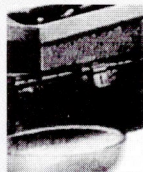


In nome





della madre

GIOVANNA VICARELLI

Il difficile cammino delle donne medico in Italia tra costruzione della professione e nascita della pediatria

Professionalizzazione e conflitto

Con il termine professione si fa riferimento, all'interno della sociologia¹, a una forma particolare di controllo occupazionale che si caratterizza per la presenza di cinque fattori-chiave, dalla cui diversa combinazione è lecito attendersi percorsi professionali specifici. I fattori-chiave, che costituiscono in certa misura la sintesi più recente² di un dibattito molto intenso e controverso che si è snodato per quasi tutto il Novecento, si rapportano alla capacità di alcuni gruppi occupazionali di acquisire un proprio *corpus* di conoscenze tecnico-scientifiche, di fondare scuole universitarie, di creare proprie associazioni di rappresentanza, di ottenere protezione dallo stato, di creare un proprio e specifico mercato dei servizi professionali. La professionalizzazione, di conseguenza, è il progetto che i membri di una occupazione mettono in atto per raggiungere il controllo esclusivo del mercato dei servizi che essi sono in grado di offrire³, così che il quinto fattore-chiave è in sostanza l'o-

¹ Per una analisi del rapporto tra storia e sociologia nel campo delle professioni si veda Maria Malatesta *Uno sguardo agli studi sulle professioni*, in Angelo Varni (a cura di), *Storia delle professioni in Italia tra Ottocento e Novecento*, il Mulino, 2002, p. 21; Marco Santoro, *Professioni, stato, modernità, storia e teoria sociale*, «Annali di storia moderna e contemporanea», n.31, 1997; Id, *Professione: origini e trasformazione di un termine e di una idea*, in Danilo Zardin (a cura di), *Corpi, "Fraternità", mestieri nella storia della società europea*, Bulzoni, 1998; Willem Tousijn (a cura di), *Sociologia delle professioni*, il Mulino, 1979 e Giovanna Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, il Mulino, 1997.

² Si veda in specifico W. Tousijn, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, 2000; Guido Giarelli, *Il malesere della medicina. Un confronto internazionale*, Angeli, 2003.

³ Cfr. Magali Sarfatti Larson, *The rise of professionalism. A sociological analysis*, Berkeley, 1979.



biettivo-guida di ogni percorso professionale. Ne deriva che ogni percorso di professionalizzazione impone la definizione di confini con altri saperi e con altre gruppi occupazionali, così che la storia di ogni professione può intendersi come una storia di conflitti sulla natura e sull'ampiezza della base cognitiva di riferimento e sul segmento di mercato che si intende dominare.

Nel caso specifico della professione medica l'avvio della professionalizzazione viene fatto coincidere con le prime forme di sviluppo del capitalismo industriale e la nascita dello stato sociale⁴. È in questa fase che i medici perdono la stretta connessione con il sistema tradizionale di stratificazione sociale (l'accesso allo strato superiore della medicina era riservato solo alla classe dominante) e il legame con una istruzione liberale basata sulla cultura classica, per acquisire le caratteristiche di un gruppo che fonda le proprie competenze su un sapere tecnico-scientifico appreso in ambito universitario e che offre servizi "utili" entro un ordine pubblico che tende a farsi garante della salute dei propri cittadini nella veste, soprattutto, di soldati per la difesa dello stato nazionale e di operai per il suo sviluppo economico. In Italia, la prima fase della professionalizzazione medica viene collocata nel periodo che comprende gli ultimi due decenni dell'Ottocento e i primi anni del Novecento fino alla guerra mondiale, poiché i medici, in questo arco di tempo, sono in grado di creare un mercato dei propri servizi professionali e di acquisirne il controllo⁵ creando le premesse per quella posizione di dominanza che eserciteranno appieno tra gli anni venti e gli anni sessanta del nuovo secolo⁶.

Volendo, dunque, addentrarci nell'analisi delle radici storiche della professione medica italiana, proveremo a sottolineare alcuni fattori che fanno riferimento ai confini che i medici pongono nei riguardi del sapere tradizionale di cura e in particolare a quello relativo all'accudimento e alla crescita dei bambini. Le possibilità, infatti, che i medici individuano nel campo della

⁴ Si veda Giovanna Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, cit., p. 101 e W. Tousijn, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, cit.

⁵ Si vedano in particolare Franco Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, in *Storia d'Italia, Annali* n.7, Einaudi, 1984; Paolo Frascani, *Il medico nell'Ottocento*, «Studi Storici», luglio-settembre, 1982; Id., *I medici dall'Unità al Fascismo*, in *Storia d'Italia. Annali* n.10, *I professionisti*, a cura di Maria Malatesta, Einaudi, 1996; Maria L. Betri, e Alessandro Pastore (a cura di), *L'arte di guarire. Aspetti della professione medica tra medioevo ed età contemporanea*, Clueb, 1993, p. 207; Marco Soresina., *I medici tra Stato e Società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Angeli, 1998; Id., *I medici italiani nel XIX secolo fino alla costituzione degli ordini*, in A. Varni (a cura di), *Storia delle professioni in Italia*, cit., p. 61; Id., *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'unità alla repubblica*, Le Monnier, 2003.

⁶ Per una presentazione del dibattito più recente sulle professioni si veda W. Tousijn, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, cit.; G. Vicarelli, (a cura di), *Il paradigma perduto? Medici nel duemila*, Angeli, 2004.

medicina preventiva e dell'igiene li spingono, tra Ottocento e Novecento, ad intervenire in modo autorevole e con comprovata evidenza dei fatti nel campo dell'allattamento, dello svezzamento, dello sviluppo degli infanti, le cui attività risultavano fino ad allora di stretta competenza del mondo femminile nella sua accezione più ampia. In questo contesto, mentre la pediatria si impone come scienza, si laureano le prime donne medico che sembrano condividere una condizione di forte ambiguità poiché il loro ruolo non è assimilabile a quello delle componenti femminili del sapere tradizionale, ma neppure riconosciuto come simile a quello dei nuovi strati medici in ascesa. Il conflitto che ne deriva è più simbolico che sostanziale, tuttavia esso trae origine dalle nuove conoscenze che i medici rivendicano e che definiscono la posizione che essi intendono offrire alla componente femminile nella nuova strutturazione professionale che va delineandosi.

