

Tale genere di collaborazione tra più musei non solo stimola la creatività su temi espositivi e multidisciplinari e ribadisce il concetto di 'sistema' museale, ma tende soprattutto a valorizzare la ricchezza di un patrimonio storico nella sua complessità di beni artistici, scientifici e naturalistici.

Correspondence Should be addressed to:

Francesca Vannozzi, Centro Universitario Tutela Valorizzazione Antico Patrimonio Senese, Istituti Biologici, Via A. Moro, S. Miniato, 53100 Siena - I.

Articoli/Articles

EVOLUZIONE STORICA DELLA FORMAZIONE DELL'OSTETRICA

[^]DONATELLA LIPPI, *^oANDREA A. CONTI, *^oGIAN FRANCO GENSINI

[^]Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale,
Università degli Studi di Firenze.

*Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica,
Università degli Studi di Firenze.

^oFondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS Firenze, I.

SUMMARY

THE HISTORICAL EVOLUTION OF OBSTETRICIAN FORMATION

The evaluation of the historical development of obstetrician formation presents features of great modernity. At the end of the XVIII century in Florence the first School of Obstetrics for midwives was established. In the School two relevant complementary formative approaches were privileged: ex cathedra didactics and clinical training. The basic tools for these educational methodologies were constituted by handbook production and by wax anatomical models, the latter a field for the meeting and confrontation of surgeons and craftsmen. The historical-social scenario in which this original evolution took place was Tuscany society in the period of Enlightenment, that promoted the formation of professional figures capable of managing natural childbirth in an autonomous way, while nevertheless placing them under a previously lacking health policy control. In this cultural environment particularly impressive was the influence of J.P. Frank (Austria and Lombardy), but also present were other forces, deriving from other European countries, that aimed at including the formation of obstetricians in a scientific programme, thus excluding an unguarded non-structured training.

Introduzione

Il processo di formazione della figura dell'Ostetrica si attua in Italia nel corso del Settecento, e, in Toscana, fu avviato durante la

Key words: Obstetrics - Wax models - Medical formation - History of Medicine.

Reggenza Lorenese, configurandosi come compiuto progetto politico in epoca Leopoldina, a conferma del rapporto di continuità tra i due periodi, nella volontà di costruire una cultura tecnica professionale nello Stato, nel quadro di quella *Medizinische Polizei*, che tendeva a regolare ogni aspetto della vita del cittadino.

Nuove istanze scientifiche e sociali, infatti, esigevano che l'esperienza tradizionale delle levatrici venisse ad essere strutturata in modo tale da integrare l'opera del medico-chirurgo, attraverso conoscenze acquisite in un percorso ben preciso.

Il primo passo per il perseguimento dell'obiettivo fu la ristrutturazione degli studi nella Scuola di Chirurgia di Santa Maria Nuova, di cui Antonio Cocchi fu il maggiore ispiratore.

Nel 1756, precocemente rispetto agli altri stati italiani, a Firenze fu istituita la cattedra di "Ostetricia ossia di operazioni di parti" e il 9 Settembre 1756 un motuproprio dell'imperatore affidò a Giuseppe Vespa, allievo di A. Cocchi, il ruolo di "maestro di grembiule dello Spedale di S.M. Nuova ed operatore di parti"¹. Dopo questa nomina Vespa venne mandato a Parigi a perfezionarsi alla scuola di Levret per due anni.

Nel 1763 venne costituita la prima scuola per levatrici del Granducato, che trovò una provvisoria accoglienza all'interno del Conservatorio di Orbatello, istituto destinato alle gravide illegittime.

Il luogo prescelto per la scuola introduceva il tema dell'inseparabilità tra didattica e sperimentazione clinica e, visto che a Firenze non esisteva un reparto ospedaliero per partorienti, si guardava al conservatorio di Orbatello come unico luogo, dove si potevano affiancare le lezioni teoriche alla pratica *in vivo*, ricoverando le donne povere per le esercitazioni.

Un problema, quello della sperimentazione clinica, che avrebbe offerto ampia materia di dibattito nel decennio successivo e che la normativa del 1763 eludeva perché subordinava l'ammissione all'esame di matricola, oltre che alle attestazioni di frequenza e profitto scolastico rilasciate dal docente della scuola, alla pratica triennale presso una levatrice anziana abilitata.

