo.*

*Gettate in pace il seme nei solchi del campo comune  
mentre le forti mogli sorridon, cantando, a le cune:*

*nel sole e ne la gioia mietete la spica matura,  
grazie rendendo in pace e l'inclita madre, Natura.*



Lo sgabello utilizzato dalle ostetriche per seguire il parto



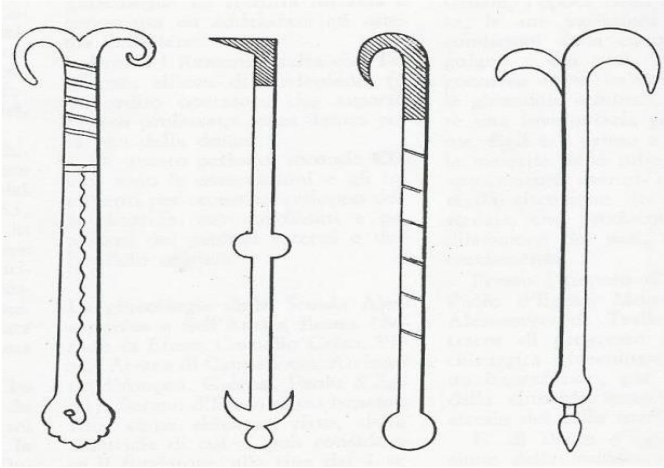
Scena di parto pubblicata sul primo libro a stampa di ostetricia, in tedesco da Eucario Roesslin (1512)



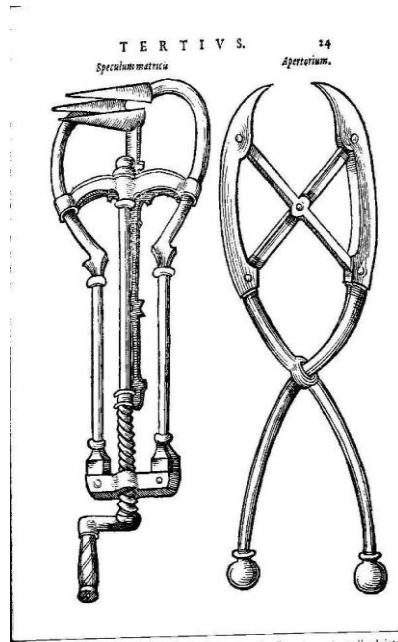
La nota posizione sullo sgabello quale appare nel primo trattato di ostetricia a stampa. E' presente l'ostetrica ( da ob-stare, stare davanti ) e la ad-stetrix ( stare dietro ), come in epoca romana.



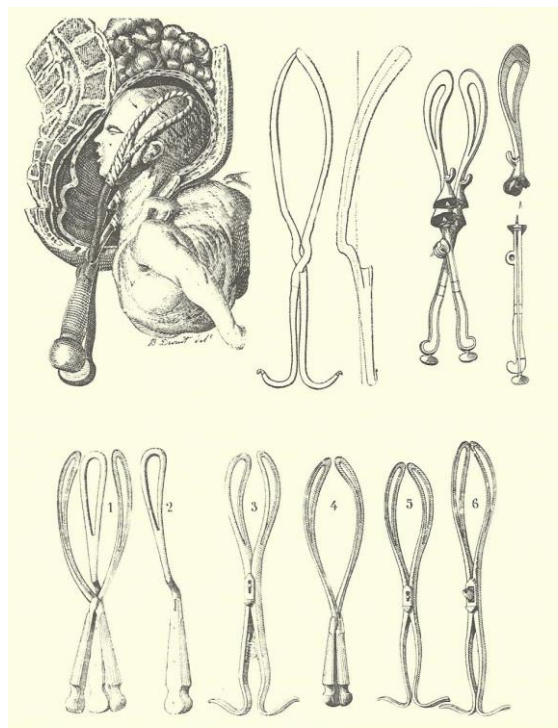
Tomba dell'Ostetrica antica. Si vedono due figure principali che assistevano alla nascita, la levatrice che estraeva il feto ed una donna che costituiva l'appoggio fisico e morale.



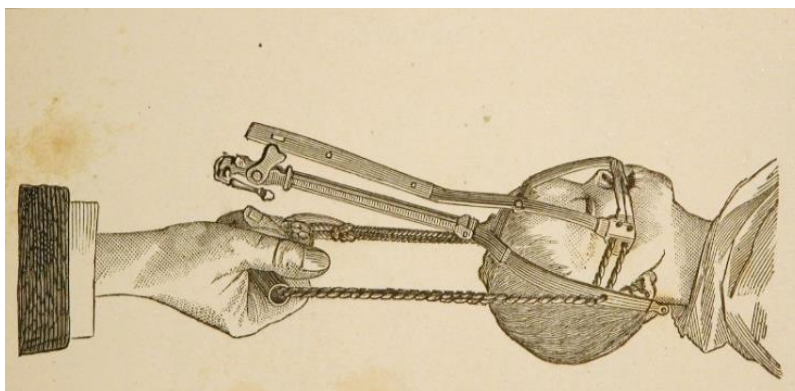
**Uncini acuti degli antichi arabi secondo Albucasis.**



**Strumenti romani: speculum per dilatare la vagina, strumento per l'embriotomia**



**Il '700 e i secoli che seguirono videro l'uso del forcipe. Ne furono ideati e costruiti di diversi tipi.**



**Un tipo di forcipe detto anche “tire tete” di Mauriceau, con tiranti di catena per favorire la trazione e ridurre l'effetto schiacciamento della testa.**

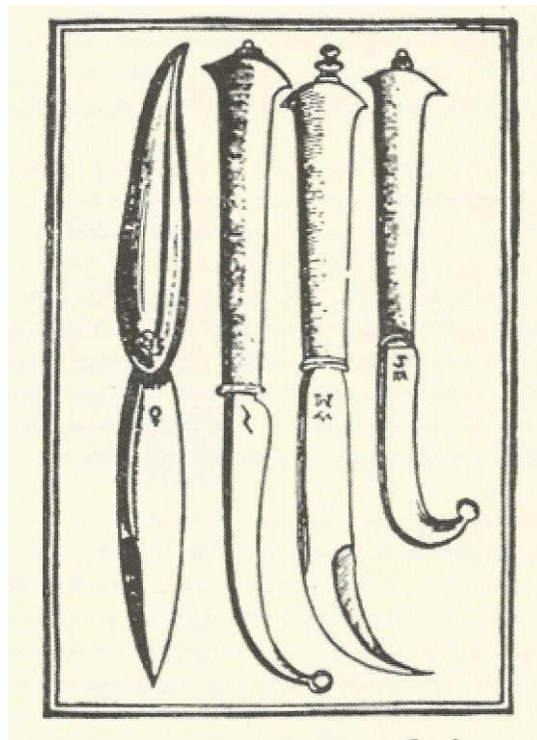


**Un'immagine del libro di Justina Siegemund (1636 e 1705) ostetrica tedesca, che illustra la versione interna del feto per favorirne l'estrazione.**