La prima configurazione dello "stato sociale" e della professione medica

Nella storia della medicina, gli ultimi venticinque anni dell'Ottocento segnano un periodo di grandi acquisizioni tecnico-scientifiche capaci di trasformare radicalmente le cure e l'organizzazione sanitaria⁷. A partire dagli anni ottanta, prende forma una nuova figura di medico capace per la prima volta di formulare diagnosi esatte grazie ad una rivoluzione del pensiero scientifico che deriva sia dal saper collegare i cambiamenti osservati nei tessuti dopo il decesso con i sintomi soggettivi ed oggettivi del paziente in vita, sia nel vedere, per la prima volta, in qual modo ciò che nell'ambiente ci minaccia produce la malattia⁸.

Simili concezioni si fanno strada molto lentamente nel vasto mondo dei medici condotti, dei medici di famiglia e sulla stampa medica italiana. L'Italia, infatti, segue, almeno inizialmente, un percorso tortuoso poiché le innovazioni in ambito medico vengono introdotte da professori e medici stranieri chiamati ad insegnare dopo l'unificazione, la qual cosa contribuisce non poco a deformare, o comunque ostacolare, l'acquisizione delle nuove conoscenze da parte di un ambiente professionale spesso

⁷ Per le fonti e la bibliografia relativa a questo paragrafo mi permetto di rimandare a G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, cit., pp. 51-124.

⁸ Si veda Edward Shorter, *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and patients*, Simon and Schuster, 1985 (trad. it. *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Feltrinelli, 1985).



stagnante, più legato alle glorie del passato che aperto alle innovazioni del presente⁹.

Il codice sanitario, approvato nel dicembre del 1888, crea nel paese una nuova struttura del servizio di igiene e sanità pubblica, estende e potenzia il ruolo del medico condotto, assicura l'assistenza e la cura gratuita ai poveri da parte dei comuni singoli o associati, ma non l'assistenza farmaceutica come molti deplorano. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, i municipi dovrebbero provvedere solo agli iscritti nelle liste comunali di povertà che, tuttavia, spesso risultano molto ampie sia per esigenze "clientelari" sia per scelte politiche. Gli assistiti sono curati dal medico condotto e dall'ostetrica condotta e possono essere ricoverati negli Istituti di Beneficenza ospedalieri che, a seguito della legge n. 6972 del 17 luglio 1890, si finanziano attraverso le rendite patrimoniali, la beneficenza, la carità, i contributi dei comuni e i pagamenti delle società di mutuo soccorso per le cure dei loro soci.

Se Crispi pone, dunque, le basi di una forma di tutela pubblica per fasce crescenti di popolazione, i medici ottengono non solo il riconoscimento delle loro funzioni sociali, ma anche indubbie garanzie e sicurezze del lavoro. Restano, tuttavia, aperte a fine secolo due questioni fondamentali e cioè l'istituzione degli Ordini professionali e la questione dell'insegnamento universitario. Nel primo caso il problema verrà risolto nel 1910 con la legge 455 mentre, nel secondo caso, le norme del 1890, pur rimandando il problema ad altra legislazione, stabiliranno l'obbligo per gli ospedali delle città sedi di facoltà medico-chirurgiche di fornire i locali, i malati e i cadaveri occorrenti per gli insegnamenti clinici.

Nasce una scienza: la pediatria

Come ha scritto Frascani, nei tre decenni antecedenti la prima guerra mondiale le sorti della medicina italiana vanno misurate in rapporto ai tempi e alla qualità dei processi di medicalizzazione e di risanamento urbano del paese, ma anche in relazione alle istituzioni e agli assetti sanitari tradizionali che le leggi crispine non riescono a cancellare del tutto¹⁰. È, dunque, in questo

⁹ Per una analisi approfondita di questo tema si veda Giorgio Cosmacini, *Medici nella storia*, Laterza, 1996; Anna L. Forti Messina, *Il sapere e la clinica. La formazione professionale del medico nell'Italia unita*, Angeli, 1998.

¹⁰ Cfr. P. Frascani, *I medici dall'Unità al fascismo*, in *Storia d'Italia. Annali* n.10, *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, cit., p.162

scenario di mutamento e di continuità che va posto l'interesse della medicina per le problematiche di salute dei bambini. Un interesse professionale che trova spiegazione, da un lato, nella utopia igienista degli anni ottanta (ma ancor prima nelle politiche assistenziali di alcuni stati italiani pre-unitari), dall'altro, nelle nuove condizioni di salute che si delineano a fine secolo, quando la diminuzione della mortalità infantile¹¹ e le migliorate modalità di vita familiare attirano l'attenzione dei medici sulle fasi di sviluppo dell'infanzia e sulle relative cure materne. Da questo punto di vista, a fine Ottocento, non solo viene elaborata una nuova concezione teorica del bambino e della sua cura¹², ma una specialità medica (la pediatria) trova legittimazione in ambito accademico e nei luoghi istituzionali adibiti ai bambini abbandonati o in difficoltà (brefotrofi, dispensari e asili, istituti pubblici e privati di assistenza) che vengono trasformati¹³ a seguito delle leggi crispine, mentre nuove strutture sono appositamente create.