La normativa del 1763 era indirizzata a disciplinare l'attività delle "mammane", che si svolgeva al di fuori di qualunque controllo, ma

conteneva anche, nella strutturazione teorica e pratica del nuovo corso di studi, le radici di quel processo evolutivo che avrebbe portato alla progressiva istituzionalizzazione della figura della levatrice.

Quest'ultimo progetto prevedeva un corso di studi triennale che avrebbe dovuto fornire gli ammaestramenti necessari per esercitare l'arte. Le levatrici, per poter poi esercitare la professione, avevano l'obbligo di frequenza nella scuola e di ottenere l'immatricolazione da parte del Collegio Medico².

Molti problemi derivarono, però, dal fatto che esistevano profonde differenze di applicazione tra campagna e città: veniva infatti garantita quasi automaticamente la preparazione delle levatrici già in esercizio, mentre il controllo veniva effettuato sulle donne di Firenze o del territorio vicino, tenute alla frequenza obbligatoria per tre anni. Il corso di studi triennale, infatti, strutturato nella sola capitale del Granducato, venne reso obbligatorio, inevitabilmente, per le sole donne di città, consentendosi a tutte le altre, nell'impossibilità di imporre qualche forma di scolarizzazione nelle province e nelle campagne, un apprendimento informale sotto la guida della levatrice locale che avrebbe certificato, assieme, ma non necessariamente, al chirurgo o al medico locale, la validità del decorso tirocinio. Su questa impossibilità si sarebbe successivamente giocata la credibilità e la riuscita del progetto di riforma.

L'esame di immatricolazione, destinato ad accertare la reale preparazione delle candidate avveniva, di conseguenza, con modalità diverse tra città e campagna, applicando la prassi di verifica al solo avviamento professionale delle donne fiorentine e consentendo, quasi automaticamente, di esercitare a tutte le altre già attive, con esami nei quali la preparazione veniva accertata senza particolare severità e con ampie possibilità di appello³. L'indulgenza nei controlli sul reclutamento era il portato naturale di una scolarizzazione troppo onerosa per donne appartenenti a ceti sostanzialmente poveri⁴.

La legge del 1763, integrata da quella del 1775, non ebbe inizialmente grande successo, a giudicare dai registri di immatricolazione che evidenziano una penosa assenza per quasi dieci anni di levatrici che si presentavano all'esame, esame che avrebbe dovuto rappre-

sentare il naturale epilogo della decorsa esperienza scolastica.

Se il progetto di creare una nuova struttura ospedaliera ad elevata specializzazione da organizzare come centro di studio, sede della didattica e come luogo di assistenza, fallì, l'azione governativa si indirizzò verso il potenziamento della didattica, allargando l'accesso alla scuola ad un maggior numero di allieve e soprattutto creando per entrambi i corsi ostetrici le condizioni indispensabili per praticare la sperimentazione clinica; obiettivo che poteva essere realizzato con la creazione di un reparto ospedaliero che fungesse anche da banco di prova per la nascente chirurgia del settore.

Nel 1775, dopo una lunga fase consultiva e di rielaborazione del progetto, fu attuato un nuovo piano, che aveva come base primaria la didattica. Il piano rappresenta un felice esempio di assistenza sanitaria realizzata in epoca Leopoldina: la scuola delle levatrici fu riunita alla scuola di Santa Maria Nuova e, in tal modo, le allieve, cresciute di dignità e di numero, potevano condividere con il corso per chirurghi ostetrici, anche se svolto con programmi e orari diversi, il docente, le aule, le preparazioni anatomiche e i modelli didattici. Fu istituita inoltre un'innovativa assistenza domiciliare. Contemporaneamente fu attivato nell'Ospedale un piccolo reparto ostetrico di quattro letti per le partorienti legittime e malate, istituzionalizzando così la separazione dalle gravide illegittime, detto Camera di San Filippo, che assolveva il duplice compito di assistenza e di esercitazione clinica. Per quanto riguarda la formazione clinica del nuovo personale ostetrico, questa fu affidata ai chirurghi e alle levatrici di quartiere con una formula ispirata al massimo risparmio: i chirurghi, infatti, dovevano addestrare i quattro specializzandi più anziani della scuola di chirurgia, mentre due levatrici di quartiere dovevano istruire, nel corso del proprio mestiere, ospitandole in casa, due allieve della scuola, provenienti dalla Comunità Rurale.

