

Rosanna Basso

*L'assistenza al parto nella società tradizionale salentina*

Quello che ho imparato studiando le levatrici italiane in età liberale (dall'unità al fascismo), che è poi il periodo cruciale per la definizione contemporanea delle figure di cura e di assistenza al parto, è che il termine omologante di levatrice, utilizzato indiscriminatamente per indicare una figura femminile che attende ai parti, quale che sia l'epoca e l'area geografica tenute in conto, non aiuta a cogliere le differenze di un gruppo sociale che nel tempo, è stato profondamente stratificato al proprio interno: per formazione (esclusivamente empirica o teorico-pratica); per varietà di prestazioni offerte (esclusivamente sanitarie o anche di cura della persona e del contesto familiare); per regime di lavoro (in condotta, in libera professione, nelle maternità); per luogo di prestazione del servizio (piccolissimi borghi montani o rurali, piccole, medie, grandi città); per condizioni di vita e di reddito che, a seconda delle situazioni, le ha rese affini alle classi popolari o alla classe media (Basso 2015).

Tengo a questa annotazione in premessa, perché proprio questa eterogeneità di profili appena evocata, questa segmentazione, ha giocato un ruolo importante nella storia che vado a raccontare e ha segnato in maniera sensibile il corso delle cose.

Le prime informazioni sistematiche e non sporadiche sull'assistenza alla nascita nella provincia meridionale e nel Salento risalgono ai primi dell'Ottocento e in particolare ai ragguagli contenuti ne *La Statistica del Regno di Napoli nel 1811* (Demarco 1988) nella sezione dedicata alla «pubblica salute» e agli «impiegati alla guarigione» (ovvero medici, cerusici, speciali, «ostetrici» e salassatori).

Il quadro complessivo che lì emerge, con le specificazioni che dirò, consta di tre costanti. L'assistenza al parto è un affare esclusivamente femminile («l'ostetricia è in mano alle donne», Demarco 1988, t. I, 102); la qualità del servizio offerto è scadente («le «levatrici [sono] una pernicioso rovina», «micidiali le mammane», Demarco 1988, t. IV, 583 e 594), «le levatrici sono cattive» (Demarco 1988, t. IV, 682); la conoscenza messa in campo è empirica («nessuna ostetrica, se pur sotto tal nome non vogliamo anche classificarsi le inesperte donnette, che mal appena sanno raccogliere un feto, venuto di per se stesso alla luce, legargli il funicolo ombelicale, lavarło e fasciarlo», Demarco 1988, t. I, 101).

Tanto il dichiarato monopolio femminile quanto la loro presenza diffusa («l'ostetricia si esercita in ogni comune dalle donne in numero indeterminato» Demarco 1988, t. I, 102) ci parlano di praticanti con un profilo di mestiere esile e incerto, attribuibile a qualsiasi donna che abbia avuto esperienza del parto: «Le ostetrici sono generalmente imperite: esse non hanno ricevuta alcuna istruzione, esse ne sanno quanto ogni altra donna che ha partorito più volte: molti incidenti avvengono per la loro ignoranza» (Demarco 1988, t. I, 314).

Atteso che l'arte di levare i parti è regola che si eserciti con cieca empiria non v'è, però, chi non colga una differenza tra coloro che praticano in maniera occasionale (come ha potuto fare una persona di famiglia o una vicina di casa all'insegna della solidarietà femminile) e coloro che, avendone fatto un'occupazione abituale, stanno acquisendo un'identità di lavoro più delineata e un riconoscimento sociale più marcato. Oronzo Gabriele Costa per la Terra d'Otranto distingue tra le «ostetrici [...] che fanno tal mestiere da professione», ma sono poche, dalle «donne qualunque che siano» che «suppliscono» in quel ruolo sporadicamente (Demarco 1988, t. II, 187).