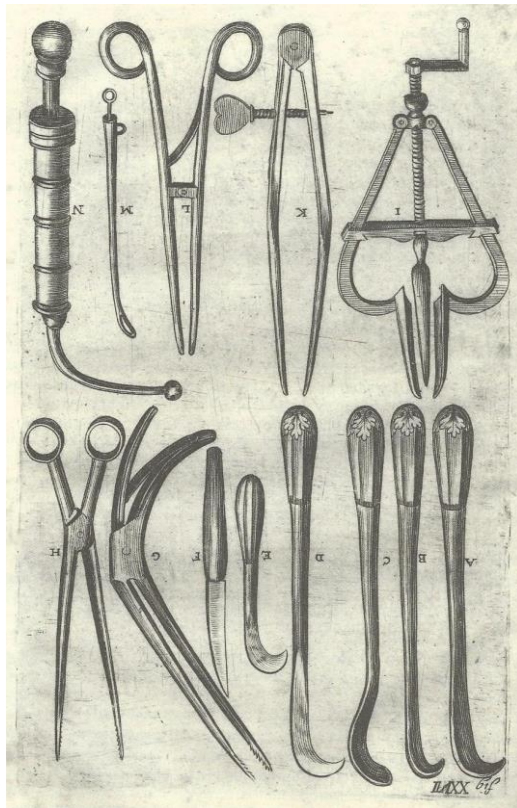




**Regolamenti di Carlo I di Napoli, in cui si obbligava ad eseguire il taglio cesareo post-mortem e a non abbandonare i neonati.**



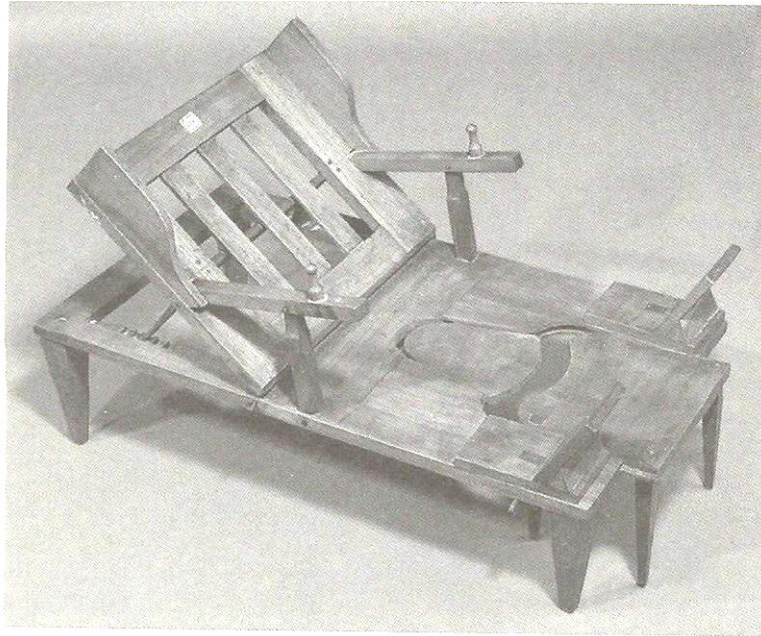
**I “ bisturi “ usati per il taglio cesareo descritto da Rousset nel 1581.**



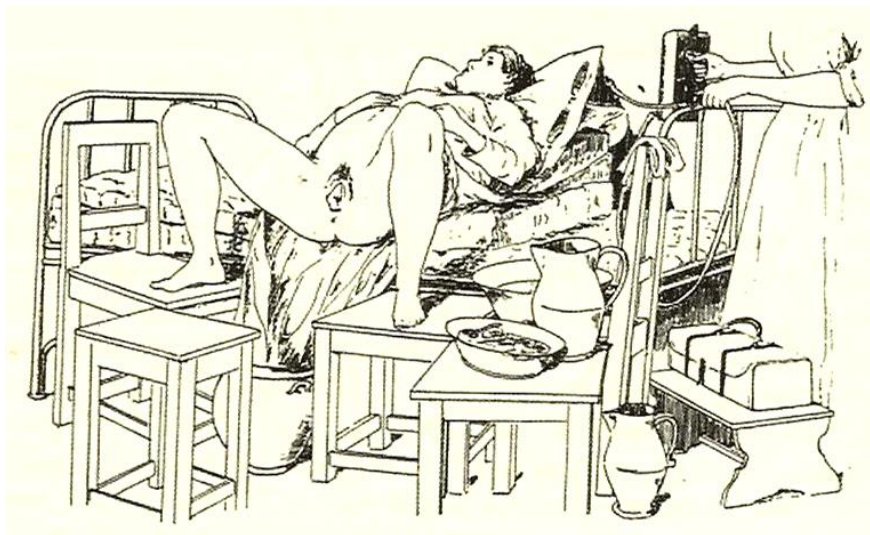
**I ferri per l'embriotomia usati nel XVIII secolo. Questa operazione ostetrica era praticata per salvare la madre a scapito del feto nel parto impossibile.**



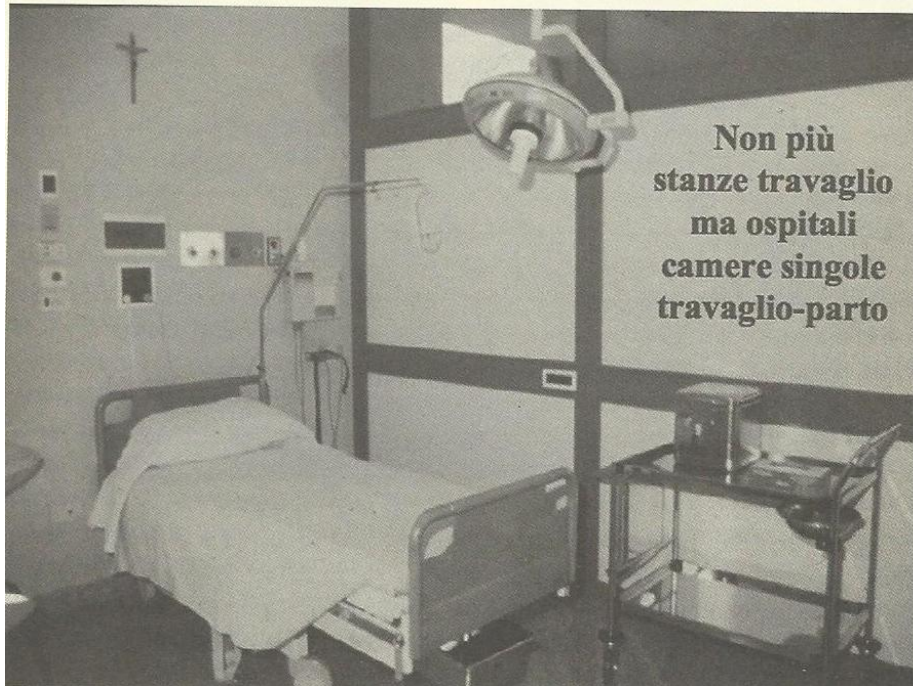
**Iconografia del taglio cesareo. Nel 600 e nel 700 non esisteva alcun tipo di anestesia, né alcuna norma di asepsi ed antisepsi. I chirurghi indossavano i più eleganti abiti di cerimonia.**