Gli igienisti ed i primi pediatri trovano un terreno di intesa nella comune fiducia verso la prevenzione e l'educazione sanitaria che avrebbero potuto migliorare i tassi di mortalità infantile e quella "degenerazione della razza" imputabile più alle condizioni di vita e di lavoro delle madri che a fattori genetici e fisiologici. Non a caso nel primo congresso pediatrico, tenutosi a Roma tra il 16 e il 19 ottobre 1890, il prof. Giuseppe Somma può affermare che «lo scopo della Pediatria è la rigenerazione del popolo italiano, la protezione fisica e morale della nostra cara infanzia». Uno scopo che risulta confermato al secondo congresso pediatrico (ottobre 1892), quando si propone all'assemblea l'idea di costituire una "Società nazionale per la protezione dell'Infanzia" con cinque obiettivi precisi: promuovere e diffondere i principi e la pratica dell'igiene infantile, sorvegliare l'allattamento mercenario dei bambini, estendere e migliorare gli istituti sanitari infantili, «inveiligare e all'uopo soccorrere, con una oculata beneficenza, l'infanzia minacciata dall'estrema indigenza, impedire che i maltrattamenti versino i bambini a balatico ne possano mettere in pericolo la sanità».

Se in un primo momento la pediatria viene esercitata all'interno dei luoghi

¹¹ Il tasso di mortalità infantile passa da 231 morti per 1.000 nati vivi del 1861-65 a 195 del 1881-85 e a 168 del 1896-1900.

¹² Si vedano in particolare Franco Cambi e Simonetta Ulivieri, *Storia dell'infanzia*, La Nuova Italia, 1988; Egle Becchi e Dominique Julia (a cura di), *Storia dell'infanzia*, vol.II *Dal Settecento a oggi*, Laterza, 1996.

¹³ Cfr. Paola Guarnieri, *E la mamma dov'è? Medici, donne e bambini nell'Ottocento*, «Bollettino di Demografia Storica», n. 30-31, 1999, pp. 95-118.



adibiti ai minori abbandonati, assai rapidamente essa riesce a trasformare questi stessi luoghi in termini sanitari più che assistenziali con la concorrenza di molteplici fattori tra cui le politiche pubbliche che impongono la chiusura delle ruote per scoraggiare l'abbandono dei neonati, le norme sulla tutela delle lavoratrici madri, i tentativi di prevenzione del contagio della sifilide. Come ricorda Patrizia Guarnieri, a Firenze, con la riforma avviata nell'88 dal prefetto e dal nuovo consiglio di amministrazione, al brefotrofo dello Spedale degli Innocenti si imprime una «precisa organizzazione sanitaria sotto la direzione responsabile di un medico, separata da quella amministrativa»¹⁴. Nello stesso periodo iniziano a sorgere i primi ospedali specializzati per bambini, quali l'ospedale di Cremona nel 1881, di Firenze nel 1891 di Milano nel 1897, strutture che vanno a sommarsi a quelle già esistenti a Torino e a Roma dove, rispettivamente nel 1843 e nel 1869, erano stati istituiti ospedali appositi grazie alla beneficenza privata. La classe medica è però ben consapevole che gli istituti ospedalieri, pur necessari, non sono adeguati né a far fronte ai problemi igienico-sanitari delle famiglie povere da cui in larga parte nascono le patologie dell'infanzia, né ad offrire alla nuova specialità medica modalità dirette ed esaurienti di studio e di pratica clinica. Da qui l'esigenza di dar vita a forme di assistenza ambulatoriale, diffuse nei quartieri più poveri e malsani, dove poter intervenire a più ampio raggio e con forme non solo curative, ma possibilmente preventive e assistenziali. Quando, infatti, le modalità della nascita e dell'allattamento mercenario o artificiale non procurano la morte del bambino, intervengono le crisi gastrointestinali nel periodo estivo e le affezioni broncopolmonari in inverno, tanto che nel trentennio 1860-1890, il 47% dei morti in Italia conta meno di cinque anni e il 37% dei nati muore prima di aver raggiunto il quinto anno di età¹⁵.

In questa prospettiva la pediatria italiana assume inizialmente un ruolo sociale più che scientifico poiché ammette che sono proprio le più banali malattie dell'infanzia a causare la grande mortalità infantile e che quindi il pediatra a queste deve rivolgersi. Non va tuttavia negato che il rinnovamento degli ospedali, seppure poco profondo e diffuso omogeneamente sul territorio, avviene grazie all'applicazione negli Istituti di beneficenza delle acquisizioni scientifiche della batteriologia e fisiopatologia e che, sul piano organizzativo, ciò significa avviare una divisione del lavoro sconosciuta alla clinica della prima metà dell'Ottocento.

¹⁴ P. Guarnieri, *E la mamma dov'è? Medici, donne e bambini nell'Ottocento*, cit., p. 98.

¹⁵ Cfr. Mirko D. Grmek, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. III. *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, 1998.

Nel complesso, si tratta di un'opera di fondazione di una specialità medica che nasce dall'azione di medici, scienziati, politici che spesso nella loro molteplicità di ruoli istituzionali e di relazioni professionali riescono a coniugare risorse pubbliche e private in un progetto di modernizzazione del paese che in pochi anni cambia le forme di tutela e di cura dell'infanzia. Nel 1905, infatti, al V congresso della Società italiana di pediatria si possono contare circa 200 iscritti, organizzati in sezioni e congressi regionali. L'insegnamento è presente in 12 atenei e i due mensili della specialità, «Pediatria» e «Rivista clinica pediatrica», quest'ultima fondata da Concetti e da Mya, quasi non bastano «ad assorbire la crescente produzione scientifica italiana che anche su parametri internazionali appare di buon livello»¹⁶.

A fine Ottocento migliorano, comunque, le condizioni economiche di alcune fasce della popolazione italiana (quelle della borghesia attiva, delle classi medie, di alcune aristocrazie operaie) e ad esse corrisponde un numero crescente di genitori che sono in grado di destinare una quota del proprio bilancio familiare alle cure mediche ed igieniche dei propri figli, aprendo un mercato, ancora ristretto ma in espansione, dei servizi medico-pediatrici. È a queste famiglie che si rivolgono gli opuscoli sull'igiene infantile che i pediatri divulgano come *La salute del bambino* del medico milanese Raimondo Guaita che riesce a vendere quattromila copie nell'ultimo decennio del secolo, mentre altre opere, come quella del dottor Valvassori-Peroni, pubblicata la prima volta a fine Ottocento, vede ben diciannove ristampe «diventando uno dei manuali più diffusi nel paese»¹⁷.

