

[La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive]

Title: The Profession of the Midwifery: Changes and New Perspectives

Abstract: The paper focuses on the professionalization of Italian midwifery which, in recent years, has been involved in a process of social and professional mobility, together with twenty-one other health occupations. A historical-relational approach has been used. It adheres to Elias' theoretical perspective according to which professions are considered as the result of the network of relationships that individuals build, therefore influencing their behaviour. Starting from the onset of the XX century, the history of midwifery is reconstructed by dividing it into three distinct phases where periods of professional autonomy alternate with periods of domination and subordination, thus limiting the acquisition of a professional status. Finally, in the conclusions the paper foreshadows the advent of a fourth phase in which new opportunities as well as new risks may appear for midwives. Only if the latter are able to grasp these opportunities while limiting the risks, can they achieve a higher professional status.

Keywords: Midwives, Process of professionalization, Historical-relational approach, Health policies.

Introduzione

Nelle pagine che seguono vengono ricostruite le vicende storiche ed è proposta una riflessione teorica sul percorso di professionalizzazione di un profilo occupazionale, quello dell'ostetrica, ampiamente trascurato, almeno in Italia, dalla sociologia delle professioni.

La storia della professione ostetrica è segnata da profonde discontinuità che tracciano un percorso irregolare in cui fasi di relativa autonomia si alternano a periodi di dominio e di subordinazione. Soltanto in epoche recenti, a seguito delle riforme sanitarie succedutesi in Italia a partire dagli anni '90 del '900, tale figura, unitamente ad altri ventuno profili occupazionali dell'area sanitaria, viene coinvolta in un processo di riqualificazione e di riposizionamento socio professionale. Attraverso una profonda revisione dei percorsi formativi, che vengono inseriti all'interno del sistema universitario, tali profili occupazionali perdono, almeno formalmente, il carattere ausiliario e ancillare che avevano in passato, acquisendo la denominazione ufficiale di professioni sanitarie (Spina 2009).

Tale processo di professionalizzazione si innerva all'interno di un contesto sanitario che vive, parallelamente, una fase di profondo cambiamento con l'introduzione dei principi aziendalistici e l'avvento del managerialismo. L'aziendalizzazione, non avvenuta peraltro fino in fondo, pone nuove criticità che necessariamente si intrecciano con i problemi legati alla strutturazione dei ruoli professionali all'interno delle organizzazioni burocratiche (Vicarelli 2002; Pavolini, Vicarelli 2012).

Nell'attuale scenario, una serie di cambiamenti di natura sociale, culturale e istituzionale sembra configurare l'avvento di una nuova fase che lascia intravedere spazi di maggiore autonomia e nuove opportunità per l'ostetrica.

L'approccio utilizzato per interpretare tali processi trasformativi è di tipo storico-relazionale e aderisce alla prospettiva teorica di Elias (2010) che vede le professioni come il derivato delle "interdipendenze che si

realizzano, in concreto, nelle relazioni tra individui mutualmente coinvolti” (Vicarelli 2010, p. 8). Tale proposta analitica si discosta dalla tradizione sociologica classica, ad esempio dalle analisi funzionaliste (Barber 1963; Etzioni 1970; Greenwood 1957; Parsons 1968; Wilensky 1964) che vedono le professioni come uno strumento atto a garantire l’ordine sociale. L’approccio elisiano si distanzia anche dagli studi neo-weberiani (Bell 1973; Johnson 1972; Parkin 1979; Sarfatti Larson 1977; Witz 1992) che guardano alle professioni come a *élites* che occupano posizioni di monopolio, e da quelli di matrice neomarxista (Haug 1973; McKinlay 1973; Oppenheimer 1973) che si focalizzano sui processi di proletarianizzazione, trascurando l’importanza della dimensione auto-regolativa. Anche nei confronti della scuola interazionista (Becker *et alii* 1961; Bucher, Strauss 1961; Hughes 1958) la prospettiva storico-relazionale si differenzia, laddove non trascura, anzi valorizza, le variabili spazio-temporali entro cui si sostanziano i processi di professionalizzazione. È evidente, dunque, come tale approccio si ponga come una rottura epistemologica rispetto alla tradizione classica, senza che vengano tuttavia invalidate alcune categorie concettuali prodotte da quest’ultima. In particolare si fa qui riferimento al contributo di Etzioni (1970) che introduce nel dibattito il concetto di semi-professione, e a quello di Freidson (1970) che, riferendosi in modo specifico alle occupazioni dell’area sanitaria, conia l’espressione dominanza medica, in seguito applicata alla realtà italiana soprattutto da Tousijn (2000, 2001, 2003, 2004). Tali categorie concettuali appaiono del resto adattabili allo schema teorico formulato da Elias nella misura in cui vengono considerate aspetti configurazionali correlati all’andamento dinamico del processo storico, frutto di un altrettanto dinamico e processuale intreccio di relazioni.