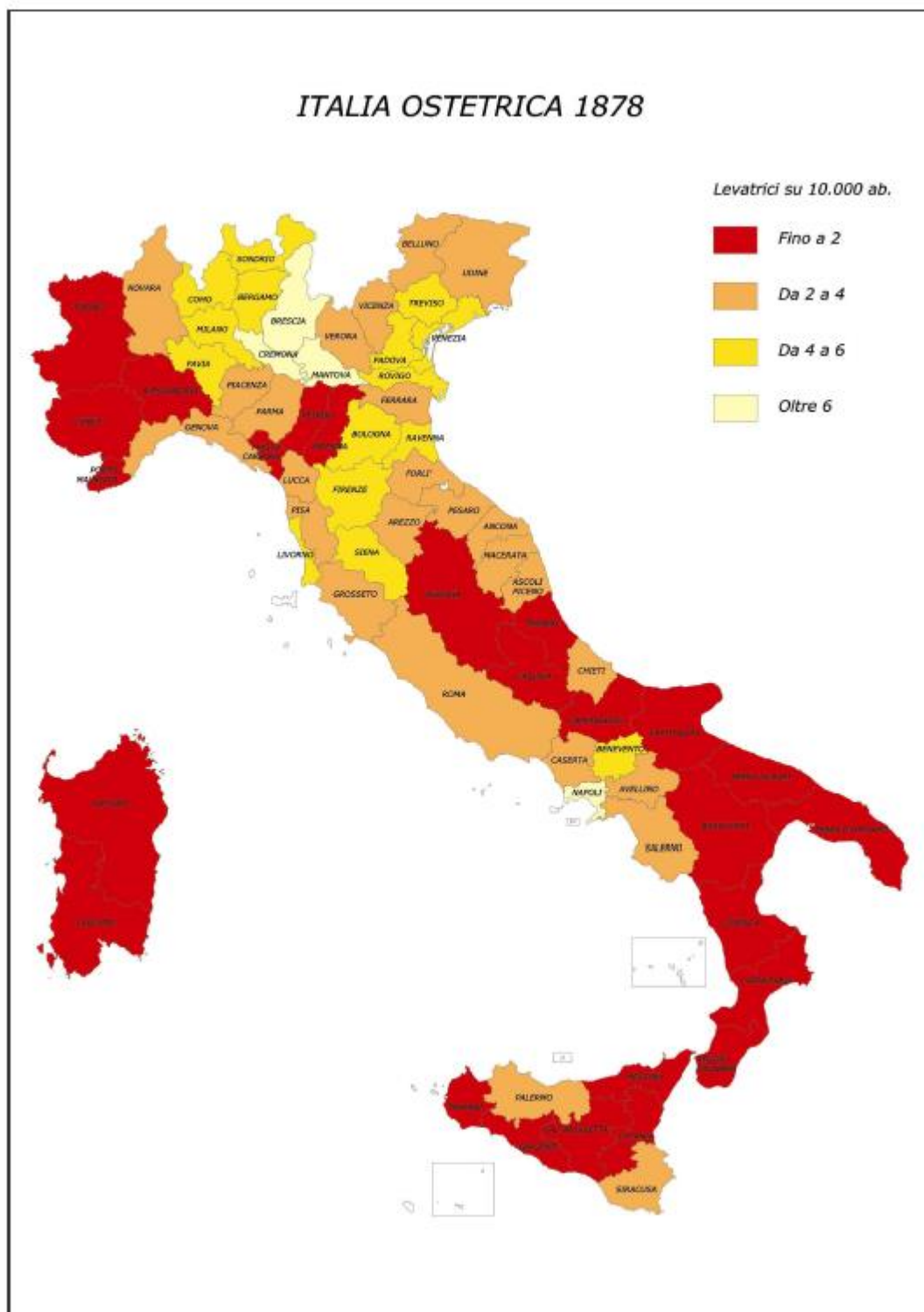
Le prime sono più esperte perché possono attingere a un bagaglio di esperienze più esteso, a motivo dell'età avanzata («le ostetrici sono vecchie, e sono guidate dalla sola

esperienza» (Demarco 1988, t. II, 125); di un precoce apprendistato accanto a una praticante più anziana, comunemente la propria madre («va questo mestiere per eredità da madre in figlia» (Demarco 1988, t. I, 106); di una maggiore dimestichezza con il corpo femminile e le “malattie delle donne” in ragione di un passato di prostituzione («le donne che si destinano a questo mestiere sono per lo più quelle che divengono il tardo rifiuto de’ lupanari» (Demarco 1988, t. I, 552).

La “specializzazione” ha come corollario quello di rendere più ricorrente e più familiare la relazione con i medici e i cerusici. Il terreno naturale di contatto è quello che si è potuto produrre nei casi di parto laborioso. In questo frangente il ricorso al medico è stato invocato, a questa altezza cronologica, non tanto come garanzia di successo, ma come presidio aggiuntivo di cui, potendo, si è occorso di avvalersi («ne’ parti difficili v’è sempre bisogno de’ cerusici», Demarco 1988, t. I, 411).

Le narrazioni lasciano filtrare, però, anche altri avvicinamenti che si sono prodotti lontano dall’urgenza del travaglio ossia quando, per reciproca disponibilità di medici e ostetrici, si è potuto costruire un’occasione di trasferimento di esperienze e di saperi. I relatori parlano di «istruzione» delle ostetrici lasciando intravedere quello che è stato, per le esercenti empiriche della provincia meridionale, l’unico, ammissibile, ancorché isolato, percorso di accesso a frammenti di conoscenze scientifiche: «Non si può dire che le ostetrici mancano alle popolazioni, ma questa classe è assai imperita, dove i medici e cerusici non assumano la cura d’istruirle» (Demarco 1988, t. I, 17).