Contemporaneamente si crea una offerta di prodotti specifici per l'infanzia che apre un mercato farmaceutico per i «bambini sani»¹⁸. Mentre, infatti, lo slancio industriale allontana i luoghi del lavoro dalla residenza familiare e materializza la separazione tra la sfera produttiva e riproduttiva, la diminuzione della natalità che si verifica a partire dalla fine del secolo sconvolge le funzioni educative e il rapporto madre-figlio, influenzando fortemente anche nella sua cura. L'allattamento artificiale, ad esempio, dopo che i principi pasteuriani permettono di eliminare i microbi e le infezioni, ha come ulteriore conseguenza quella di introdurre i medici nel rapporto donna-lattante

¹⁶ Cfr. P. Guarnieri, *Piccoli, poveri e malati. Gli ambulatori per l'infanzia a Roma nell'età liberale*, cit., p. 228.

¹⁷ Antonia Pasi, *Quando il pediatra si avvicinò alla culla*, «Quaderni ACP», n.6, 1999, p. 3.

¹⁸ Si vedano Vittorio A. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Laterza, 1992; Id., *Bambini e farmaci: terapie e alimenti medicinali per l'Infanzia tra Ottocento e Novecento*, in V. A. Sironi e F. Taccone, *I bambini e la cura. Storia dell'ospedale dei bambini di Milano*, Laterza, 1997, pp. 58-80



così che essi possono finalmente studiare la quantità e la qualità di latte del quale un bambino ha bisogno alle diverse età o la migliore ripartizione dei suoi pasti al punto che «ben presto essi sono in grado di dirigere e di consigliare madri e nutrici»¹⁹. I pediatri, inoltre, sono i primi ad utilizzare i nuovi prodotti della farmacoterapia individuandone le quantità e gli effetti collaterali nei piccoli, mentre proprio contro la difterite, malattia tipica dell'infanzia, la medicina trova con la sieroterapia la sua prima vera vittoria.

I nuovi confini di genere

Nel rivolgersi ad un pubblico più vasto di quello della propria categoria medica, i pediatri di fine secolo dimostrano la necessità di proporre e promuovere il loro ruolo di «esperti», sottolineando, in termini spesso incisivi, gli errori e le colpe di chi si prende cura tradizionalmente dei bambini. Si tratta di un universo variegato, largamente femminile, in cui rientrano madri, nonne, amiche, vicine di casa, ma anche balie, comari e «donnucole» il cui sapere deriva dall'aver tirato su i propri figli o di averli visti morire.

Le madri, in particolare, sono colpevolizzate ed esaltate al tempo stesso, in quanto causa di incuria, ignoranza, pregiudizi nocivi alla salute dei bambini, ma anche strumenti duttili di innovazione e miglioramento se solo decidono di accogliere ed applicare i consigli medici. In questa direzione il repertorio degli atteggiamenti materni è abbastanza preciso prevedendo, a seconda della classe sociale di appartenenza, le «genitrici per libidine» cioè sostanzialmente indifferenti alla crescita di figli dati a balia, le «mammine affettuose troppo ansiose» per la sorte dei loro bambini, le «madri misere ed ignoranti» per troppo lavoro o pessime condizioni di vita²⁰. Se alle mamme, quindi, i pediatri si rivolgono («Mamma e bambino» è il nome della rivista che Guaita pubblica a Milano) è per renderle consapevoli dei loro errori e della necessità di assumerli come maestri di vita, capaci di indirizzarle verso le nuove mete della scienza medica.

Nel novero delle donne condannate e stigmatizzate per i loro errori un posto privilegiato hanno le balie che ancor più delle madri sono responsabili, agli occhi dei medici, del benessere o meno dei bambini. Qui il tono è spesso

¹⁹ Yvonne Knibiehler, *Corpi e cuori in Storia delle donne in occidente, L'Ottocento*, a cura di Arlette Farge e Michelle Perrot, Laterza, 1991, p. 333.

²⁰ Cfr. P. Guarnieri, *E la mamma dov'è?*, cit., pp.106-107.

drammatico poiché si intende colpire il baliatico e possibilmente stroncarlo, favorendo sia l'allattamento diretto, sia l'allattamento artificiale. Tuttavia, spesso le balie sono essenziali come negli orfanotrofi e nei ricoveri per abbandonati ed allora esse vanno selezionate, curate, educate affinché divengano attente esecutrici dei provvedimenti medici. Salari migliori, vitto, controlli sanitari per la sifilide e tutte le precauzioni igieniche per l'allattamento, corredano l'uso delle balie negli istituti per trovatelli, attorno ai quali medici e amministratori dibattono per renderne più sicura la sopravvivenza. Non a caso a Firenze si decide, a fine secolo, di offrire alle madri povere ed illegittime la possibilità di seguire i propri figli tramite un sussidio annuo, mentre a Milano, già intorno alla metà degli anni sessanta, più di 400 bambini risultano ospitati nei ricoveri per «lattanti e slattati» e oltre 600 famiglie con madri lavoratrici ottengono l'assistenza a domicilio²¹.

Oltre a prendersela con le «donnaicciuole [...] quelle tante che hanno libero campo di esercitare da dottoresse» imponendo impiastri e superstizioni²² i pediatri entrano in competizione con i medici condotti e con i medici liberisercanti che ritengono di sapere curare un bambino perché lo considerano un uomo in miniatura. Valorizzando lo specifico infantile come un mondo qualitativamente diverso da quello adulto e i fanciulli come una categoria speciale di individui bisognosa di forme appropriate di cura, i pediatri rendono professionalmente significativa l'idea di infanzia che nasce nell'Umanesimo e nel Rinascimento e che trova nell'*Emilio* di Rousseau (1762) il suo più autentico manifesto²³. L'infanzia non va considerata – essi scrivono e commentano – come un periodo di transizione, una fase incompiuta e non definita della vita umana, priva, ad esempio, di corporeità come nella tradizione medioevale, ma un problema sociale, culturale e scientifico che abbisogna di strumenti e conoscenze adeguate.