Seguendo dunque tale approccio, il contributo si propone di leggere l’andamento del processo di professionalizzazione non solo per comprendere in che modo l’ostetrica abbia costruito la propria configurazione professionale e attraverso quali reticoli relazionali, fatti di alleanze e di conflittualità, abbia tentato di conquistare e di riconquistare lo status professionale, ma anche al fine di immaginare quali scenari si possano aprire alla luce dei processi trasformativi che stanno attraversando l’attuale momento storico.

Continuità e discontinuità: il lungo il percorso di professionalizzazione dell’ostetrica

La figura della levatrice è tra le più antiche della storia; tracce della sua presenza sono infatti rinvenibili fin dalla formazione delle prime collettività umane organizzate. Numerose testimonianze portano a sostenere che almeno fino al diffondersi del cristianesimo il ruolo e la considerazione sociale della levatrice restino inalterati e che, anzi, nel XI secolo essa diventi la specialista della gravidanza, punto di riferimento anche rispetto a gestazioni complesse e a parti difficili. In epoca tardo medievale, conosciuta anche come periodo della caccia alle streghe, si apre una fase oscura della storia dell’ostetrica in termini di legittimazione sociale e di prestigio professionale, fase che proseguirà nel periodo rinascimentale quando gli uomini, per la prima volta, iniziano a manifestare un interesse verso lo studio dell’anatomia femminile (Spina 2009). Se fino ad allora l’ostetrica è la protagonista dell’evento riproduttivo, nel XVII secolo, con la nascita di una nuova specialità medica, l’ostetricia-ginecologia, si assiste all’ingresso del genere maschile nell’ambito dell’assistenza alla gravidanza e al parto che cessano così di essere considerati eventi sociali e divengono questioni mediche (Filippini 1985). Con l’applicazione delle conoscenze scientifiche e delle abilità chirurgiche «per la prima volta gli uomini insegnano alle donne l’arte dei parti» (Pancino 1984: 50); ecco perché si può affermare che il conflitto tra la professione medica e quella ostetrica tragga origine da un conflitto di genere.

Guardando alle dinamiche evolutive della professione ostetrica a partire dai primi anni del ‘900, il percorso di professionalizzazione può essere suddiviso in tre fasi, in ciascuna delle quali si modificano i margini di autonomia goduti dalla professione. Nel primo periodo, che corrisponde ai primi quarant’anni del Novecento, benché priva di formale riconoscimento giuridico, la categoria può contare su una forte legittimazione sociale esercitando la propria attività con un discreto grado di autonomia. Durante la seconda fase, che va dagli anni ‘50 alla fine degli anni ‘80 del Novecento, l’ospedalizzazione e la crescente medicalizzazione dei parti limitano l’autonomia delle ostetriche italiane che, a seguito dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), vengono trasferite all’interno dei nosocomi. Gli anni dell’aziendalizzazione sanitaria coincidono con l’inizio della terza fase che si protrae fino ad oggi ed è caratterizzata dall’avvio di un percorso di *neo*-professionalizzazione finalizzato ad una

maggior qualificazione delle occupazioni sanitarie non mediche cui non sembra seguire, sul piano sostanziale, un reale aumento dell'autonomia. Alcune recenti disposizioni (il Piano per la riorganizzazione dei punti nascita e le nuove linee guida sul taglio cesareo) unitamente all'avvento di un nuovo clima culturale in tema di assistenza e di cura, lasciano supporre che si stia aprendo una quarta fase caratterizzata da nuove opportunità occupazionali. Sembrano infatti individuabili nuovi spazi di autonomia per la categoria professionale nei quali essa potrà gradualmente recuperare l'insieme delle pratiche e delle abilità che compongono l'arte ostetrica, raggiungendo così la piena professionalizzazione.