Nella profondissima e larga provincia meridionale questa possibilità è confinata alla buona volontà di qualche medico, perché non esiste un percorso istituzionale definito: siano scuole ostetriche o cattedre ambulanti di ostetricia. Ciò non vale per la capitale Napoli che offre opportunità di formazione ostetrica per gli studenti e le levatrici del tutto simili a quelle in atto nelle principali città italiane e europee (Guidi 1986 e 1990). Fino alle soglie degli anni ‘80 dell’Ottocento, il quadro della provincia meridionale emerso dalla statistica murattiana rimane invariato. Il riscontro ce lo dà l’inchiesta su *Il personale sanitario in Italia ed all’estero* pubblicata nel 1878 da Enrico Raseri, per conto della Direzione generale della statistica.



*Italia ostetrica 1878.* Rapporto, su base provinciale, tra il numero di levatrici autorizzate e la popolazione residente, per 10.000 abitanti. Cartina elaborata sulla base dei dati presentati in Raseri (1878).

In linea generale, e questo vale anche per le altre categorie di personale sanitario considerate da Enrico Raseri, le città sono più servite di levatrici rispetto ai centri minori, e il

setteentrione più del meridione e delle isole. Fanno eccezione le province di Napoli, Benevento, Palermo e Catania, influenzate da una circostanza, che vale anche per i medici e i farmacisti: la presenza di una sede universitaria tende (con l'unica eccezione del Piemonte) a far aumentare la concentrazione di abilitati all'esercizio della professione.

L'implicito raccontato dalla mappa presentata è che la manifesta carenza di levatrici autorizzate (dunque legalmente riconosciute), è saturata da figure di cura invisibili e sommerse. Quest'ultime non entrano nell'orizzonte dello studio di Raseri, nondimeno i dati raccolti le rivelano. Ne notificano, per contrasto, la presenza e disegnano la mappa della loro disseminazione geografica. Riescono a dimostrare, obliquamente, la vitalità del loro ruolo sociale e, in una parte cospicua della penisola, anche la loro insopprimibilità.

In maniera più ravvicinata, cosa si dice della Terra d'Otranto?

Il rapporto di Enrico Raseri documenta la presenza nella intera provincia di Terra d'Otranto, che conta circa 500.000 abitanti distribuiti in 130 comuni, 69 frazioni e quasi 200 agglomerati sparsi, di appena 46 levatrici: 14 nel circondario di Lecce, 11 in quello di Taranto, 16 in quello di Brindisi, 5 in quello di Gallipoli dove la sproporzione tra popolazione e numero di levatrici autorizzate è la più ampia (120.259 abitanti, dimoranti in 46 comuni e 34 frazioni).

L'asprezza di questi numeri è tale da esimere da qualsiasi commento. È evidente che in questa parte della penisola la scena del parto è agita nella quasi totalità dei comuni da esercenti empiriche che operano scopertamente e, si può aggiungere, per la gran parte, ignare di compiere un'azione illegale. Abbiamo prove irrefutabili che, fino all'epoca di cui si parla, nessuno mai aveva messo in dubbio la liceità del loro lavoro al punto non solo di non essere denunciate alla magistratura per esercizio abusivo, ma di comparire di norma negli elenchi ufficiali degli esercenti le professioni sanitarie nel comune, redatti periodicamente dai sindaci.

Nei prospetti della città di Lecce, per gli anni 1870, 1872, 1878, per esempio, sono listati, per categorie, i nomi di coloro che esercitano nel comune con accanto i titoli autorizzativi: «laurea/patente conseguita il... presso...». Per le levatrici possiamo indifferentemente trovare esercenti legalmente approvate e altre con la dicitura «sprovvista di patente». L'essere in questa seconda posizione non ha pregiudicato l'inclusione nell'elenco (Basso 2015, 47-50).

Insomma per i soggetti inclusi e per gli amministratori comunali si tratta di un'irregolarità lieve, d'ordine formale, non sostanziale. D'altra parte niente era intervenuto per modificare quest'opinione e per frenare il meccanismo di riproduzione sociale delle empiriche. In uno, erano mancate le scuole.