Più complesso è il legame che i pediatri hanno con i medici ostetrici che diventano, a seconda dei casi, alleati o antagonisti. Quando, infatti, l'ostetrica pretende di mantenere il proprio raggio di azione oltre che sulle donne anche sui bambini essa diventa oggetto di strali e di accese discussioni, quan-

²¹ Paola Zocchi, *L'assistenza all'infanzia in Lombardia e a Milano nell'Ottocento e nel primo Novecento* in V. A. Sironi e F. Taccone, *I bambini e la cura*, cit., pp. 31-57

²² P. Guarnieri, *E la mamma dov'è?*, cit., p. 109.

²³ Si vedano in particolare M.D. Grmek, *Storia del pensiero medico occidentale*, Vol.III. cit., pp. 3-63; Pierluigi Bruschettoni e Alessandra Tucciarone De Bellis, *L'idea di infanzia nell'Umanesimo, nel Rinascimento e nell'epoca postmoderna. La scoperta e la scomparsa di paradigma infanzia*, «Rivista italiana di pediatria», n. 27, 2001, pp. 300-302.



do, al contrario, essa chiama al suo fianco il medico pediatra riconoscendogli una competenza specifica diviene scienza benemerita e innovativa.

In quest'ultima prospettiva, si pone ad esempio l'esperienza fiorentina degli Aiuti materni che vengono istituiti nel marzo 1900 dal direttore della Clinica ostetrica e della maternità Ernesto Pestolazza. Questi ritiene che alle madri povere debbano essere garantiti non solo sussidi economici, spesso usati per sostenere l'intera famiglia, ma buoni pasto, latte sterilizzato in boccette, forme regolari di controllo del bambino fino al primo anno di vita²⁴. Controlli che vengono riproposti negli Asili materni destinati ad accogliere le madri illegittime al quinto mese di gravidanza fino al compimento del primo anno di età del nascituro. I pediatri sono direttamente coinvolti in entrambi i tipi di strutture, e anzi, quando Pestolazza lascerà Firenze per trasferirsi a Roma, saranno Giuseppe Mya e Umberto Fianchetti della Clinica pediatrica ad assumere la direzione degli Aiuti.

D'altro canto è in questo periodo che inizia a diminuire in Italia il ricorso alle levatrici libero professionali che sempre più numerose entrano negli ospedali per lavorare accanto ai medici. La formalizzazione del titolo di studio sancita definitivamente dalla legge del 1888, contribuisce, infatti, a potenziare le scuole di ostetricia e ad aumentare le iscritte che da 398 del 1880 passano a 1.549 del 1900²⁵. Con le levatrici si ripropone, per i pediatri, lo stesso rapporto di antagonismo e cooperazione: tanto più esse pretendono di restare legate a pratiche di cura tradizionali tanto più vengono negate nella loro professionalità che, al contrario, appare valorizzata se inserita in un contesto di precise e gerarchiche distinzioni di ruoli e di competenze²⁶. Questa nuova articolazione professionale è ben espressa dal primo regolamento dell'Ospedale dei bambini di Milano, secondo cui il servizio di assistenza degli ammalati è affidato a un corpo di infermiere e suore diretto da una superiora scelta e incaricata dal consiglio di amministrazione. Accanto all'intervento sanitario del medico è fondamentale – si dice – «il gesto affettuoso dell'infermiera, amata provvisoria mamma e la recita della preghiera che la suora, nuova acquisita nonna, compie quotidianamente al letto del malatino. Medici, infermiere e suore sono così i referenti ai quali le mamme affidano con fiducia le loro piccole creatu-

²⁴ Cfr. P. Guarnieri, *I progenitori dei consultori a Firenze all'inizio del '900*, «Quaderni ACP», n. 7, 2000, pp. 1-4.

²⁵ Cfr. Simonetta Soldani, *Lo stato e il lavoro delle donne nell'Italia liberale*, «Passato e Presente», n. 24, 1990, p. 39.

²⁶ Cfr. Claudia Pancino, *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (sec. XVI-XIX)*, Angeli, 1984, p. 254.

re e dentro l'ospedale queste tre figure formano i vertici di un triangolo entro il quale il piccolo infermo si sente protetto»²⁷

Tuttavia, le donne possono diventare alleate dei medici anche su altri piani, come ad esempio quello della beneficenza, che costituisce una modalità non necessariamente tradizionale di tutela e cura dei bambini. Sono alcune patronesse romane a rendere, ad esempio, possibile l'apertura del dispensario per bambini poveri all'Esquilino che viene sollecitato e quindi diretto dal medico Ferreri. In modo volontaristico si sostiene l'Associazione soccorso e lavoro di Celli, mentre lo stesso Guaita, alla ricerca di fondi per creare a Milano un ospedale per i bambini scrive «All'uopo rivolgamoci alla donna, a questo angelo tutelare della famiglia e della società, sempre pronta [...] a distendere le sue ali protettrici per soccorrere i nostri poveri bambini malati; alla donna simbolo vivente di pietà e d'amore per cui non v'hanno ostacoli quando è la voce del sofferente che implora il beneficio»²⁸. Ciò nonostante nessuna donna compare nel comitato promotore e nel consiglio direttivo del costituendo ospedale, anche se Guaita ottiene il crescente interesse del mondo religioso, politico culturale della città, tra cui quello specifico di Ada Negri che dimostra una particolare sintonia di pensiero e di azione con il futuro direttore dell'Ospedale dei bambini.

D'altro canto il decennio 1870-80 è quello che vede per la prima volta l'ingresso di sempre più numerose donne della media e piccola borghesia negli uffici²⁹, nelle scuole ma più in generale nella vita politica e sociale del paese. Si tratta di una nuova generazione che, pur non avendo partecipato ai moti quarantotteschi, ne hanno sentito l'eco nella partecipazione di padri, fratelli e amici più anziani e che si trovano coinvolte nelle ultime iniziative mazziniane e garibaldine assistendo, più tardi, alla crescita del movimento operaio e socialista. Donne che si trovano riunite nelle prime associazioni femminili quando il movimento per l'emancipazione della donna si pone in rapporto dialettico con le aree più aperte del movimento operaio e della sinistra storica al governo, ottenendo indubbi successi culturali e

²⁷ V.A. Sironi e F. Taccone, *I bambini e la cura*, cit., p. 94.