**Lettino ostetrico alla fine del xviii secolo: spesso veniva portato con appositi carretti dall'ostetrica.**



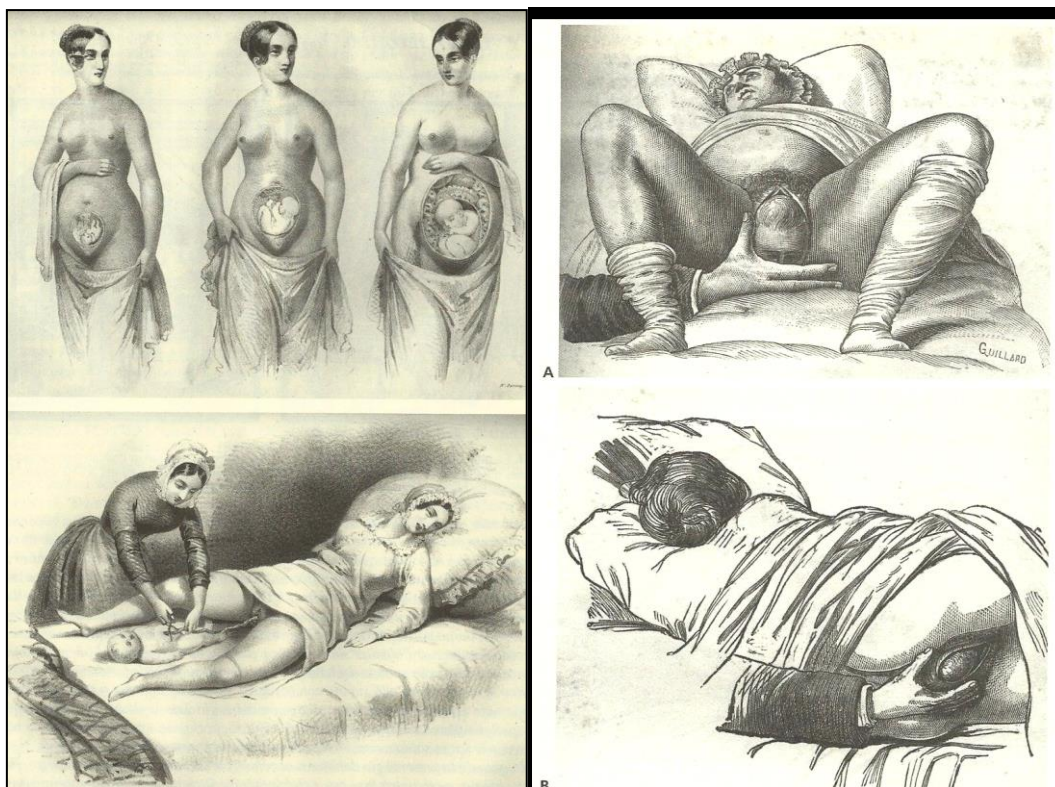
**Nel parto a casa si usava ripiegare in due il materasso per consentire una più corretta assistenza, fino ai primi decenni del'900**



**Sopra: un lettino ostetrico di una sala per parto ospedaliera, oggi; sotto una camera singola, in ospedale, dove trascorrere il travaglio e partorire, simulando una condizione domestica.**



L'assistenza alla nascita nel XVII secolo in una stampa dell'epoca. Si nota il lettino portato dall'ostetrica ( la prima a sinistra) e posto vicino al fuoco, la presenza del padre ( a destra ) e del prete ( sul fondo ) data l'alta mortalità.



Immagini contenute in un testo per le allieve ostetriche che illustrano lo sviluppo fetale intrauterino, le manovre del taglio del cordone ombelicale e le posizioni classiche del parto nell'800.



**La statua di Ignazio Sommelweis che indica nelle mani l'origine di molti casi di febbre puerperale presso Heidelberg (Baden-Württemberg), Germania.**

	Numero di cesarei	% di mortalità materna
Sprengel 1805 (Germania)	106	44
Michaels 1833 (Europa)	258	54,2
Velpeau 1835 (Francia 1750-1830)	265	55
Merriman 1838 (Inghilterra)	25	96
Kayser 1844 (Germania)	338	62
Scanzoni 1853 (1839-1853)	97	61
Gereniot 1870 (Parigi)	40	100
Pihan-Dufeillay 1861 (Francia 1845)	88	43
Harris 1878 (USA)	71	47
Mayer 1890 (Tutti i paesi)	1605	54

Da Forleo, pag 252

<b>anno</b>	<b>popolazione europea</b>	<b>popolazione mondiale</b>
1340	90 milioni	442 milioni
1500	84 milioni	461 milioni
1700	125 milioni	770 milioni
1800	195 milioni	978 milioni
1900	422 milioni	1'650 milioni

<b>Tasso di mortalità nel primo anno di vita – metà '800</b>	
Italia	21/100
Norvegia	10/100
Olanda	16/100
Inghilterra e Galles	15/100
Svizzera	19/100
Austria	25/100
Russia	27/100

Le serie di cifre mettono in evidenza le drammatiche dimensioni della mortalità infantile, mantenutasi assai elevata fino alla prima guerra mondiale. Tra le cause del fenomeno prevalevano le infezioni (specie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio), le malformazioni congenite e le immaturità. (Dati ripresi da *nascere sopravvivere e crescere nella Lombardia dell'Ottocento. Pag.50*)

Provincia	Nati	Nati morti	Morti da 0-1 anno	Morti da 0~5 anni	Morti da 1-5 anni
<b>1863</b>					
<b>Bergamo</b>	<b>13.096</b>	<b>1.056</b>	<b>3.257</b>	<b>4.732</b>	<b>1.475</b>
<b>Como</b>	<b>17.167</b>	<b>322</b>	<b>4.353</b>	<b>7.302</b>	<b>2.949</b>
<b>Cremona</b>	<b>13.774</b>	<b>315</b>	<b>3.301</b>	<b>4.694</b>	<b>1.393</b>
<b>Milano</b>	<b>7.587</b>	<b>865</b>	<b>10.896</b>	<b>17.707</b>	<b>6.811</b>
<b>Pavia</b>	<b>17.146</b>	<b>159</b>	<b>4.188</b>	<b>7.041</b>	<b>2.853</b>
<b>Sondrio</b>	<b>3.882</b>	<b>53</b>	<b>1.114</b>	<b>1.596</b>	<b>482</b>

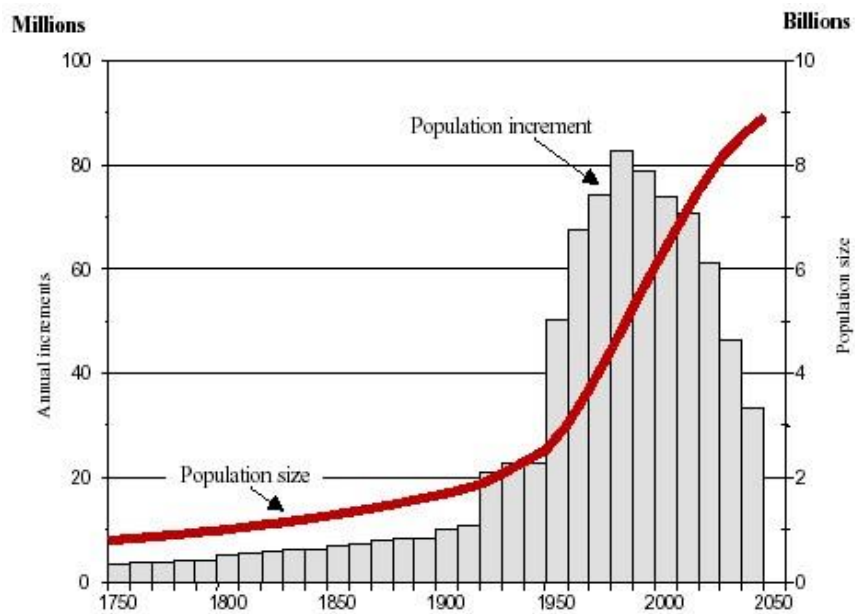
**Gli alti tassi di mortalità infantile nelle regioni di tutta l'Italia**