*Distretti universitari e localizzazione delle scuole d'Ostetricia al 1876 . Fonte: Guzzoni degli Ancarani 1902.*

La geografia dei distretti universitari e delle scuole esistenti in Italia è, già vista così, disarmante. La disparità di opportunità di istruzione è evidente: nel nord e in parte del centro la rete delle scuole è abbastanza fitta; nel sud continentale e parte del centro sono in tutto 4 e, come si apprende dalla documentazione coeva e anche posteriore, 3 delle quali,

Bari, Catanzaro e L'Aquila, esistono solo sulla carta: mancano di "materiale clinico", ossia non hanno posti letto per il ricovero delle gravide e delle partorienti per effettuare il tirocinio, e non hanno allieve.

Se si ripercorre, per grandi linee, la storia della scuola barese, che avrebbe dovuto servire per tutta la Puglia e a cui avrebbero dovuto fare capo le aspiranti salentine, si scopre che dal 1858, anno di nomina del prof. Francesco Colapinto a titolare della "scuola" e fino al 1898, la formazione acquisibile dalle sparute allieve (molto spesso una o due l'anno) era solo teorica. Per avere una riprova basta leggere le osservazioni che il titolare dell'insegnamento invia nel 1888 alla Commissione di esperti incaricata dalla Direzione di Sanità di redigere, accanto ad altre incombenze, un rapporto sullo stato delle scuole di ostetrica minore in Italia:

Il municipio di Bari non ha ospedale proprio, - scrive Francesco Colapinto - quello esistente è sostenuto da una confraternita e governato dalle Suore di Carità. In esso si ammettono solo i poveri del paese affetti da malattie comuni, ma non mai le partorienti. Perloché quando nel luglio 1869 il Municipio volle ricoverarne una per la scuola ostetrica dovè fittare una stanza attigua all'Ospedale. Ove la donna si sgravò e curò il puerperio. D'allora in poi il Municipio non ha più risposto alle richieste relative ai letti per le partorienti povere. Laonde per lo insegnamento pratico delle alunne mi sono giovato delle gravide povere che venivano alla mia casa privata. Le quali si prestavano alla osservazione degli organi genitali e dei cambiamenti da questi subiti pel fatto della gravidanza. Per l'assistenza poi al parto le ho affidate ad un'abile levatrice onde farle acquistare il tatto ostetrico e la conoscenza delle pratiche relative alla madre e al neonato. Quindi sulle storie dei parti da essa assistiti ho fatto delle osservazioni e dei commenti connettendo in tal modo l'istruzione pratica alla teorica. Così le alunne si son fatte capaci all'esercizio dell'arte ostetrica. Circa la possibilità di costituire un servizio di policlinica ostetrica per l'istruzione delle levatrici sono d'avviso potersi attuare lo stesso purché il Municipio ottenga dall'amministrazione dell'Ospedale una sala con qualche letto per le partorienti povere ad uso della scuola parti per le levatrici (Basso 2015, 79).

Dal 1898 la formazione delle allieve della scuola barese diventa anche clinica, perché da quell'anno il titolare dell'insegnamento, il prof. Francesco Campione, è anche responsabile del neo creato reparto di maternità dell'ospedale civico. La scuola formalmente fa ancora capo all'Università di Napoli.

Nel 1924 la scuola per levatrici è totalmente regolarizzata perché è nata in quello stesso anno l'Università di Bari e la facoltà di Medicina. La responsabilità della scuola è assegnata al prof. Paolo Gaifani che è anche direttore della clinica ostetrico-ginecologica e del reparto maternità dell'ospedale. Dispone di spazi per i laboratori e un numero sufficiente di letti (Viana e Voza 1933, 17-39). La scuola c'è, ma le allieve latitano. Nel 1924 è ammessa Maria Pasqualina Balena, di Galatina, la prima allieva salentina che, all'epoca, ha 18 anni, è provvista di licenza complementare e ha ottenuto, perché minorenni, l'assenso della madre, vedova, contadina e analfabeta. Non sappiamo di altre iscritte per quell'anno, ma ancora nel 1926 e nel 1927 i numeri sono veramente esigui: nel 1926 si hanno 6 domande e 5 ammissioni; nel 1927, 10 domande e 7 ammissioni (Basso 2017 20-21).

Ho evocato la situazione della scuola barese perché ci dà il senso di come è potuto essere vissuto tra queste contrade un passaggio importante della evoluzione del servizio ostetrico in Italia che si situa cronologicamente tra la fine degli anni '80 e la metà degli anni '90 dell'Ottocento, indicato come il periodo di avvio della cosiddetta «transizione

ostetrica» e della professionalizzazione delle levatrici sospinta dagli sviluppi della scienza e dalle applicazioni sanitarie che quelli avanzamenti consentono.