²⁸ *Ivi*, p.89.

²⁹ Si vedano Alessandra Pescarolo, *Il lavoro e le risorse delle donne*, in Anna Bravo, Margherita Pelaja, A. Pescarolo e Lucietta Scaraffia (a cura di), *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Laterza, 200; Teresa Bertilotti, *Ruolo materno e opportunità professionali: la carriera di direttrice didattica*, relazione presentata al Terzo Congresso della Società italiana delle storiche, Firenze 14-16 novembre, panel: *Percorsi di studio e opportunità professionale tra Otto e Novecento*, 2003

³⁰ Si vedano Franca Pieroni Bortolotti, *Socialismo e questione femminile in Italia, 1892-1922*, Mazzotta, 1974; Giovanna Biadene, *Solidarietà e amicizia: il gruppo de "La Donna" (1870-1880)*, "Nuova DWF", n. 10-11, 1979, pp. 48-79.



giuridici³⁰. Donne che non disdegnano di essere attive in campo sociale partecipando alla costituzione delle società di mutuo soccorso o realizzando iniziative filantropiche tra cui quelle che i pediatri individuano e sostengono. Le maestre, in particolare, divengono, rispetto alle conoscenze mediche, strumenti diretti di educazione femminile, laddove possono con i loro insegnamenti veicolare le idee sull'igiene, ma anche sui comportamenti più corretti che le giovanette debbono tenere per divenire madri sane e attente alle nuove regole del sapere scientifico.

Medici e medichesse

In realtà le opportunità di lavoro qualificato all'infuori dell'insegnamento elementare sono davvero poche per le donne e restano tali per tutto il secolo, nonostante le prime iscrizioni ai licei e all'università e il controverso accesso alle professioni liberali³¹. In medicina, stando alle statistiche compilate da Vittorio Ravà all'inizio del secolo, dal 1877 al 1900 si laureano solo 24 giovani delle quali cinque a Torino, quattro a Napoli e quattro a Bologna, tre a Roma e tre a Firenze, due a Pavia e una per ciascuna sede a Genova, Palermo e Pisa.³²

Il fatto che le prime laureate in Italia siano due donne medico (Ernestina Paper a Firenze nel 1877 e, nell'anno seguente, Maria Farnè Velleda a Torino) ha giustificato l'idea presso alcuni storici che l'iscrizione a medicina rappresenti «il varco attraverso il quale le donne riescono a entrare nell'università»³³ essendo minori le resistenze al loro impiego soprattutto nella cura dei bambini e delle donne. Eppure lo stesso Ravà scrive che se anche «all'esercizio della medicina per parte delle donne non si oppongono ostacoli legali; tuttavia le medichesse non sono molte e fino a questi ultimi anni l'opera loro non fu molto richiesta dalle famiglie, neppure per quanto riguarda la ginecologia e la pediatria. Non ve n'è poi alcuna che tenga un posto eminente fra gli esercenti l'arte salutare»³⁴. Mentre, infatti, nessuna donna par-

³¹ Cfr. Francesca Tacchi, *Dall'esclusione all'inclusione. Il lungo cammino delle laureate in giurisprudenza*, «Società e Storia», n.103, 2004, pp. 97-126.

³² Cfr. V. Ravà, *Le laureate in Italia*, «Bollettino Ufficiale della P.I.», 2 aprile, 1902, pp. 634-654; G. Vicarelli, *Verrà un giorno... La difficile legittimazione professionale delle donne medico*, relazione presentata al Terzo Congresso della Società italiana delle storiche, Panel: *Percorsi di studio e opportunità professionale tra Otto e Novecento*, Firenze 14-16 novembre, 2003.

³³ Marino Raicich, *Liceo, Università, professioni: un percorso difficile*, in S. Soldani (a cura di), *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminili nell'Italia dell'Ottocento*, Angeli, 1989, p. 155.

³⁴ Cfr. V. Ravà, *Le laureate in Italia*, cit., p. 640

tecipa alla fondazione della Società italiana di pediatria³⁵ e nessuna donna ottiene un insegnamento ufficiale nelle facoltà mediche³⁶, le notizie che si posseggono sulle laureate in medicina dimostrano le molte difficoltà che esse incontrano nella pratica professionale anche quando presentano doti e caratteristiche fuori dalla norma.

Di Ernestina Paper, nata Purità Manasse, sappiamo che è di Odessa e che fa parte di quella borghesia commerciale di ceppo ebraico arricchitasi con i traffici del Mar Nero e che giunge in Italia a metà del secolo. La Paper risulta rassegnata al secondo anno della facoltà medica di Pisa nell'a.a. 1872-73, mentre è presumibile che abbia iniziato gli studi medici a Zurigo. In Italia segue per tre anni i corsi di Pisa poi passa, per fare pratica clinica, a Firenze, come prescrive l'ordinamento toscano vigente fino al 1884. Si laurea nel 1877 e già l'anno successivo pubblica sulla terza pagina della «Nazione» una finestra riquadrata in cui informa il pubblico di aver aperto uno studio medico dove cura le malattie delle donne e dei bambini. Più tardi, però, nel 1886 ottiene un incarico pubblico, non nell'ambito della cura dell'infanzia così ampiamente sviluppata a Firenze, ma dalla Direzione compartimentale dei telegrafi della città che le affida il compito di fare le visite mediche al personale dipendente di sesso femminile.