Regioni	Nati	Nati	Morti	Morti	Morti	Nati	Nati Morti	Morti da 0-1 anno	Morti da 0-5 anni	Morti da 1-5 anni
		morti	da 0-1 anno	da 0-5 anni	da 1-5 anni					
<b>1895</b>						<b>1914</b>				
<b>Piemonte</b>	<b>103.028</b>	<b>3.968</b>	<b>18.038</b>	<b>27.223</b>	<b>9.185</b>	<b>80.788</b>	<b>3.179</b>	<b>8.557</b>	<b>15.312</b>	<b>6.755</b>
<b>Liguria</b>	<b>31.409</b>	<b>1.450</b>	<b>4.798</b>	<b>7.977</b>	<b>3.179</b>	<b>30.906</b>	<b>1.538</b>	<b>2.902</b>	<b>4.649</b>	<b>1.747</b>
<b>Lombardia</b>	<b>147.756</b>	<b>5.595</b>	<b>28.695</b>	<b>46.076</b>	<b>17.381</b>	<b>159.334</b>	<b>5.757</b>	<b>22.330</b>	<b>32.336</b>	<b>10.006</b>
<b>Veneto</b>	<b>111.223</b>	<b>3.870</b>	<b>17.917</b>	<b>28.850</b>	<b>10.648</b>	<b>137.993</b>	<b>4.887</b>	<b>15.663</b>	<b>23.471</b>	<b>7.808</b>
<b>Emilia</b>	<b>83.496</b>	<b>3.314</b>	<b>8.063</b>	<b>12.048</b>	<b>3.985</b>	<b>97.410</b>	<b>3.972</b>	<b>12.163</b>	<b>17.079</b>	<b>4.916</b>
<b>Toscana</b>	<b>79.889</b>	<b>3.331</b>	<b>12.694</b>	<b>21.702</b>	<b>9.008</b>	<b>80.962</b>	<b>3.433</b>	<b>8.050</b>	<b>13.022</b>	<b>4.972</b>
<b>Marche</b>	<b>37.426</b>	<b>1.612</b>	<b>6.316</b>	<b>10.344</b>	<b>4.028</b>	<b>38.575</b>	<b>1.526</b>	<b>4.791</b>	<b>7.574</b>	<b>2.783</b>
<b>Umbria</b>	<b>21.603</b>	<b>1.022</b>	<b>3.612</b>	<b>5.830</b>	<b>2.218</b>	<b>23.755</b>	<b>1.134</b>	<b>2.878</b>	<b>4.680</b>	<b>1.802</b>
<b>Lazio</b>	<b>37.963</b>	<b>2.053</b>	<b>5.565</b>	<b>10.885</b>	<b>5.320</b>	<b>43.144</b>	<b>1.970</b>	<b>4.787</b>	<b>9.087</b>	<b>4.300</b>
<b>Abruzzi e Molise</b>	<b>52.125</b>	<b>1.928</b>	<b>9.837</b>	<b>17.606</b>	<b>7.769</b>	<b>48.855</b>	<b>2.172</b>	<b>6.599</b>	<b>11.601</b>	<b>5.002</b>
<b>Campania</b>	<b>116.156</b>	<b>5.579</b>	<b>21.235</b>	<b>38.897</b>	<b>17.662</b>	<b>118.554</b>	<b>5.871</b>	<b>15.320</b>	<b>26.640</b>	<b>11.320</b>
<b>Puglia</b>	<b>79.127</b>	<b>3.318</b>	<b>15.117</b>	<b>31.425</b>	<b>16.308</b>	<b>86.848</b>	<b>3.841</b>	<b>12.877</b>	<b>23.784</b>	<b>10.907</b>
<b>Basilicata</b>	<b>20.764</b>	<b>836</b>	<b>3.931</b>	<b>7.682</b>	<b>3.751</b>	<b>17.712</b>	<b>817</b>	<b>2.476</b>	<b>4.698</b>	<b>2.222</b>
<b>Calabria</b>	<b>56.867</b>	<b>1.994</b>	<b>9.917</b>	<b>17.835</b>	<b>7.918</b>	<b>50.799</b>	<b>1.894</b>	<b>5.956</b>	<b>11.097</b>	<b>5.141</b>
<b>Sicilia</b>	<b>133.780</b>	<b>5.250</b>	<b>23.940</b>	<b>49.492</b>	<b>23.184</b>	<b>118.818</b>	<b>4.803</b>	<b>16.810</b>	<b>31.587</b>	<b>14.777</b>
<b>Sardegna</b>	<b>25.386</b>	<b>776</b>	<b>3.792</b>	<b>7.454</b>	<b>3.662</b>	<b>27.253</b>	<b>821</b>	<b>3.061</b>	<b>5.854</b>	<b>2.793</b>



## IL MONDO A 6 MILIARDI : PUNTI SALIENTI

### La crescita della popolazione mondiale a lungo termine, dal 1750 al 2050



**TARIFFA**

DEGLI ONORARI DOVUTI

AI

**MEDICI, CHIRURGI, VETERINARI, FLEBOTOMI E LEVATRICI**

ADOTTATA

**DAL CONSIGLIO SANITARIO PROVINCIALE**

DELL'UMBRIA

per gli effetti dell'articolo 24 della Legge  
sulla sanità pubblica 1865, n. 2248.

---

PERUGIA

G. BONCOMPAGNI E C.<sup>1</sup>, Editori

—

1871

18

Esportazione della cartilagine alare del piede L. 10 a 20

Id. parziale e totale della ruota e della  
muraglia . . . . . » 10 a 30

Amputazione degli arti delle falangi . . . . . » 10 a 20  
(Mancano le operazioni della ferratura patologica.)

Assistenza alla ferratura correttiva e patolo-  
gica . . . . . » 5 a 10

*Operazioni Ostetriche.*

Operazione di parto semplice con pura manualità » 10 a 20

Id. difficile con impiego di mezzi  
incruenti . . . . . » 15 a 30

Operazione di parto preternaturale con istrumenti  
cruenti . . . . . » 20 a 40

Operazione di parto doppio senza impiego di ferri » 15 a 30

Id. con impiego di strumenti  
cruenti . . . . . » 30 a 40

Operazione di parto con due feti riuniti e mo-  
struoso . . . . . » 30 a 40

Operazione di parto plurigemello facile nei pic-  
coli . . . . . » 5 a 20

Operazione di parto plurigemello difficile in-  
cruento . . . . . » 5 a 20

Operazione di parto preternaturale o mostruoso  
o con due feti riuniti cruenti . . . . . » 20 a 30

Estrazione della placenta non conseguente al  
parto entro le due giornate . . . . . » 10 a 20

Estrazione della placenta dopo molto tempo dal  
parto . . . . . » 20 a 30

Laparo-isterotomia nei grandi animali . . . . . » 30 a 40

Embriotomia nei grandi animali . . . . . » 30 a 40

19

ARTICOLO V.

Onorarii per flebotomi.

Visite semplici . . . . . L. 0.80

Operazioni a cui sono abilitati in minimum come  
all'art. 3°.

ARTICOLO VI.

Onorarii per levatrici.

Visita semplice . . . . . L. 0.80

Con esplorazione . . . . . » 2

Assistenza al parto . . . . . » 5 a 20

Permanenza in casa della puerpera — per ogni ora l'e-  
quivalente d'una visita.

---

DISPOSIZIONI COMUNI

—

1.° Non vanno soggette a tassa le funzioni per le  
quali fosse pattuita una preventiva indennità, tanto per  
parte dei richiedenti che degli esercenti.

3.° In ogni caso la richiesta di tassazione deve con-  
tenere un'esatta storia scientifica della malattia ed una  
dettagliata enumerazione delle funzioni occorse per cu-  
rarla.