Dall'applicazione in campo medico delle scoperte della microbiologia, sviluppate tra la metà degli anni Sessanta e i primi anni '80 (pensiamo a Louis Pasteur, Joseph Lister, Robert Koch) deriva l'elaborazione (in alcuni comuni del settentrione d'Italia nel 1887, in tutto il territorio nazionale nel 1890, Basso 2015, 69 ss.) di un protocollo ostetrico che rivoluziona la conduzione del parto e che prescrive, per prevenire e combattere le infezioni puerperali e la mortalità da parto, l'adozione di comportamenti improntati all'asepsi e all'antisepsi.

Si chiede alle levatrici nell'esercizio della propria arte di curare diligentemente l'igiene dei luoghi e delle persone (operatori, puerpere e assistenti) e di provvedere alla disinfezione dei dispositivi sanitari impiegati. Corollario dell'applicazione di queste procedure è, tra l'altro, la messa al bando della sedia da parto e il precetto della posizione litotomica, per facilitare le manovre ostetriche. Per monitorare il decorso della gravidanza, del parto e del puerperio, ora corre l'obbligo di apprendere l'uso dello stetoscopio e del termometro clinico (strumenti perfezionati nel corso dell'Ottocento), quegli stessi strumenti che, insieme ad altri presidi, entrano a buon diritto all'interno di quella «busta ostetrica», che diventa, da questo momento in poi, l'emblema della "levatrice moderna".

Va da sé che le levatrici formate nelle scuole in questi stessi anni non hanno difficoltà o pregiudizi nell'accogliere queste novità (peraltro esplicitamente imposte dal *Regolamento ostetrico* emanato nel 1890 attraverso norme minuziose e stringenti).<sup>22</sup>

Così non è per le levatrici più attempate che devono adeguarsi a norme di cui non comprendono appieno il significato e il valore; e ancor di più non lo è per le esercenti empiriche (siano esse legali o illegali) che dispongono di strumenti culturali ancora più deboli. Va aggiunto, e non è un dettaglio da poco, che queste novità devono essere accolte dalle partorienti e dalle loro famiglie.

Per rendere concreti i termini sociali e culturali di questo transito storico propongo una lettera pubblicata sul «Giornale delle levatrici» nel 1890. Siamo al nord. L'autrice è una un'ex allieva della scuola di Novara. Ho scelto questa testimonianza perché rende efficacemente un'esperienza personale che è stata ricorrentemente rivissuta da tante levatrici "moderne" alle latitudini più diverse. La lettera inizia diligentemente con la descrizione del caso clinico, ma poi vira in altra direzione...

[...] Come di solito (senza voler riferire il caso pratico, nel quale nulla havvi che sia degno di nota) usai l'antisepsi richiesta dal caso. Non l'avessi mai fatto! La mia busta, l'irrigatore, lo stetoscopio, la biancheria di bucato, l'esplorazione praticata con la mano bagnata in una soluzione antisettica invece che nell'olio, il cotone fenicato, l'iodoformio col quale cosparsi le inevitabili abrasioni e la lacerazione della forchetta, tutte queste pratiche insomma produssero nella famiglia della puerpera tale impressione che gli amici e conoscenti tutti, furono informati del modo, per loro strano, col quale io avevo assistito la partoriente. Di questo fu pure informata una delle vecchie levatrici condotte, la quale, non so se

---

22 Le indicazioni giungevano a dettagliare in maniera scrupolosa i gesti che la levatrice doveva compiere. Per esempio, l'art. II prescriveva il controllo dell'assetto della «camera per il parto» (curerà che «la biancheria sia di bucato»), le modalità di realizzazione delle soluzioni antisettiche, la progressione della preparazione personale («dopo essersi rimboccate le maniche dell'abito fino al disopra del gomito, laverà le proprie mani e avambraccia con sapone, curando la pulizia unghie con forbici, lima e spazzola. Vestirà quindi il grembiule e rilaverà mani ed avambraccia con la detta soluzione antisettica: la prima lavatura delle mani durerà complessivamente non meno di cinque minuti». E così continuando.

per ignoranza o malanimo, persuase i genitori della mia curata, che il metodo di assistenza mio lo si usa solo colle partorienti affette da sifilide, e che quindi la donna da me assistita era sifilitica (!!).

Come si può facilmente immaginare io ebbi per queste dicerie seriissime noie e forti dispiaceri. Non valse per giustificare e spiegare la mia condotta che io presentassi il nuovo regolamento per l'assistenza ai parti; mi si rispose che se tale regolamento esistesse, sarebbe stato imposto a tutte le altre levatrici, le quali invece continuano nella vecchia strada come le loro nonne. Era quindi stato un capriccio mio l'aver voluto adoperare le soluzioni antisettiche, l'iodoformio, il cotone fenicato, ecc. ecc., e un tale capriccio era riuscito di grave danno morale alla mia cliente.