La riforma leopoldina modifica l'immagine che si aveva dell'ostetricia come un lavoro socialmente poco qualificante, e permette l'utilizzazione delle levatrici nel settore pubblico.

Con la legge del 1763 la levatrice, come figura centrale e unica del parto antico, scomparve e i chirurghi ebbero il compito di istruire, controllare le donne e sostituirle nei parti difficili. Ciò non aveva

però l'intenzione di sostituire le levatrici che, al contrario, venivano istruite proprio con lo scopo di diffondere in tutto il territorio professioniste più qualificate e autorizzate: la levatrice già in esercizio ebbe un ruolo guida nella trasmissione del sapere pratico.

I chirurghi erano riusciti ad emergere in un terreno professionale fino ad allora sconosciuto ed erano riusciti a vincere progressivamente le resistenze della popolazione; questo poté accadere anche grazie all'appoggio politico che essi ebbero, affidando ad essi il controllo della formazione e dell'attività delle levatrici e favorendo le loro ambizioni professionali; tuttavia l'azione governativa aveva riqualificato la professionalità femminile con l'istruzione, con corsi di studio dignitosi, in cui la pratica si alternava alla teoria.

L'Unità

Nonostante gli errori, la discontinuità e le battute di arresto, ormai si era avviato un processo di rottura con il passato, in cui il governo era divenuto consapevole dell'importanza del benessere della popolazione e considerava il parto come momento di fondamentale importanza per l'organizzazione sociale e quindi di competenza dello Stato.

Il processo di professionalizzazione della figura dell'ostetrica si sviluppa, però, in modo particolare, nel nuovo Stato unitario, a seguito della Legge sanitaria del 1888, che, con l'art. 23, richiese un'educazione formale per l'esercizio della professione. Già dalle prime scuole, istituite, come abbiamo visto, prima della legge sanitaria del 1888, il sistema formativo delle levatrici non risultava autonomo, ma controllato dalla scienza medica e legato alla parcellizzazione della politica dei singoli Stati.

La legge sanitaria del 1888, largamente voluta dai medici, con l'Art. 23 porrà fine, almeno sulla carta, all'esercizio abusivo di levatrice, disciplinerà la professione e codificherà diversamente da zona a zona le norme di accesso.

Il 23 febbraio del 1890 fu redatto un regolamento (Regolamento speciale ed istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici nei Comuni del Regno RDL n° 6678) nel quale si ribadivano le scelte

fatte, negli anni precedenti, successivamente confermate nel 1901 (RDL n° 45) e poi anche in quelli più recenti. Con esso in sostanza si riaffermarono:

- l'obbligo, da parte dell'ostetrica, di richiedere l'assistenza del medico, nei parti e nei periodi *post-partum* patologici;
- il suo esonero ad usare strumenti chirurgici, a praticare operazioni manuali di rivolgimento fetale e a prescrivere sostanze medicinali ad azione energica.

Il provvedimento stabiliva anche che la professione poteva essere esercitata solo nel comune dove era stato registrato il diploma. Una normativa che, seppur recante niente di nuovo, a giudicare dal numero delle vicende processuali a carico delle levatrici registrate già a partire dagli anni precedenti dalla sua applicazione, non tardò ad essere rigorosamente osservata⁵.

Il passaggio da un'assistenza tradizionale al parto ad una nuova e caratteristica dell'epoca moderna non fu automatico, ma caratterizzato da un lungo e variegato periodo di transizione, nel quale le ostetriche patentate si contrapposero all'arte di quelle abusive, dotate solo di pratica, intuizione e abilità manuale. È da questo periodo che inizia a diminuire il ricorso alle levatrici libero professionali, che verranno assunte nelle condotte e che, con il titolo di studio formale, lavoreranno a fianco dei medici divenuti nuovi garanti delle donne incinte.

Può essere considerato esempio paradigmatico di questo faticoso processo di uniformità delle regole e della preparazione, la novella *Donna Mimma*, di Luigi Pirandello, pubblicata per i tipi di Bemporad a Firenze, nel 1925.