## BIBLIOGRAFIA

1. *Accoucheuses traditionnelles*. Geneve: Organisation mondiale de la sante; 1993:20 p.
2. *Nascere a venezia: Dalla serenissima alla prima guerra mondiale*. Torino: Gruppo editoriale Forma; 1985:283 p.
3. *La scuola ostetrica milanese : Dai moscati al porro : Per il VI congresso della società di ostetricia e ginecologia del mediterraneo latino*. Milano 2-4 maggio 1960. Milano: Elli & Pagani; 1960.
4. *Dizionario compendiato delle scienze mediche*. Venezia: G. Antonelli; 1830-38.
5. *Francis bacon's the new atlantis : New interdisciplinary essays*. Manchester University Press 2002.
6. Rizzo, S. *Delle origini e dei progressi dell'arte ostetricia*. Venezia; 1776.
7. Abram, SE. *Trattamento del dolore*. Padova: Piccin- Nuova libreria; 2002:1 v. (paginazione varia).
8. Acconci, G. - Mangiagalli L. *Raccolta di scritti ostetrico-ginecologici pel giubileo didattico del prof. luigi mangiagalli*. Pavia: Fusi; 1906:XV, 557 p.
9. Agrimi, J. – Crisciani, C. *Malato, medico e medicina nel medioevo*. Torino: Loescher; 1980:301 p.
10. Appleby, JO. *Pensiero economico e ideologia nell'Inghilterra del 17. secolo*. Bologna: Il mulino; 1983:309 p.
12. Assalini, P. *Nuovi stromenti di ostetricia e loro uso*. Milano: dalla Stamperia Reale; 1811:IX,.
13. Bacon, F. - Bartoldy, GW. - Maimon S. *Neues organon. Aus dem lateinischen übersetzt .....* Berlin; 1793.
14. Bacon, F. - Rossi, P.. *Scritti filosofici*. Torino: UTET libreria; 2009:888 p.
15. Baruffaldi, G. - Savioni, P. *La mammana istruita per validamente amministrare il santo sacramento del battesimo in caso di necessità alle creature nascenti.....* In Venezia: presso Pietro Savioni sul Ponte de' Baretteri all'Insegna della nave; 1774:72 p.
16. Baudelocque, JL. *Elementi dell'arte di raccogliere i parti scritti a forma di dialoghi per le levatrici di campagna e pubblicati ... dal sig. gio. luigi baudelocque. traduzione di oronzo dedonno ..* In Napoli: da Donato Campo impress. reale; 1789:2 v.
17. Baudelocque, JL. - Leonardi Cattolica, P. *Dell'arte ostetricia di J.L. baudelocque professore nella scuola di medicina di parigi, ... traduzione dal francese eseguita sulla quarta edizione parigina da pasquale leonardi cattolica ... vol. 1. Vol Seconda edizione italiana corretta e migliorata*. Pavia Giovanni Giacomo Capelli; 1819:4 v.
18. Bellomo, M. *Il medioevo e l'origine dell'università*. (Sta in: L' università e la sua storia):13-25.
19. Belloni, L.- Bezzola, G. - Bregani, P. - Corradini, L. -Della Paruta, F. - et altri. *Nascere sopravvivere e crescere nella Lombardia dell'Ottocento ( 1815-1915 )*. Milano: Silvana Editoriale; 1981.
20. Benedetti, A C. - Valla, G. - Cervicornus, E. *Alexandri benedicti physici anatomice siue historia corporis humani*. Colonia: Eucharius excudebat; 1527:c.; 8°.
21. Berg, M. *La questione del macchinismo e la nascita dell'economia politica*. Bologna: Il Mulino; 1983:454 p.
22. Berlant, L. *Profession and monopoly*. Universty California Press; 1975. Berkeley.

23. Berriot, S. *IL discorso della medicina e della scienza*”, in G. Duby, M. Pierrot, *Storia delle donne*. Bari,: 1991.
24. Bideau, A. *La mortalité, différentielle des femmes*. Annales de démographie historique. 1981.
25. Billi, Ed., *Sulla I.R. scuola di ostetricia ed annesso ospizio delle partorienti in milano, e sulle cose notabili osservatesi nella clinica ostetrica nel corso di un decennio*. Milano: ; 1844.
26. Blondel, J. ed. *Della forza dell'immaginazione delle donne gravide sopra il feto*. Vari, I. *Ragionamento del sig. dottore ignazio vari pubblico professore di fisica sperimentale nell'università di Ferrara*. Ferrara.: ; 1760.
27. Blumenfeld-Kosinski, R. *Not of women born, representation of caesarean birth in medioeval and rainassance culture*. London: Ithaca; 1990.
28. Borromaei, C. *Acta ecclesiae mediolanensis a carolo federici, card. borromaei condita*, «Sacramentale ambrosianum. instructiones baptismi», (orig. lat.). Pars IV, ed. Mediolani; 1549.
29. Bouché, C, - Candussi, G. *Breve storia dell'ostetricia e della ginecologia a Trieste*. Padova: La Garangola; 1989:74 p.
30. Brambilla, E. *La medicina del settecento: Dal monopolio dogmatico alla professione scientifica, in malattia e medicina*, a cura di F. della Peruta. *Storia d'Italia*, Einaudi. 1984,;7(Annali):3-147.
31. Burke, P., Ginzburg, C. *Cultura popolare nell'Europa moderna*. Milano: A. Mondadori; 1980:XV, 341 p.
32. Calderini, G. *Sviluppo storico della ostetricia e della ginecologia*, Napoli: ; 1895.
33. Campese, S.,- Manuli, P.- Sissa G. *Madre materia*. Torino: Boringhieri; 1983:212 p.
34. Cangiamila, FE. *Embriologia sacra, ovvero dell'uffizio de' sacerdoti, medici e superiori circa l'eterna salute de' bambini racchiusi nell'utero*. Palermo: Valenza; 1745.
35. Carr Saunders, A., - Wilson PA. *The professions*. Oxford: Clarendon press; 1933:VII, 536 p.
36. Cartwright, FF. *A social history of medicine*. London: Longman; 1977:209 p.
37. Castiglioni, A. *Storia della medicina. Nuova ed. riv. e ampliata*. Milano: A. Mondadori; 1936:XXVII, 825 p., 81.
38. Centro italiano di storia ospitaliera. *Storia della sanità in Italia*. Roma: Il pensiero scientifico; 1978:XIV, 311 p.
39. Cervelli, I. - Musi, A. *Stato e pubblica amministrazione nell'ancien régime*. Napoli: Guida; 1979:582 p.
40. Chinosi, L. *Nascere a venezia : Dalla serenissima alla prima guerra mondiale*. Torino: Gruppo Editoriale Forma; 1984.
41. Cipolla, CM., *I pidocchi e il granduca*. Bologna: Il mulino; 1979:113 p.
42. Ciriaco, S. *La rivoluzione industriale*. Milano: B. Mondadori; 2000:214 p.
43. Corblet, J. *Histoire dogmatique, liturgique et archeologique du sacrament de bapteme*. Ginevra; 1881-82.
44. Corradi, A. *Dell'ostetricia in Italia dalla meta del secolo scorso fino al presente*. Bologna: Gamberini e Parmeggiani; 1872:59 p.