[...] desidererei sapere se il *Regolamento per l'assistenza ostetrica* ultimamente emanato è obbligatorio per tutte le levatrici, giacché vedo che non tutte lo mettono in pratica, anzi, come lo dimostra la presente mia, le levatrici che lo seguono scrupolosamente possono andare incontro a seri dispiaceri (Basso 2015, 92).

Questo transito storico, sospinto come abbiamo visto, dalla sfida epocale e poi vinta alla mortalità *post-partum* e concretamente determinato e indotto dalla penetrazione sul territorio delle levatrici moderne, ha avuto una durata variabile subordinata alle situazioni di contesto e all'azione agita dalle figure di cura impegnate, (levatrici in tutta le varietà di sfumature che si è detto, e dei medici – medici chirurghi e chirurghi ostetrici), dalle istituzioni pubbliche (enti comunali e provinciali, prefetture, organi di polizia, magistratura) e dall'opinione pubblica locale con le sue segmentazioni culturali e sociali.

Venendo al Salento, in relazione a questo transito, quali dinamiche vanno osservate – le principali almeno? Il primo versante da tenere in conto è quello segnato dall'inserimento in provincia delle levatrici «moderne» che, stante la situazione delle scuole ostetriche precedentemente tracciata, non può che essere agita – come è stato per la prima generazione delle maestre – da soggette che vengono da fuori e che si sono formate altrove. Questa caratterizzazione (ovvero l'innesto di presenze esterne, piuttosto che il ricambio interno) enfatizza lo iato tra gli stili di assistenza al parto vecchi e nuovi perché si traduce anche in un conflitto tra le esercenti native e le “signore forestiere”.

Ma ciò che distingue le levatrici moderne è molto altro.

Se si traccia la biografia collettiva delle «forestiere» giunte in Salento scopriamo che sono giovani, che hanno conseguito il titolo da poco e che spesso sono al loro primo incarico. Maria Federici ha 23 anni quando raggiunge Monteroni nel 1897. Armida Botticelli da Arpino (Frosinone), ne ha 23, quando nel 1901 accetta l'incarico dal Municipio di Campi salentino. Nel 1904 su quella stessa sede arriva Rosa Zanasi, diploma a Napoli, di 28 anni. Genoveffa Di Perna, da Isernia, diplomata a Napoli, ha 22 anni quando si trasferisce a Soleto nel gennaio 1904. E così via (Basso 2015, 307 ss.). Alcune di loro sono coniugate e si sono trasferite con la famiglia, ma molte, e, col tempo, sempre più frequentemente, sono nubili decise a fermarsi temporaneamente, ma sempre più spesso finiranno per mettere radici.

Altro elemento distintivo è la tipologia dei consumi e il modello sociale a cui le levatrici moderne si ispirano. I loro compensi sono modesti e tuttavia serbano, o cercano di serbare, uno stile di vita borghese e concepiscono e cercano di soddisfare bisogni evoluti (l'istruzione dei figli, per esempio), tengono a inserirsi nei circoli più ragguardevoli e a frequentare le famiglie più benestanti, anche perché sono gli ambienti più reattivi ai nuovi stili di assistenza e perché aprono loro le porte a un desiderato riconoscimento sociale. Sole o meno che siano state, poco o tanto che si siano fermate, certamente la loro infiltrazione



nel territorio non è stata inerte. Le levatrici in condotta sono donne che per svolgere la propria professione e per le condizioni in cui si sono poste per esercitarla, hanno dovuto mostrare di possedere doti di responsabilità, di risolutezza e d'indipendenza che configgevano con le qualità e i comportamenti che la cultura patriarcale dominante in loco esigeva dalle appartenenti al loro sesso. Sono soggettività «nuove» che si relazionano con il mondo in maniera più affrancata – per esempio sono tra le prime donne che andando avanti nel Novecento, prenderanno la patente automobilistica. Insinuano possibilità di modi di essere che gli uomini e le donne del luogo sono spronati, nel bene e nel male, a dialettizzare. Non è stato un processo semplice, automatico e, come è stato per Geffa di Perna, non sempre felice (Basso 2015, 310-312).