Nella prospettiva della storia della formazione ostetrica, *Donna Mimma* può essere a buon diritto considerata un documento importante e allusivo nei confronti di quella che era una situazione fortemente consolidata. Da pochi giorni, nel paese del palermitano in cui è ambientata la vicenda, la nascita non è più gestita esclusivamente da Donna Mimma, la comare, ma è *arrivata dal Continente una smorfiosetta di vent'anni, piemontesa... diplomata dalla Regia*

Università di Torino: è la signorina Elvira Mosti, che può vantare il titolo ufficiale di ostetrica. Due personaggi diversi, due formazioni opposte, due modi di proporsi decisamente contrastanti, che sono i simboli di due epoche e di due percorsi formativi: fedele all'importanza del copricapo come forte significante nella cultura e nella società del Meridione, lungo la scia dell'esperienza verista, il fazzoletto azzurro e la naturale verecondia di Donna Mimma si contrappongono al cappello ed alla ostentata sicurezza della giovane Elvira. Con una carta inviata dalla Prefettura di Palermo, a Donna Mimma, sulla base della nuova normativa, viene interdetta la pratica di ostetrica: ha 56 anni e da 35 *compra i bambini a Palermo*, nascondendo dietro alla poesia della fiaba la drammatica realtà della nascita. Donna Mimma va a Palermo *a studiar meèutica, e la sepsi e l'antisepsi, l'estremo cefalico, l'estremo pelvi-podalico...* Quarantadue allieve ostentano le loro certezze, di fronte al Prof. Torresi, incaricato delle nozioni generali di Ostetricia teorica. Inizia in questo modo il percorso di Donna Mimma, che, reputandosi forte della pratica acquisita nel corso degli anni, si scontra con un mondo che le è estraneo:

"la pratica è conoscenza implicita e non può bastare, ma deve diventare esplicita per essere veramente efficace, altrimenti ogni conoscenza non sarà mai sapere".

All'interno della Casa di Maternità, in cui vengono tenute le lezioni di Ostetricia pratica, *la madre meschina, esposta lì...oggetto di studio e di esperimento* viene violata in quella sacralità che Donna Mimma le attribuiva. In realtà, lo sbilanciamento del piano dei rapporti umani si accompagna a una inaspettata difficoltà di gestire la situazione: le competenze acquisite diventano un'arma pericolosa e fanno sì che Donna Mimma, dotata ora *degli occhiali della scienza*, perda la vista naturale. Nel suo pronunciare artificialmente quell'espressione *Ostrètica*, in cui è concentrata la difficoltà della acquisizione delle conoscenze per diventare una mammana civile, Donna Mimma rivela la frattura tra una pratica acquisita con l'esperienza e una dottrina che lei reputa libresca e nella quale finisce per impaludarsi nel momento in cui tenta di tradurla in pratica.

“La scienza che le strappò dal capo il bel fazzoletto di seta celeste e le impose invece codesto cappellaccio nero; la scienza appresa tardi e male; la scienza che le ha tolto la vista e le ha dato gli occhiali; la scienza che le ha imbrogliato tutta l’esperienza di 35 anni”.

In questa presunta constatazione, si raccoglie tutto il dramma di Donna Mimma, ma, al di là dell’aspetto individuale, la sua vicenda può essere letta anche come il dramma implicito di una situazione *in fieri*, in cui vecchio e nuovo convivono faticosamente, nel momento in cui si costruisce una situazione diversa.

Il Novecento

Nel 1906, con il R. D. 466, fu regolata l’assistenza gratuita per i poveri, mediante l’istituto delle condotte, che preciserà in particolare quella ostetrica, per assicurarla a tutte le donne di basso ceto sociale. Le condotte ostetriche hanno esercitato fino all’entrata in vigore della riforma sanitaria del 1978. In questo caso le ostetriche erano dipendenti comunali, alle quali era stato concesso l’esercizio della libera professione, ma avevano l’obbligo di assistere gratuitamente le donne iscritte alle liste dei poveri.

Nel periodo fascista l’esercizio professionale delle ostetriche fu regolato funzionalmente dalla politica demografica del tempo. In questi anni infatti la professione di ostetrica fu inserita tra le “professioni sanitarie ausiliare” col testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. n° 1265/1934 art. 99.