45. Cosmacini, G. *La scomparsa del dottore*. Milano: Cortina; 2013:151 p.
46. Cosmacini, G. *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma, editori Laterza; 2005:XIII, 630 p.
47. Davis, NZ.- Lombardini, S. *Le culture del popolo*. Torino: Einaudi; 1980:XVIII, 376 p. 45, c. di tav.
48. De Clercq, C. ed. *Dizionario dei concili, concilio di langres*. Roma; 1963.
49. De Renzi, S. *Storia della medicina italiana*. Bologna: Forni; 1966.
50. De Ruggero, T. *Sulle malattie delle donne*. Torino: La Rosa; 1979.
51. Deane, P. *La prima rivoluzione industriale*. Bologna: Il mulino; 1990:387 p.
52. Decio, C., *Notizie storiche sulla ospitalità e didattica ostetrica milanese*. Pavia: Fusi (stamp.); 1906.
53. . Penada, L. *Norme per le nutrici esterne e pei tenutari di esposti, e disposizioni sui loro rapporti col pio istituto, consigli sulla tenuta dei bambini*. 1900. Istituto degli Esposti di Padova, ed.
54. Della Peruta, F. *Malattia e medicina*. Torino: G. Einaudi; 1984:XX, 1293 p.,161 c. di tav.
55. Demarco, D. *Il dibattito settecentesco sulla popolazione in Italia*. SIDES. 1980:539-590.
56. Descartes, R, - Widmar, B. *Opere filosofiche*. Torino: UTET; 1969:901 p., carte di tav.
57. Detti, T. *Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra 800-900. Prampolini e il Socialismo riformista*. Atti del Convegno di Reggio Emilia. Ottobre 1978.
58. Dianzani, MU. *Trattato di patologia generale*. Torino: Unione tipografico-editrice torinese; 1970:3 v.
59. Diaz, F. *Filosofia e politica nel settecento francese*. Torino: G. Einaudi; 1962:669 p.
60. Eastwood, BS. *Descartes on refraction: Scientific versus rhetorical method*. Isis. Sep., 1984;Vol. 75(No. 3.):481-502.
61. Eisenstein, EL. *La rivoluzione inavvertita*. Bologna: Il mulino; 1986:893 p.
62. Rosslin, Eucharius. *Rosengarten. gedruet im jahre 1513*. von Gustav Klein ed. Munchen: ; 1910.
63. Fabbri, G. *Antico museo ostetrico di giovanni antonio galli in memorie dell'accademia delle scienze di bologna*. Bologna: ; 1872.
64. Filippini NM. *La nascita straordinaria*. Milano: F. Angeli; 1995:380 p.
65. Flindley, P. *Priest of lucina. the story of obstetrics*. Yale Journal of Biology and Medicine. 1939;Volume 11(6):581-588.
66. Forleo, R. - Di Trocchio, F. *Giacomo casanova e le ostetriche. un capitolo della storia della medicina del XVIII secolo*. Torino: Centro Scientifico Edizioni; 2000.
67. Forleo, R, Forleo, P. *Fondamenti di storia della ostetricia e ginecologia*. Roma: Verduci; 2009:VI, 278 p.

68. Foucault, M. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1963:XV, 212 p.
69. Fraioli, R. - Casarin, G. *Il parto e il dolore*. Padova: Cleup; 1986:97 p.
70. Frank, J. *Sistema completo di polizia medica, sezione che riguarda la maternità e le problematiche dell'assistenza al parto*; vol. XV:144, ss.
71. Freidson, E. - Giannini, M. – Larson, MS. *Professionalismo*. Bari: Dedalo; 2002:348 p.
72. Freidson, E. – Vicarelli, G. *La dominanza medica*. Milano: F. Angeli; 2002:285 p.
73. Galilei G. *Sidereus nuncius*. Brera: INAF; 2009:29 carte.
74. Galilei, G. *Dialogo dei massimi sistemi*. Milano Roma: Rizzoli & C; 1936:1078 p., 9.
75. Galilei, G. – Garin, E. *Il saggiatore*. Vol Rist. anast. dell'esemplare con correzioni di mano dell'autore dell'ed. Roma. Lecce: Conte; 1995:X, 236 p.
76. Galilei, G. – Wallace, WA. *Galileo's early notebooks*. Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press; 1977:xiii, 321 p.
77. Gall, P. *L'operazione di giacomo nufer fu un taglio cesareo o una laparotomia per gravidanza extrauterina?* Rassegna Clinica di Scienze dell'Istituto Biochimico Italiano. 1935;13:365.
78. Gall, P. *Il taglio cesareo addominale*. Studio storico-clinico Bologna: LICINIO CAPPELLI; 1922.
79. Garzoni, T. – Cherchi, P. - Collina B. *La piazza universale di tutte le professioni del mondo*. Torino: G. Einaudi; 1996:2 v.
80. Ginzburg, C. *Il formaggio e i vermi*. Torino: G. Einaudi; 2009:XXXI, 196 p.
81. Goldmann, L. - Cagna, GG. *L'illuminismo e la società moderna*. Torino: Einaudi; 1967:135 p.
82. Guardini, R. *La fine dell'epoca moderna il potere*. Vol 10. ed. Brescia: Morcelliana; 2004:222 p.
83. Guzzoni degli Ancarani, A. *La levatrice attraverso la storia. L'arte ostetrica. 1914;24*.
84. Halpern, SA. *Medicalization as professional process. an international perspective*. Journal of Health and Social Behaviour. 1990;31:28-42.
85. Hecquet, P. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*. Trévoux, Est. Ganeau,; 1708.
86. Heilbron, JL. *Alle origini della fisica moderna*. Bologna: Il mulino; 1984:454 p.
87. Heister, L. *Instituzioni chirurgiche di Lorenzo Eistero, opera di trent'anni ora nuovamente dal latino in italiano tradotta*. Pitteri ed. Venezia; 1765.
88. *Hippocrates*, Vegetti, M. *Ippocrate*. Milano: Principato; 1969:161 p.
89. Holmes, W. *The contagiousness of puerperal fever*. New England Quarterly Journal of Medicine and Surgery, 1843. 1843.

90. Huart P, Grmek MD. *Mille ans de chirurgie en occident (V-XV siècles)*. Paris: ; 1960.
91. Huart, P. – Grmek, MD. *La chirurgie moderne. Ses débuts en occident (XVI-XVIII siècles)*, Paris: ; 1968.
92. Hunter, W.- Baker, SL.- et altri : *Anatomia uteri humani gravidi tabulis illustrata, auctore gulielmo hunter. Vai alla versione digitale: <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?01673>*.
93. Imhof, A. *La surmortalité des femmes mariées an âge de procréation*. Annales de démographie historique. 1981:81.
94. Inverardi, G., *Rendiconto clinico, statistico dell'istituto ostetrico ginecologico della R. Università di Padova, per l'anno 1893*. Padova: Tip. G. B. Randi; 1894.
95. Jacob, MC. *Il significato culturale della rivoluzione scientifica*. Torino: G. Einaudi; 1992:XVIII, 315 p.
96. Jacob, MC. *I newtoniani e la rivoluzione inglese*. Milano: Feltrinelli; 1980:226 p.
97. Jamous, H.- Peloile, B. *Professions or self perpetuating system?* Cambridge: Cambridge University Press; 1870.
98. Jenner, E.- Shury, DN. *An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae, a disease discovered in some of the western counties of england ..*; The third edition. London: Printed for the author by D.N. Shury ; 1801:VII, (1), 182, (2) p., (4) c. di tav. a colori.
99. Jones, EL. – Woolf, SJ. *Agricoltura e rivoluzione industriale*. Roma: Editori riuniti; 1982:249 p.
100. Kant, I. – Merker, N. – Erhard, JB. *Che cos'è l'illuminismo?* Roma: Editori riuniti; 1987:163 p.
101. Klapisch Zuber, C. *Storia delle donne. il medioevo*. Bari: Laterza,; 1990,.
102. Labriola, A. – Garin, E. *La concezione materialistica della storia*. Vol 3. ed. Laterza, Bari; 1971:LXVII, 363 p.
103. Larson, MS. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. University of California Press -Berkeley, CA. Berkeley: University of California Press; 1977:2-4.
104. Lauricella, E. – Dellepiane, G. – Maurizio, E. – Tesauro, G. *Trattato italiano di ginecologia*. Novara Roma: Ist. geografico De Agostini PEM; 1966:v.
105. Le Goff, J. *Gli intellettuali nel medioevo*. Milano: Milano; 1990.
106. Le Goff, J. – Capra, T. *La nuova storia*. Milano: A. Mondadori; 1980:317 p.
107. Leonard, J. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*. Paris: Aubier Montaigne; 1981:384 p.
108. Ljublinskaja, AD. - Elliott, JH. – Pearce, B. *French absolutism*. Cambridge: Cambridge University Press; 1968:XIV, 349 p.
109. Maddalena, C. - Rippa Bonati, M. – Silvano, G. *Sanità, amministrazione e cura*. Milano: Franco Angeli; 2013:415 p.
110. Major, RH. *Storia della medicina*. Firenze: Sansoni.