La I fase: gli anni della legittimazione sociale

I primi anni del Novecento ereditano la legge sanitaria del 1888 che, facendo obbligo ai Comuni di sostenere le spese per l'assistenza sanitaria prestata gratuitamente agli indigenti, introduce di fatto un principio solidaristico e universalistico. Oltre a sollecitare la diffusione di levatrici professionalmente qualificate su tutto il territorio del regno, la normativa concorre a modificare la concezione intima del parto e il modo di vivere la maternità, introducendo un nuovo tipo ideale di levatrice. L'influenza dell'educazione ricevuta promuove lo sviluppo di una forte capacità critica e di un processo di emancipazione: le donne che esercitano la professione di ostetrica sono le prime che imparano a guidare e che, per seguire il lavoro, si dedicano in modo non tradizionale alla cura dei figli, contribuendo così a modificare il modello familiare prevalente che voleva la donna fedele custode del focolare domestico (Vitiello 2006). Tale connotazione rende la levatrice ostile agli occhi di una popolazione che, soprattutto nelle zone rurali, è ancora arretrata e legata a stereotipi culturali diversi. Le vicende narrate dalle levatrici del tempo testimoniano, tuttavia, come la passione per il lavoro, la disposizione al sacrificio e l'abilità professionale che caratterizzano il loro operato consentano di infrangere lo scetticismo e la riluttanza nutrita dalla popolazione.

I primi anni del nuovo secolo mostrano un miglioramento nelle condizioni generali di salute rispetto ai decenni precedenti, anche se si è ancora lontani dal raggiungimento del benessere sociale e da una dignitosa situazione igienica che, anzi, si aggrava per effetto del graduale processo di urbanizzazione. Il crescente impegno profuso dalla classe medica in questi anni, per contribuire al raggiungimento dello stato di benessere della popolazione, testimoniato peraltro da un fervente attivismo professionale e dallo sviluppo di nuove branche scientifiche vicine alle problematiche sociali (medicina del lavoro), determinano, da un lato, la diffusione di un nuovo approccio meno scettico da parte dei pazienti e, dall'altro, un rafforzamento dell'intera categoria (Vicarelli 1997). La posizione di forza della professione medica viene di fatto ufficializzata per effetto della legge istitutiva dell'Ordine professionale dei sanitari (medici, veterinari e farmacisti, L. 455/1910) che, formalizzando una prassi associativa già di fatto spontaneamente sorta, vede nell'Ordine la garanzia di vantaggi collettivi rispetto alla correttezza e alla regolarità dell'esercizio professionale delle occupazioni sanitarie. Dall'insieme di queste ultime, ufficialmente riconosciute, rimane esclusa l'ostetrica, nonostante la fase preparatoria, preceduta alla emanazione della legge, ne lasciasse presagire l'inclusione. Tale estromissione appare perciò tanto inattesa quanto lesiva della seppur nascente identità corporativa, testimoniata dalla esistenza e dal funzionamento di organizzazioni associative a livello locale (Spina 2009).

È solo nel 1927 con l'avvento del regime fascista che le levatrici ottengono un riconoscimento ufficiale attraverso la costituzione dell'Ordine professionale, coinvolte anch'esse in quel programma di perfezionamento della razza che il regime persegue come una missione. Il clima nazional-poliziesco introdotto dal governo porta all'approvazione, nel 1934, del *Testo Unico delle Leggi Sanitarie* (R.D. n. 1265) che assoggetta a vigilanza sanitaria l'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie. L'ostetrica viene inclusa nel novero delle professioni sanitarie ausiliarie e di supporto, contrapposte a quelle principali (costituite dal medico-chirurgo, dal farmacista e dal veterinario) e ne vengono disciplinate le funzioni mediante l'assegnazione di un ruolo sussidiario e di second'ordine rispetto a quello medico. Il disposto normativo «mira soprattutto a focalizzare i limiti di competenza (delle levatrici) e a sottolineare l'ancillarità dell'intervento rispetto all'atto medico, piuttosto che a indicare una modalità di espletamento delle proprie funzioni professionali» (Guana *et alii* 2011: 371). Tuttavia la categoria sembra

godere di una certa legittimazione visto che nel 1934 viene fondata *Lucina*, la pubblicazione ufficiale delle levatrici e l'anno successivo, benché gli Ordini professionali, compreso quello delle levatrici, vengano soppressi (R.D. n. 184/1935) e i relativi compiti attribuiti ai sindacati fascisti di categoria, viene istituito l'albo delle levatrici (Legge n. 963/1935).-