Anche Aldina Francolini si laurea a Firenze e racconta in una serie di articoli pubblicati nel 1903 sulla rivista «Cordelia» la sua personale esperienza. In queste pagine di memoria ella si presenta piena di entusiasmo, di voglia di imparare e di curare il prossimo. Ricorda di aver superato con successo gli studi ginnasiali e liceali in classi maschili, di aver frequentato la facoltà di medicina con impegno e con buoni risultati, di aver superato il trauma più forte, la lezione di anatomia, ma di essersi scontrata dopo la laurea con una realtà «fatta di una contrarietà strana, una riluttanza inesplicabile, una sfiducia direi quasi insultante da parte della gente, dovendo constatare che i colleghi irritati per questa innovazione sorta dalla necessità delle cose, ponevano ostacoli in tutti i modi, con tutti i mezzi più o meno leali e dignitosi»³⁷

La stessa Anna Kuliscioff racconta di come cada nel vuoto la sua richiesta di fare pratica clinica presso l'Ospedale maggiore di Milano, nonostante l'appoggio autorevole di Filippo Turati e di sua madre e nonostante l'intervento che sul consiglio di amministrazione dell'Ospedale fa per lei Tullo Massarani. Le viene rispo-

³⁵ Cfr. Società italiana di pediatria (a cura di), *Annuario*, SIP, 2003

³⁶ Cfr. Ariane Droscher, *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915). Repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e del personale scientifico*, Clueb, 2002.

³⁷ M. Raicich, *Liceo, Università, professioni: un percorso difficile*, cit., p. 157.



sto cortesemente che in linea di principio non ci sono obiezioni da fare; una volta che si permette alle donne di prendere il dottorato alla facoltà medica, non si può impedire loro di entrare negli ospedali, tuttavia ci sono altre ragioni d'ordine e di responsabilità che lasciano preferire una risposta negativa, forse anche per «ciarlii e attriti» non ben identificati. D'altro canto, quando a Milano viene inaugurato nel 1899, seppure in una sede provvisoria, l'ospedale dei bambini sono 12, tutti uomini, i medici incaricati tra cui il direttore e primario Raimondo Guaita, coadiuvato da un aiuto e due assistenti, il primario chirurgo Egidio Secchi con due aiuti e due assistenti, un medico ispettore e due medici annessi³⁸.

Maria Montessori, all'Università di Roma sostiene l'esame di clinica pediatrica con il professor Concetti e frequenta assiduamente l'ambulatorio pediatrico di Trastevere creato da Celli, tuttavia decide di laurearsi in psichiatria con una scelta ritenuta da molti inusuale³⁹. A conferma della eccentricità del comportamento della Montessori, Vittore Ravà cade nell'errore di segnalare come assistente alla clinica ostetrica (e non psichiatrica) e che l'evento fosse insolito è dimostrato dal fatto che, nel documento ufficiale firmato dal rettore per la nomina ad assistente volontaria, per ben due volte ci si riferisca al dott. Mario Montessori.

In altri termini, mentre la medicina preventiva e sociale avanza e mentre i medici ottengono dallo stato una rinnovata attenzione entro il costituendo sistema pubblico di protezione sanitaria, la loro sfera di influenza sulle malattie dei bambini cresce, così che appare assai dubbio ritenere che essi intendano lasciare tale ambito occupazionale alle donne medico che sul finire del secolo vengono già individuate come possibili concorrenti⁴⁰. Scrive a tal proposito un medico condotto di un lago lombardo, rispondendo alla domanda se le donne possono essere medichesse, pubblicata su «L'Illustrazione popolare» del 1896: «Ahimé! Noi, medici e chirurghi siamo già troppi. E per crescere il numero, si vorrebbe introdurre fra noi anche medichesse e delle chirurghe... Con questi bei guadagni!...» («Illustrazione popolare», 1896). Nella stessa rubrica si sostiene che «è superfluo che vi siano donne medichesse pei bambini. Perché credere che i medici-uomini non abbiano coi bambini la pazienza e delicatezza che avrebbero i medici-donna....? Quasi tutti i medici non hanno bambini propri? Non hanno quindi viscere paterne?»

³⁸ V. A. Sironi e F. Taccone, *I bambini e la cura*, cit., p. 99.

³⁹ Cfr. Valeria P. Babini e Luisa Lama, *Una donna nuova. Il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Angeli, 2003, p.45.

⁴⁰ Si veda Marzio Barbagli, *Disoccupazione intellettuale e sistema scolastico in Italia*, il Mulino, 1975.

Né, d'altro canto, i caratteri di eccezionalità delle prime laureate in medicina paiono sostenere l'ipotesi di un loro adeguamento a funzioni sanitarie rivolte solo alle donne e ai bambini, quanto piuttosto scelte di grande innovazione come quella effettuata da Giuseppina Cattani che, laureatasi a Bologna nel 1884, nel 1886 prende parte ad un concorso per professore ordinario di patologia generale che, nonostante il buon punteggio, non riesce a vincere. Ottiene comunque la libera docenza di patologia generale per il periodo 1890-1905 e nel 1890 è citata nella comunicazione del prof. Guido Tizzoni dal titolo *Sulla resistenza del virus tetanico agli agenti chimici e fisici* con la quale viene presentata al mondo accademico la scoperta del siero antitetanico.

Sembra, dunque, possibile ipotizzare che la contemporaneità dei tre processi che sono stati qui individuati, la prima fase di professionalizzazione medica, la nascita della pediatria come scienza, il presentarsi delle prime laureate in medicina non abbia dato spazio a percorsi già settorializzati per le donne medico. Le acquisizioni scientifiche del secondo Ottocento aprono ai medici strade che, includendo l'assistenza sanitaria e il benessere dei minori, permettono loro di forgiare nuovi servizi e un nuovo profilo occupazionale che essi intendono rivendicare contro forme di cura femminili ritenute inefficaci o addirittura dannose. In questa costruzione di una nuova identità professionale alle donne, in quanto balie, ostetriche, infermiere o suore, viene attribuito un ruolo tecnico, ma subordinato rispetto ad una figura medica che si propone con l'autorevolezza dei rinnovati studi universitari, ma anche e soprattutto con tratti precipuamente maschili

Sarà, dunque, solo in una seconda fase di sviluppo professionale che alle laureate in medicina, cresciute di numero e presenti con una certa continuità nei congressi di pediatria⁴¹, viene riconosciuto uno spazio occupazionale in quest'ambito specialistico che troverà, peraltro, nelle scoperte farmacologiche di metà secolo, forme curative più ampie, perdendo la caratterizzazione sociale e preventiva che ne aveva segnato l'esordio. Il ruolo così riservato alle laureate trova testimonianza all'inizio degli anni cinquanta quando i dati Istat sull'istruzione dimostrano che le specializzate in pediatria sono il 46,5% del totale delle specializzate, contro una percentuale di uomini di appena il 12,4%⁴².