Il principale istituto attraverso il quale il regime produce la sua opera di assistenza alla maternità e all’infanzia è l’OMNI, che nasce nel 1926, nel quale vengono affidati alle ostetriche molti compiti nei consultori ostetrici e in quelli pediatrici. Dopo la seconda guerra mondiale, abbattuto il regime fascista, con il decreto n° 369/1944 venne soppresso il sistema sindacale corporativo e con esso furono sciolti anche i sindacati dei professionisti sanitari. Dopo questo cambiamento le ostetriche avvertirono la necessità di darsi una organizzazione professionale che tutelasse gli interessi della categoria. Infatti dopo la costituzione del collegio di Roma nel 1944, un gruppo di ostetriche, provenienti da varie parti d’Italia, si riunì nella Capitale il 27 maggio 1945 e dette vita ad un *Comitato promotore*

per la costituzione di una Federazione che riorganizzasse le ostetriche nella provincia, recuperando il patrimonio del disciolto sindacato e della corrispondente Cassa di assistenza, e assumesse la rappresentanza della categoria per la soluzione dei numerosi e vari problemi che la riguardavano.

Il 4-5-6 novembre del 1946 ebbe luogo a Roma un congresso nazionale della categoria con la partecipazione delle rappresentanti di 45 Collegi provinciali e l’adesione di altri 23 Collegi impossibilitati ad inviare le proprie rappresentanti, e in sede di consiglio venne eletto il primo Comitato Centrale. La Federazione iniziò così a compiere i primi passi promuovendo e curando l’organizzazione dei Collegi provinciali. Gli anni Settanta in effetti segnano un altro momento di frattura per questa professione, che con l’istituzione dei servizi Sociali entra a far parte di una stessa schiera di operatori sociosanitari prestanti servizio sul territorio.

Con la legge 29 luglio 1975 n° 405 vengono istituiti i consultori familiari. I loro obiettivi principali sono:

- assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e la paternità responsabile e cosciente, e per i problemi della coppia e della famiglia;
- somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia in ordine alla procreazione responsabile;
- tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- divulgazione delle informazioni per prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso.

Le ostetriche riassorbite dalle condotte, dopo l’istituzione della riforma sanitaria del 1978, si ritrovarono ad effettuare un’attività del tutto nuova.

Continuava, però, ad esistere una grande disomogeneità sul piano della formazione tra le diplomate ostetriche: alcune avevano fatto 3 anni di ostetricia; altre 2 anni di infermieristica e 2 anni di ostetricia; altre ancora 3 anni di infermieristica e 2 di ostetricia e infine

“La scienza che le strappò dal capo il bel fazzoletto di seta celeste e le impose invece codesto cappellaccio nero; la scienza appresa tardi e male; la scienza che le ha tolto la vista e le ha dato gli occhiali; la scienza che le ha imbrogliato tutta l’esperienza di 35 anni”.

In questa presunta constatazione, si raccoglie tutto il dramma di Donna Mimma, ma, al di là dell’aspetto individuale, la sua vicenda può essere letta anche come il dramma implicito di una situazione *in fieri*, in cui vecchio e nuovo convivono faticosamente, nel momento in cui si costruisce una situazione diversa.

Il Novecento

Nel 1906, con il R. D. 466, fu regolata l’assistenza gratuita per i poveri, mediante l’istituto delle condotte, che preciserà in particolare quella ostetrica, per assicurarla a tutte le donne di basso ceto sociale. Le condotte ostetriche hanno esercitato fino all’entrata in vigore della riforma sanitaria del 1978. In questo caso le ostetriche erano dipendenti comunali, alle quali era stato concesso l’esercizio della libera professione, ma avevano l’obbligo di assistere gratuitamente le donne iscritte alle liste dei poveri.

Nel periodo fascista l’esercizio professionale delle ostetriche fu regolato funzionalmente dalla politica demografica del tempo. In questi anni infatti la professione di ostetrica fu inserita tra le “professioni sanitarie ausiliare” col testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. n° 1265/1934 art. 99.

Il principale istituto attraverso il quale il regime produce la sua opera di assistenza alla maternità e all’infanzia è l’OMNI, che nasce nel 1926, nel quale vengono affidati alle ostetriche molti compiti nei consultori ostetrici e in quelli pediatrici. Dopo la seconda guerra mondiale, abbattuto il regime fascista, con il decreto n° 369/1944 venne soppresso il sistema sindacale corporativo e con esso furono sciolti anche i sindacati dei professionisti sanitari. Dopo questo cambiamento le ostetriche avvertirono la necessità di darsi una organizzazione professionale che tutelasse gli interessi della categoria. Infatti dopo la costituzione del collegio di Roma nel 1944, un gruppo di ostetriche, provenienti da varie parti d’Italia, si riunì nella Capitale il 27 maggio 1945 e dette vita ad un *Comitato promotore*

per la costituzione di una Federazione che riorganizzasse le ostetriche nella provincia, recuperando il patrimonio del disciolto sindacato e della corrispondente Cassa di assistenza, e assumesse la rappresentanza della categoria per la soluzione dei numerosi e vari problemi che la riguardavano.