111. Malacarne, V. – Barelle, G. *La esplorazione proposta come fondamento dell'arte ostetricia... coll'indice delle dimostrazioni, che si fanno nella scuola pratica della arte ostetricia eretta nella ...* Regia Università. Milano: nella stamperia di Giacomo Barelle; 1791:XII, 147.
112. Manuli, P. *Medicina e antropologia nella tradizione antica*. Torino: Loescher; 1980:273 p.
113. Marchant, J. *In francisci rosseti apologiam jacobi marchant declamatio qua paradoxon de caesareo partu impugnatur.....*, Parisiis; 1598.
114. Marjorie, T. *Safer childbirth? A critical history of maternity care*. London: Chapman and Hall; 1990.
115. Mathias, P. – Rattansi, PM. *Science and society*. Cambridge: Cambridge University press; 1972:VIII, 166 p., 2 c. di tav.
116. Mauquest de la Motte, G. *Accoucheur de campagne sous le roi soleil, le traite d'accouchement de G. mauquest de la motte*. Toulouse: Edouard Privat.; 1979.
117. Mauquest de LM, G. – Petit, A. *Trattato generale dei parti naturali, non-naturali e contro-natura del chirurgo raccoglitore signor de la motte, tomo 1*. Parma: dalla Reale tipografia; 1803:2 v.
118. Mauriceau, F. - Dufour, JL. *Trattato delle malattie delle donne gravide e delle infantate.....*. In Cologni: appresso Gio. Luigi Du-Four; 1684 , 485 p., c. di tav.
119. Mc Keown, T. – Langer, WL. *L'aumento della popolazione nell'era moderna: una rassegna storica*. Feltrinelli; 1979.
120. Medici, M. *Elogio di Gian Antonio Galli*. Bologna; 1858.
121. Melli, S. – Recurti, GB. *La comare levatrice istruita nel suo ufizio secondo le regole più certe, e gli ammaestramenti più moderni*. Terza ed. Venezia: presso Gio. Battista Recurti; 1750.; 512 p.
122. Melzer, R. *Sull'uso proprio dei principali strumenti che vengono adoperati nell'ostetricia....* Venezia: Andreola; 1835.
123. Mercuriale, G. – Bauhin, G. *Hieronymi mercurialis de morbis muliebribus praelactiones. ....* Venetiis: apud Iuntas; 1601:\244, 236 p.
124. Mercurio S. *La comare*. Venezia; 1621.
125. Mercurio S. *Degli errori popolari D' Italia*. Venezia; 1603.
127. Merton, RK. – Barbano, F. *Scienza, tecnologia e società nell' Inghilterra del 17. secolo*. Milano: F. Angeli; 1975:353 p.
128. Metrodora. *Il libro di Metradora sulle malattie delle donne e il ricettario di cosmetica e terapia*. Milano; 1973.
129. Mireille, L. *Naissances.L'accouchement avant l' age de la clinique*.1982.
130. Mondella, F. *Morte naturale e longevità come progetto utopico della medicina*. Minerva medica. 1981;72:2123.
131. Montagna, G. *Lezioni di ostetricia*. Verona; 1822.
132. Moscucci, O. *The science of woman*. Cambridge university press; 1990:X, 278 p.

133. Mousnier, R. – Rotelli, E. *Le gerarchie sociali dal 1450 ai nostri giorni*. Milano: Vita e pensiero; 1971:L, 165 p.
134. Muratori, L. *Della pubblica felicità*. Lucca 1749.
135. Musi, A. *Le vie della modernità*. Milano: Sansoni; 2000:XI, 478 p.
136. Nardi, M. *Il pensiero ostetrico-ginecologico nei secoli*. Milano: Thiele; 1954.
137. PM. Ratiansi,. *Paracelsus and the puritan revolution*. Ambix:. 01 February 1963;Vol 11 ( No 1):24-32.
138. Pancino, C. *Il bambino e l'acqua sporca*. Milano: Angeli; 1984:261 p.
139. Pansieri, G. La nascita della polizia medica. *Storia d'Italia*, Einaudi. 1980(Annali ,3).
140. Piccoli, P. *Dell'importanza, e del modo d'istruir le levatrici*. In Verona: per Agostino Carattoni stampator vescovile; 1763:36 p., °1! c. di tav. ripieg.
141. Paré, A. *L' opera ostetrico-ginecologica di Ambrogio Paré, introduzione, traduzione e note a cura di Vittorio Pedote*. Bologna: Cappelli; 1966.
142. Paré A. *De la génération*. XII ed. Lyon: ; 1664.
143. Pareus, A. *De hominis generazione a jacobo guellemò latinitate donatus Venetiis*; 1597.
144. Parma, A. *La lunga noia della gravidanza. La medicina del settecento di fronte alle donne incinte*. DWF. 1981;17:90-102.
145. Parma, A. *Dalla mammana alla levatrice di stato: La scuola ostetrica milanese (1765-1791)*; 1980.
146. Passerini, L. *Storia degli stabilimenti di beneficenza e di istruzione elementare gratuita della città di Firenze*, Firenze: Le Monnier; 1853.
147. Pazzaglia, M. *Dal rinascimento all'illuminismo*. Vol 3. ed. Bologna: Zanichelli; 1993:XV, 927 p.
148. Pazzini, A. *Bio-bibliografia di storia della chirurgia*. Roma: Cosmopolita; 1948.
149. Pazzini, A. *Il pensiero medico nei secoli*. Nuova ed. riv. e ampliata. Roma: Studium Urbis; 1946:369 p.
150. Ployant, T. *Breve compendio dell'arte ostetrica*. Napoli: Orsino; 1787.
151. Polanyi, K. – Salsano, A. – Vigevani, R. *La grande trasformazione*. Torino: Einaudi; 2000:XXXIV, 383 p.
152. Pomata, G. *Madri illegittime tra ottocento e novecento: Storie cliniche e storie di vita in Parto e maternità momenti della biografia femminile*. «Quaderni Storici», 44 : Mulino; 1980. Accati Luisa.
153. Pomata, G. – Maher, V. – Accati, L. *Parto e maternità, momenti della biografia femminile*. Bologna: Il Mulino; 1980:P. 334-759.
154. Popkin, RH. – Rini, R. – Morini, S. *La storia dello scetticismo*. Milano: Anabasi; 1995:XXII, 359 p.
155. Portal, P. *La pratique des accouchements soutenue d'un gran nombre d'obsevation*. Paris: . Martin; 1685.