Il periodo fascista si caratterizza per l'ampia attenzione riservata alla maternità e all'infanzia, alla luce dell'ideologia nazionalista cui si ispira, che si concretizza principalmente attraverso l'istituzione dell'ONMI, nel 1925: si tratta di un ente cui è demandato il compito di assistere «le donne bisognose durante prima e dopo il parto cui si collegano i servizi di profilassi e di assistenza ai bambini in età infantile e scolare» (Vicarelli 1997: 293). Nonostante la pertinenza dell'oggetto lasci presagire il coinvolgimento delle levatrici, esse restano escluse, invece, dalla gestione e dalla organizzazione dell'ente, intervenendo solo a livello operativo.

La contraddittoria politica del regime fascista nei confronti della categoria professionale appare evidente ancora una volta in due delle ultime disposizioni: se nel 1937 si assiste all'ufficiale cambio di qualifica da levatrice ad ostetrica, che idealmente testimonia il raggiungimento di un traguardo simbolico (art. 3 RDL n. 1520), tre anni dopo viene introdotto il mansionario (RD n. 1364/1940). Si tratta di un atto regolamentare di carattere fortemente esecutivo attributivo di specifici compiti che regola rigidamente l'esercizio professionale; viene così soppressa ufficialmente ogni forma di esercizio discrezionale dell'attività professionale, vincolando pesantemente l'autonomia dell'ostetrica e relegando quest'ultima allo svolgimento di funzioni ancillari.

Benché non trovi riscontro in termini di riconoscimento giuridico, la legittimazione sociale goduta dalla levatrice italiana di questi anni è piuttosto forte. Tra gli anni '20 e gli anni '40, infatti, la funzione pubblica della levatrice si evolve (Gissi 2006), non solo per via della considerazione sociale ottenuta attraverso l'istituzione delle condotte. A incidere sono anche e soprattutto fattori di contesto, legati alle variabili socio-economiche. L'Italia di questi anni non ha ancora conosciuto lo sviluppo industriale, quindi l'urbanizzazione. La popolazione vive per lo più nelle campagne dove il meccanismo di regolazione prevalente è basato sulla reciprocità e sullo scambio di tipo comunitario. Il parto è vissuto come un'esperienza di valore ed è condiviso con la collettività; la solidarietà femminile fa sì che le donne siano coinvolte attivamente nel sostegno e nella cura dei bambini. La levatrice condotta, bene accolta quando non estranea al mondo rurale, gode dunque di stima e di fiducia presso la comunità. Il senso di sicurezza che garantisce non deriva dal possesso di conoscenze specializzate bensì dal sapere acquisito con l'esperienza e dalla partecipazione emotiva che caratterizzano il suo agire (Spina 2009). Si può affermare che la levatrice viva dal punto di vista professionale il momento di massimo vigore poiché segue l'intero processo della maternità ed espleta le funzioni che le competono con autonomia e discrezionalità (Lanzardo 1985). A favorire questa tendenza è senz'altro l'atteggiamento della popolazione e il valore attribuito al processo riproduttivo, alla nascita e ai rischi che questa comporta. Il mettere al mondo rappresenta, infatti, per la cultura rurale, la possibilità di perpetrare il lavoro contadino. Ciò spiega l'andamento dei tassi di natalità e di fecondità, ma anche la minore avversione rispetto ai rischi legati alle morti da parto.

La II fase: l'ospedalizzazione della professione

Durante gli anni del secondo dopoguerra prendono avvio cambiamenti di rilievo in ambito sanitario e assistenziale: nel 1946 vengono ripristinati gli ordini delle professioni sanitarie (D. Lgs. CPS n. 233); le mutue si espandono arrivando a coprire, alla fine degli anni '60, oltre il 90% della popolazione italiana; gli ospedali escono dagli IPAB e diventano enti pubblici.

Contestualmente cambia l'assetto architettonico delle istituzioni sanitarie: nel 1945 l'intera materia viene trasferita dal Ministero dell'Interno ad una amministrazione autonoma, l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, che, assumendo la gestione delle politiche sanitarie, le rende un organico e specifico comparto di interesse. Nel 1956 viene istituito un Ministero appositamente dedicato alla sanità che, assumendo le funzioni dell'Alto Commissariato, viene incaricato di vigilare sugli enti erogatori di assistenza e sull'esercizio delle professioni sanitarie.