Il secondo versante che va tenuto in conto è l'affollata schiera delle empiriche. Intorno all'argomento principe che è impossibile in ampie parti della penisola «riparare alla mancanza di levatrici» in breve tempo, nel 1888 il governo si risolve per una sanatoria che le riguarda. Il provvedimento permette all'empiriche di ottenere un'«autorizzazione all'esercizio», non una «patente d'idoneità» a seguito della frequenza di corso quindicinale e il superamento di un esame facilitato, esclusivamente orale. Il programma del corso è focalizzato su due punti nodali: conoscenza delle norme antisettiche (per «non causare inavvertitamente infezioni puerperali») e la diagnosi di parto a rischio («sapere chiamare a tempo il medico», Basso 2015, 154 ss). In capo a sei anni in base a questo provvedimento vengono concesse almeno 1.362 autorizzazioni che si distribuiscono sulla penisola nel modo che segue. L'area tosco-emiliano-veneta registra un numero residuale di certificazioni (da zero a un massimo di dieci). Al polo opposto ci sono i grandi numeri dell'Aquila, 99 autorizzazioni; Catanzaro, 97; Lecce 82; Caserta 76; Siracusa, 63; e via scendendo secondo una disposizione geografica che copre, con qualche eccezione, larga parte del meridione continentale e insulare (Basso 2015, 180-181).

Chi sono? Se stiamo al gruppo delle autorizzate nella Terra d'Otranto, sappiamo che sono analfabete: molte domande sono siglate con una croce o al più con una firma stentata in calce a un testo scritto da altri. Hanno un'età che si assesta intorno ai cinquanta-sessant'anni, ma ci sono ammissioni di donne di età superiore. Hanno larghi legami con il mondo contadino dal quale direttamente provengono (Basso 2015, 181-203).

È quello stesso ambiente sociale che nel tempo le ha legittimate e che sarà, ancora per molto, il perno della loro reputazione pubblica. Per molti aspetti, questo sostegno è ancora più solido dell'attestazione all'esercizio conseguita con l'esame pratico. Nonostante l'obbligo imposto dal Regolamento ostetrico faticano a modificare, se mai lo vorranno fare, lo stile di assistenza fin lì adottato. Sicché continueranno a competere nel mercato ostetrico locale replicando i gesti della tradizione, al pari di tutte le altre empiriche senza autorizzazione che continuano a esercitare illegalmente.

Il terzo versante che va tenuto in conto è il fronte medico che nella realtà delle cose ha il volto dell'ufficiale sanitario, del medico condotto, del chirurgo ostetrico. Ora perché hanno compiti di controllo e di polizia sanitaria, ora perché direttamente coinvolti nell'intervento ostetrico, sono figure in partita forti; e i loro comportamenti e le loro prese di posizione hanno influentemente orientato il sentimento comune nei confronti di vecchi e nuovi stili di assistenza al parto, e tanto più nei piccoli e piccolissimi comuni. Come si schierano? Faccio solo alcuni esempi. Siamo nel 1895 a Latiano Adele Grisci, levatrice condotta denuncia al Prefetto di Lecce, dopo essersi già rivolta più volte ai carabinieri, le empiriche del luogo che esercitano «in base ad un biglietto che i dottori rilasciano alle suddette persone [...] ogni qual volta ch'esse si recano ad aiutare le sgravanti» (Basso 2015, 315 ss.).

Altro episodio di tolleranza medica. Siamo nel 1898 a Brindisi. A sette giorni dal parto una giovane donna si ammala gravemente di «febbre puerperale». Il medico condotto chiamato per curarla si trova nella necessità di denunciare il caso all'ufficiale sanitario, com'è obbligato a fare. Nella lettera informa il collega che «la donna che ha assistito al parto non è una levatrice autorizzata», ma non omette di aggiungere, che ella «ha usato ed usa tutte le disinfezioni opportune». Un'evidente smentita si ha a poche ore di distanza: all'ufficiale sanitario è reso noto che un'altra donna, assistita dalla medesima levatrice, è in pericolo di vita (Basso 2015, 324).

Ancora. Armida Botticelli, di Arpino (Frosinone), di 23 anni d'età, levatrice condotta di Campi salentino, nel 1903, denuncia, ai carabinieri per esercizio abusivo Emanuela Arsenio, originaria di Brindisi, ma residente in Campi, di 59 anni, analfabeta. L'empirica, scrive Armida Botticelli, «assiste allo sgravio di donne in travaglio con la presenza del medico». «Ciò è assolutamente impossibile – osserva - poiché la legge vuole che quando vi sia un servizio regolare di Ostetricia, in un comune del Regno, non occorre che sia chiamata una donna qualunque per assistere ad una partoriente» (Basso 2015, 324-325).

I medici denunciati ammettono di aver assistito allo sgravio «unitamente all'Arsenio, però questa aveva solo l'incarico di fasciare l'infante». Tanto basterà per assolvere l'empirica già in sede istruttoria. Seguirà una nuova denuncia per un altro caso, stesso esito, e la decisione della Botticelli di dimettersi dall'incarico.