156. Pullan, B. *La politica sociale della repubblica di Venezia, 1500-1620*. Roma: Il Veltrio; 1979.
157. Pulz, W. – Morel, M. *Aux origines de l'obstétrique moderne en Allemagne (XVIe-XVIIIe siècle): Accoucheurs contre matrones?* Revue d'histoire moderne et contemporaine. 1996;43(4):593-617.
158. Pundel, J. *L'operation cesarienne*. Accademiques Europeennes ed. Bruxels; 1969.
159. Radcliffe, WA. *The secret instrument*. London: William Heinemann; 1947.
160. Ragonese, P. *Il taglio cesareo oggi*. Atti del congresso nazionale A.O.G.G.I. Roma: Cic Edizioni Internazionali; 1986.
161. Ramazzini, B. *Le malattie degli artefici*. Venezia; 1745.
162. Randi, A. *Annotazioni statistico-sanitarie del comune di Padova per l'anno 1892*. Padova: Fratelli Salmin; 1893.
163. Reinhard, M. – Dupâquier, J. – Armengaud, A. *Storia della popolazione mondiale*. Bari: Laterza; 1971:1040 p.
164. Rizzo, S. *Delle origini e dei progressi dell'arte ostetricia*. Venezia; 1776.
165. Rothkrug, L. *Opposition to Louis 14*. Princeton- Princeton University Press; 1965:XV, 533 p.
166. Rousset, F. *Dialogus apologeticus pro caesareo partu in malevoli cujusdam pseudoprotei diceria*. Parisiis; 1590.
167. Rousset, F. *Traité nouveau de l' hystérotomotokie, ou enfantement caesarien.....* Paris: Denys du Val; 1581.
168. Sanchez Arcas, R. *Personajes mitológicos, legendarios, e historicos indicados como nonatos.*, ACTA GINECOLOGICA. 1950;Vol.I:47-56.
169. Sarfatti Larson, M. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. University of California Press - Berkeley, CA. 1977.
170. Savonarola, M. *Practica maior ioannis michaelis sauonarolae, patauini medici celeberrimi .....*, illustrata. Venetiis: apud Iuntas; 1547:°6!, 300 c.
171. Schmidt, A. *Storia e struttura*. Vol 2. ed. Bari: De Donato; 1973:156 p.
173. Scott, M. – Albertus, M. *De secretis mulierum. Item de virtutibus herbarum lapidum et animalium*. Amstelodami: apud Iodocum Ianssonium; 1648:358, °14! p.
174. Scovil Anderson, W. *Metamorphoses, P. Ovidii Nasonis*. Leipzig, BSB B.G. Teubner; 1982.
175. Semmelweis, IP. *Die aetiologie der begriff und die prophylaxis des kindbettfiebers*. New York: Johnson-Reprint Corporation; 1966:XXXII, VI, 543 p.
176. Sharpe, J. *The midwives book, or the whole art of mid-wifery discovered; directing child bearing in the art of midwifery above thirty years*. Londra; 1671.
177. Shorter, E. *Storia del corpo femminile*. Milano: Feltrinelli; 1988:447 p.
179. Shryock RH. *Storia della medicina nella società moderna*. Milano: ISEDI; 1977:IX, 301 p.
180. Siebold, AV. *Über den gebaermutterrebs*. Berlino: Dummler; 1824.

181. Siebold, EK. *Essai d'une histoire de l'obstetricie*. Paris: Stenheil; 1893.
182. Siegemund, J. *Die chur-brandenburgische hoff-wehe-mutter*. Berlino: ; 1690.
183. Sigault, J R. *Discours sur les avantages de la section de la simphyse : 1778*. Paris: Quillau; 1778.
184. Singer, C. *Breve storia del pensiero scientifico*. Vol 5. ed.Einaudi Torino; 1961:484 p.
185. Siraisi, NG. *Taddeo alderotti and his pupils*. Princeton: Princeton University Press; 1981:XXIII, 461 p.
186. Smellie, W. - Preville, L. *Traite de la theorie et pratique des accouchemens. trad. de l'anglais de M. smellie*, Tome premier, A Paris: chez P. Fr. Didot, le jeune; 1777:2 v.
187. Smith, CT.- Scattoni, G.- Scaramuzzi, G. – Pecchioli, R. *Geografia storica d'Europa*. Bari: Laterza; 1974:XI, 745 p., c. di tav.
188. Sografi, P. *Corso elementare di raccogliere i parti*, Padova; 1788.
189. Gourevitch, D. – Burguière, P. – Malinas, Y. *Soranus, Livre 3*. Paris: *Les belles lettres*; 1994:XXVII, 123 p.
190. Sprengel, K. *Storia prammatica della medicina...* Venetiis: Tipografia Picotte; 1822.
191. Stella, P. – Da Molin, G. *Offensiva rigoristica e comportamento demografico in Italia (1600-1860): Natalità e mortalità infantile*. Salesianum pp. 37-38. 1978;a. XL, n. 1.
192. Stubbe, H. *Campanella revived*. London: Routledge; 1670.
193. Tousijn, W. *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il mulino; 2000:259 p.
194. Tranquillini, G. – Carattoni, A. *Dottrina della comare, ossia breve compendio d'arte ostetricia, composto da giacomo tranquillini*. In Verona: per l'erede di Agostino Carattoni; 1770:XVI, 278, p.
195. Tronconi, J. *Iacobi trunconii ... de custodienda puerorum sanitate. ante partum, in partu, & post partum.....* Florentiae: apud Philippum Iunctam; 1593\165, 286, \101 p.
196. Università degli studi Padova - Settore di letteratura giovanile. *Il bambino e la sua cultura nella Padova dell'Ottocento*. Padova: Comune di Padova; 1981:289 p.
197. Vallisnieri, A. *Istoria della generazione dell'uomo e degli animali se sia da'vermicelli spermatici o dalle uova; con un trattato nel fine della sterilità, e de' suoi rimedj; .....* In Venezia: appresso Gio. Gabbriel Hertz; 1721:\161, 490, \23 p., XIII c. di tav. ripieg.
198. Valota, O. *La levatrice moderna opera necessaria alle comari ed utile a principianti d'ostetricia ed ai reverendi parrochi; .....* Bergamo: dalla Stamperia Locatelli; 1791:XXXVI, 2 , 200 p., IV c. di tav.
199. Berkel van, K. *Isaac Beeckman en de mechanisering van het wereldbeeld*. Amsterdam: Rodopi; 1983.
200. Varni, A. *Storia delle professioni in Italia tra Ottocento e Novecento*. Bologna: Il mulino; 2002:184 p.
201. Venturi, F. *Le origini dell'enciclopedia*. Vol 2. ed. Torino: Einaudi; 1963:161 p.
202. Vergilii Nasonis, P. *Aenedes*. Paris; 1936.

203. Vespa, G. *Dell'arte ostetricia*. Firenze: Bonducci; 1761.
204. Viana, O. *La storia dell'insegnamento ostetrico in Verona*. Fidenza: Tip. Adamo Mattioli; 13 p.
205. Völter, C. *Neu eröffnete hebammen schuhl*. 8th ed. Stuttgart; 1679.
206. Walker, K. *Storia della medicina*. Milano: Aldo Martello editore; 1957:XXIII, 454 p.
207. Webster, C. – Corsi, P. *La grande instaurazione*. Milano: Feltrinelli; 1980:518 p.
208. Witkowski, G. *Les accouchements dans les beaux arts, dans la littérature et au theatre*. Parigi: Steinhel; 1891.
209. Wurtz, F. *Childrens book*. London: Dawson, Gartrude; 1656.
210. Yates, FA. *Lull and Bruno. The religious policy of Giordano Bruno*. London: Rutledge; 1982.
211. Yates, FA. *Giordano Bruno e la tradizione ermetica*. Vol 3. ed. Roma Bari: Laterza; 1992:508 p., c. di tav.
212. Young, JH. *Caesarean section: The history and development of the operation from early times*, London: H.K. Lewis and Co. Ltd; 1944.
213. Zeviani, G.. *Su le numerose morti dei bambini*. Pasion di Prato: SIDeS; 2010:69 p.