Tuttavia, su come tale cambiamento sia avvenuto, su quali conquiste scientifi-

⁴¹ Nel 1912 viene citata tra gli assistenti volontari di Concetti la dott.ssa Teresita Sandesky, una delle più spiccate personalità del movimento femminile romano, mentre dalle foto dei congressi pediatrici del primo Novecento appaiono in evidenza dalle 7 alle 10 donne.

⁴² Cfr. Giovanna Vicarelli, *Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia*, «Polis» n.1, 2003, pp. 93-124.



che e da quali conflitti sia scaturito ben poco si conosce, così come resta largamente inesplorata la storia delle donne medico italiane che, cresciute progressivamente di numero nella seconda metà del Novecento, sono giunte a rappresentare nel 2001 il 29% dei medici del Servizio sanitario nazionale, il 33% degli iscritti alla Federazione nazionale degli ordini⁴³, più della metà degli immatricolati e laureati in medicina⁴⁴. In altri termini, mentre si profila, anche per l'Italia come per larga parte dei paesi europei, una prossima dominanza femminile nella professione medica, le radici sociali e culturali di tale fenomeno sono ancora da indagare.

DIETRO LE QUINTE

Z

Perché una sociologa studia i medici di fine Ottocento? Questa domanda che i colleghi spesso hanno evitato di pormi attribuendo i miei interessi di ricerca ad una eccentricità (intesa come fuori dal centro) abbastanza dichiarata, trova risposta nelle modalità di avvio del mio percorso universitario. Nel 1980 venne commissionata alla Facoltà di Economia di Ancona, dove ero da poco arrivata, una ricerca sulla attuazione della riforma sanitaria che era stata varata nel 1978 e che sarebbe entrata pienamente in vigore nel 1981. Lo scopo dell'indagine, diretta da Massimo Paci, era quello di verificare i limiti e le possibilità di attuazione del nuovo assetto sanitario in un contesto territoriale specifico (Ancona e i comuni limitrofi), così da individuarne e possibilmente rimuovere i fattori di ostacolo. In quell'ambito mi venne affidato il compito di condurre una analisi sui medici di medicina generale che, nell'ottica della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, avrebbero dovuto essere gli artefici del cambiamento istituzionale in quanto nuovo punto cardine dell'accesso universalistico ai servizi sanitari pubblici. Dovendo, dunque, avviare una ricerca empirica sugli orientamenti e i comportamenti degli ex medici condotti e mutualisti, divenuti con la riforma medici di base, mi trovai a cercare materiale biblio-

⁴³ Al 31 ottobre 2003 i medici e gli odontoiatri iscritti alla Fnoom sono 361.974 di cui 117.038 donne.

⁴⁴ Cfr. G. Vicarelli, *Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia*, cit., p. 93; Micol Bronzini, *Quanti sono i medici in Italia? Una difficile risposta*, in G. Vicarelli (a cura di), *Il paradigma perduto?*, cit., p. 145.

grafico che mi permettesse di focalizzare le problematiche relative, da un lato, allo svolgersi della politica sanitaria italiana e, dall'altro, al mutare della professione medica. Le due dimensioni di analisi si trovavano, infatti, strettamente interconnesse in quella contingenza storica e assieme andavano, a mio parere, indagate. Scoprii, tuttavia, che entrambe le linee di ricerca risultavano largamente inesplorate nel nostro paese, quasi che un *horror vacui* avesse impedito a molti studiosi l'avvio di una ricerca tanto vasta quanto complessa. È da questa prima evidenza, dunque, che è iniziato il mio percorso di studio che procedendo su versanti di intersezione tra una problematica e l'altra, mi ha condotto spesso ad entrare in territori disciplinari diversi da quelli strettamente sociologici (di politica pubblica, ad esempio, di economia applicata) e a scoprire soprattutto la storia come dimensione fondante di ogni analisi sociale. Da questo punto di vista, mentre sono andata lentamente scoprendo la grande lezione di Norbert Elias, ho cercato di assumere un approccio di analisi che, ponendosi al di là della scissione metodologica di individuo e società, azione e struttura, trovasse nella prospettiva diacronica e processuale una modalità di analisi sufficientemente illuminante sul piano della comprensione sociale. Evidentemente non sono affatto sicura di aver trovato le chiavi di lettura adeguate e spesso ho fatto fatica a riconoscere la mia identità disciplinare ed accademica, tuttavia, oggi, posso condividere e far mie alcune delle affermazioni di Giuseppe Galasso quando scrive: «A me interessava soltanto stabilire, nella maniera più immediata possibile, – al di fuori di ogni accademica o formale preoccupazione disciplinare e, ancor più, al di fuori di ogni preoccupazione di scuola e relativa ortodossia – una direzione di pensiero che [...] voleva affermare non tanto la centralità quanto la universalità della dimensione storica nella realtà dell'uomo e del mondo quale l'uomo lo conosce e con il quale vive in un rapporto simbiotico, perpetuo, ineludibile di reciproca azione e reazione» (Giuseppe Galasso, *Nient'altro che storia*, il Mulino, 2000, p. 10). Una passione di ricerca, dunque, che mentre cerca di riannodare qualche filo di conoscenza sul passato prova a porre qualche interrogativo sul presente (si veda il volume che ho curato per i tipi della Angeli *Il paradigma perduto? Medici nel duemila*, Milano 2004). Un presente che mi sembra assomigli sempre più a Leonia, una delle *Città invisibili* di Calvino, i cui cittadini godono solo «delle cose nuove e diverse» al punto che ogni mattina gli spazzini, accolti con rispettoso silenzio, buttano via tutti i resti della Leonia precedente poiché «una volta buttata via la roba nessuno vuole più averci da pensare».