Il 4-5-6 novembre del 1946 ebbe luogo a Roma un congresso nazionale della categoria con la partecipazione delle rappresentanti di 45 Collegi provinciali e l’adesione di altri 23 Collegi impossibilitati ad inviare le proprie rappresentanti, e in sede di consiglio venne eletto il primo Comitato Centrale. La Federazione iniziò così a compiere i primi passi promuovendo e curando l’organizzazione dei Collegi provinciali. Gli anni Settanta in effetti segnano un altro momento di frattura per questa professione, che con l’istituzione dei servizi Sociali entra a far parte di una stessa schiera di operatori sociosanitari prestanti servizio sul territorio.

Con la legge 29 luglio 1975 n° 405 vengono istituiti i consultori familiari. I loro obiettivi principali sono:

- assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e la paternità responsabile e cosciente, e per i problemi della coppia e della famiglia;
- somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia in ordine alla procreazione responsabile;
- tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- divulgazione delle informazioni per prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso.

Le ostetriche riassorbite dalle condotte, dopo l’istituzione della riforma sanitaria del 1978, si ritrovarono ad effettuare un’attività del tutto nuova.

Continuava, però, ad esistere una grande disomogeneità sul piano della formazione tra le diplomate ostetriche: alcune avevano fatto 3 anni di ostetricia; altre 2 anni di infermieristica e 2 anni di ostetricia; altre ancora 3 anni di infermieristica e 2 di ostetricia e infine

quelle provenienti dalla Facoltà di Medicina solo 2 anni di ostetricia, senza diploma infermieristico.

Si pensò, per questo motivo, di trasformare le scuole di ostetricia in scuole universitarie con fini speciali, con elevazione della scuola di base ed eliminazione della scuola infermieristica propedeutica. Questa situazione di precarietà formativa e di un esercizio della professione caratterizzato spesso da mansioni improprie e dalla sovrapposizione di ruoli è rimasta irrisolta fino al 1996, anno in cui sono stati attivati i corsi di Diploma Universitario.

Obiettivo didattico del Corso era quello di

“far conseguire allo studente le basi per la conoscenza dei fenomeni biologici e patologici legati alla fisiopatologia della riproduzione umana e dello sviluppo embrionale, alla fisiopatologia della gravidanza e del parto; lo studente deve acquisire nozioni fondamentali di Anatomia, Fisiologia e Patologia: deve saper svolgere tutte le funzioni proprie dell'ostetrica/o secondo gli standard definiti dall'Unione Europea, saper collaborare con lo specialista nelle urgenze e nelle emergenze, valutare in autonomia le situazioni di patologia sia della gravidanza che del parto ed essere capace di assistere il neonato”⁶.

L'attività didattica comprendeva, in proporzione diversa nei vari corsi integrati (insegnamenti teorico – scientifici): lezioni formali, attività teorico – pratiche, auto – apprendimento guidato e attività tutoriale.

Dal 2002, invece, il Corso di Diploma è stato convertito in Corso di Laurea Triennale: i laureati in scienze ostetriche sono qualificati come operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D. M. Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n° 740 e successive modificazioni e integrazioni,

“assistono e consigliano la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conducono e portano a termine parti eutocici con propria responsabilità e prestano assistenza al neonato; pianificano, gestiscono autonomamente e valutano l'intervento assistenziale ostetrico – ginecologico in ambito fisiologico e preventivo e, in collaborazione con lo specialista, in ambito patologico; partecipano ad interventi di educazione sanitaria sessuale sia nell'ambito della famiglia che della comunità, alla preparazione psicoprofilattica del parto, alla preparazione e all'assistenza ad interventi ostetrico – ginecologici, alla prevenzione e

all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile e della mammella, ai programmi di assistenza materna e neonatale; gestiscono, nel rispetto dell'etica professionale, come membri dell'equipe sanitaria, gli interventi assistenziali di loro competenza, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; sono in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca. Il laureato deve inoltre sapere utilizzare almeno una lingua dell'Unione Europea”⁷.