Questi casi andrebbero chiosati, perché inducono a molte riflessioni. Io ne propongo una sola a partire da quest'ultimo argomento portato dai medici di Campi: la donna chiamata ha avuto «solo l'incarico di fasciare l'infante». Al di là di come sono andate effettivamente le cose, l'episodio ci rammenta in maniera concreta una circostanza. Fino a quando il cerusico prima, il medico chirurgo e il chirurgo ostetrico poi, sono stati chiamati presso il domicilio della partoriente esclusivamente nei casi di parti distocici allo scopo di effettuare un intervento strumentale, essi non hanno avuto il dominio della scena del parto. Tutto quanto accadeva prima e dopo il loro intervento non era una faccenda di loro competenza.

In tempi di transizione ostetrica la possibilità di chiamare il medico chirurgo, tanto più il chirurgo ostetrico anche nei casi di travaglio fisiologico, diventa culturalmente e concretamente plausibile tanto da divenire terreno acceso di contesa interprofessionale (Basso 2015, 244-257; Cicatiello 2018). Ma fino a quando il travaglio e il parto è condotto in casa, il medico è condizionato dalla necessità di avere il supporto di una donna esperta abbastanza da espletare tutti quei compiti di assistenza alla partoriente e al neonato che sono connessi, ma non coincidenti, con l'intervento ostetrico. Ha bisogno, per intenderci e semplificando di brutto, di una collaborazione di tipo infermieristico che alle empiriche non dispiacerà assolvere, anzi darà loro modo di continuare a lavorare, anche da sole, avendo lo scudo medico.

Le levatrici moderne, le levatrici professionalizzate, si sottraggono fieramente a questa prospettiva di collocazione all'interno delle occupazioni sanitarie, che prefigura, come si ventilava negli ambienti dell'ostetricia medica già nel 1895, «l'abolizione delle levatrici» perché veniva detto, «non rispondono più alle esigenze della scienza». Che lavorino in condotta o in regime di libera professione esse rivendicano l'utilità e la specificità del proprio ruolo proprio nel confronto con l'intervento medico.

Sanno essere coscienti e zelanti nel rispetto delle norme sanitarie, e insieme sono molto più inclini a rispettare i tempi e i ritmi della natura in un'atmosfera di maggiore empatia con la partoriente. Ricordo per memoria i due moniti che orientavano il loro intervento. Il primo è agire «con le mani non armate». L'espressione rammenta il divieto

formale di usare gli strumenti chirurgici ma anche l'orientamento prevalente ad allontanare per quanto possibile quest'evenienza praticando la manipolazione esterna (i medici erano tendenzialmente di avviso diverso). Il secondo (che è un corollario del primo monito) è non avere fretta: «pazienza, pazienza, pazienza, prudenza, prudenza, prudenza, pazienza, pazienza, pazienza».

È inutile aggiungere che finché la consuetudine del parto in casa non è venuta meno (e da noi questa possibilità è stata ampiamente usata fino alle soglie degli anni '80 del Novecento) questa alternativa di stili è stata offerta alle gestanti.

Con l'ospedalizzazione tutto cambia, ma questa sarà ed è un'altra storia...

#### *Riferimenti bibliografici*

- Basso, Rosanna. 2015. *Levatrici. L'assistenza ostetrica nell'Italia liberale*. Roma. Viella.
- Basso, Rosanna. 2017. "Balena Maria Pasqualina" in *Salentine. Regine. sante. nobili. borghesi e popolane. Una terra. cento storie*. Lecce. Edizioni Grifo. 2017. pp. 20-21.
- Cicatiello, Clotilde. 2018. *Rivalità sulla scena del parto. Medici e levatrici a Napoli tra Ottocento e Novecento*. Milano. Mimesis.
- Demarco, Domenico (a cura di) *Statistica del Regno di Napoli nel 1811*. Roma. Accademia Nazionale dei Lincei. 1988. 4 tt.
- Guidi, Laura. 1986. "Parto e maternità a Napoli: carità e solidarietà spontanee. beneficenza istituzionale (1840-1880)" in *Sanità Scienza e Storia*. 1. pp. 111- 148.
- Guidi, Laura. 1990. "Levatrici ed ostetrici a Napoli: storia di un conflitto tra XVIII e XIX secolo", in Paolo Frascani (a cura di). *Sanità e Società. Abruzzi. Campania. Puglia. Basilicata. Calabria. Secoli XVIII-XIX*. Udine. Casamassima. p 103-130.
- Guzzoni degli Ancarani, Arturo. 1902. *Italia ostetrica*. Catania. S. di Mattei.
- Raseri, Enrico. 1878. "Il personale sanitario in Italia ed all'estero. Studio statistico comparativo". in *Annali di statistica*, Serie 2.2, 171-207.
- Viana, Odorico e Voza, Francesco. 1933. *L'ostetricia e la ginecologia in Italia*. Milano. Società italiana di ostetricia e ginecologia.