Il Corso di Laurea in Scienze Ostetriche (C. L. S. O.) è rivolto al raggiungimento di competenze e abilità professionali attraverso un percorso formativo che prevede attività didattiche teoriche e pratiche, finalizzate al raggiungimento delle abilità cognitive e pratiche indispensabili a garantire al Laureato padronanza e spendibilità delle competenze professionali acquisite, nel contesto lavorativo, in regime libero professionale o di dipendenza in strutture sanitarie private, o pubbliche del comparto materno – infantile (D. M. Sanità 24 Aprile 2000). Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, che deve essere adeguata sia qualitativamente che quantitativamente allo standard formativo specificamente disposto dalla direttiva dell'Unione Europea 80/154/CEE e successive modificazioni.

Il processo di formazione è, comunque, ancora *in fieri*. Dal prossimo Anno Accademico 2004/05 verranno attivati per la prima volta i Corsi di Laurea Specialistica delle professioni sanitarie, ed in particolare il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, rivolto alle ostetriche/i, alle infermiere/i ed alle infermiere/i pediatriche/i.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. PANCINO C., *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*. Milano, Franco Angeli, 1984, pp. 102-103.
2. BELLINAZZI A., *La Scuola di ostetricia a Firenze tra Settecento e Ottocento*. Bollettino di Demografia Storica 1999; 30/31: 36-37. IDEM, *Scienza e sanità pubblica. La professione ostetrica a Firenze nella seconda metà del Settecento*. In: AA.VV., *La politica della scienza italiana e stati italiani nel tardo '800*. Firenze, Olschki, 1996, pp. 101-121.
3. La documentazione del Collegio medico consente di verificare una discreta tolleranza nel concedere l'immatricolazione a donne con attestati irregolari o, comunque, non in possesso dei requisiti previsti dalla legge, che venivano ammesse in virtù di rescritto granducale. Analogamente alle levatrici risultate non idonee all'esame di matricola (in numero esiguo) era consentito di ripresentarsi anche nella tornata di esami successiva. BMUF, Collegio medico, Libro di approvazioni.
4. BELLINAZZI A., *Scienza e sanità pubblica... op.cit.* nota 2 pag. 108.
5. LONNI A., *I professionisti della salute*. Milano, Franco Angeli, 1994.
6. Art. 1, Modalità di iscrizione, del corso di Diploma Universitario.
7. Art. 7, Obiettivi formativi, Profilo professionale, Regolamento didattico del corso di Laurea in Scienze Ostetriche (I° livello).

Correspondence should be addressed to:

Donatella Lippi, Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze, Viale Morgagni 85, 50134 Firenze, e-mail: donatella.lippi@unifi.it

Articoli/Articles

RATIO COMPENDIARIA E VISUALIZZAZIONE DEL
SAPERE NELL'ANATOMIA DEL CINQUECENTO

MASSIMO RINALDI
Università degli Studi di Padova, I

SUMMARY

RATIO COMPENDIARIA AND VISUALIZATION OF
KNOWLEDGE IN ANATOMICAL LITERATURE (XVI CENT.)

Medical teaching in Modern Age uses anatomical diagrams to implement the discussion on specific topics so to make scientific knowledge comprehensible and remindable. Anatomical diagrams are conceived as reading protocols and as didactic instruments to be used both in a private context of study or during public lessons.

1. Dove le parole disgelano

Paradossale e irriverente, giusta la cifra stilistica dell'autore, il cinquantacinquesimo capitolo del quarto libro dei *Fatti e detti eroici del buon Pantagruete*, si apre sulla comica rievocazione di un celebre passo plutarco:

“Navigavamo al largo, tutti seduti a banchetto, spiluccando e rosicchiano tra chiacchiere e facezie, quando Pantagruete si alzò e ristette in piedi esplorando il mare all'intorno. Poi disse: - Compagni, non sentite? A me sembra di udire voci nell'aria, sì, come di gente che parla. Ma non vedo nessuno. Ascoltate”¹.

A destare l'attenzione del protagonista e a gettare nel panico l'improbabile manipolo di cialtroni avvinazzati che gli fa da equipaggio

Key Words: Anatomy – XVI Century – Didactics of medicine