Con la riforma ospedaliera del 1968 (Legge n. 132), si abbandona definitivamente il criterio assistenziale e

caritatevole che aveva sorretto il *welfare state* come pure il sistema sanitario italiano, attraverso la costituzione di ospedali autonomi e incorporati dagli enti pubblici (IPAB e Mutue). Vengono demandati compiti e funzioni sanitarie alle regioni, enti non ancora istituiti ma dei quali si sollecita la creazione.

Tali cambiamenti si riflettono anche sul sistema delle professioni sanitarie e, in modo particolare, sull'ostetrica. Già a partire dagli anni '50 si assiste alla progressiva ospedalizzazione dei parti, tendenza legata a eventi socio-economici che sconvolgono il paese. Il boom economico, la conseguente urbanizzazione e il massiccio ingresso delle donne nel mercato del lavoro, contribuiscono ad alimentare un graduale processo di spersonalizzazione della nascita e di allontanamento da quella che era stata per anni la figura di riferimento. L'industrializzazione modifica, infatti, i tempi quotidiani e sembra estendere i ritmi meccanicistici della fabbrica alle scelte personali e, in certa misura, condiziona anche il modo di concepire la maternità e il parto. La frenesia che caratterizza il mondo industriale si riflette sul rapporto tra la donna e la medicina modificandolo radicalmente e determinando il superamento della diffidenza rispetto alle strutture sanitarie. L'intimità domestica viene sacrificata alle esigenze di una sicurezza che l'ospedale sembra in grado di offrire (Spina 2009).

A questa trasformazione sociale contribuisce, tuttavia, anche la diffusione dell'istituto della condotta che, riducendo le distanze tra il territorio e l'assistenza istituzionale, concorre a socializzare il ricorso alle cure mediche in senso lato. Se le ostetriche ottengono il monopolio della gestione del parto fisiologico, ciò avviene in verità più per l'incapacità della professione medica di essere presente in modo capillare sul territorio, che non per la reale volontà da parte di quest'ultima di abbandonare un fertile terreno di intervento.

In questi anni la possibilità di svolgere la professione resta ancora riservata esclusivamente alle donne, retaggio di un pregiudizio culturale che rimarrà fino al 1976 quando l'apertura al genere maschile segnerà una svolta rispetto alle modalità di concepire la gravidanza e la maternità. Sono questi, del resto, gli anni in cui i temi della salute, del corpo, della sessualità, del rapporto delle donne con la medicina e le sue istituzioni, iniziano a imporsi all'attenzione dell'opinione pubblica grazie al clamore sollevato dal movimento femminista che contribuirà alla nascita dei Consultori Familiari (L. 405/1975), riconosciuti come servizi di assistenza alla famiglia e alla maternità. Da questo momento prende avvio un percorso legislativo che porterà alla legalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza (L. 194/1978), riconoscendo nel consultorio familiare il luogo della contraccezione, dell'educazione sessuale e della prevenzione.

È in questo clima che si consolida la posizione di forza della medicina e si intensifica il grado di influenza e di commistione tra la professione stessa e i pubblici poteri.

La copertura mutualistica dei parti fisiologici contribuisce notevolmente alla medicalizzazione del processo riproduttivo e le ostetriche condotte vivono questo cambiamento in modo traumatico poiché è messa a dura prova la loro identità professionale (Vitiello 2006). L'ospedalizzazione dei parti implica un massiccio ingresso delle condotte in ospedale e determina il progressivo declino, fino alla definitiva scomparsa, dell'attività libero professionale.

Con l'istituzione del Ssn (L. 833/1978) si dà avvio alla prima vera riforma sanitaria che, da un lato, introduce i principi democratici di uguaglianza, di partecipazione democratica e di globalità degli interventi e, dall'altro, invoca il coordinamento tra istituzioni coinvolte cioè lo Stato, cui compete la programmazione, il coordinamento e il finanziamento, le Regioni deputate a concorrere alla programmazione mediante la stesura dei Piani Sanitari Regionali e chiamate a organizzare le Unità Sanitarie Locali (U.s.l.) e, infine, le stesse U.s.l. erogatrici dei servizi a livello locale.

L'epocale cambiamento che attraversa l'organizzazione della sanità italiana ha ricadute solo parziali sulla configurazione professionale dell'ostetrica, sebbene l'eliminazione dell'istituto della condotta e il confinamento dell'attività all'interno delle strutture ospedaliere determinino una cesura rispetto alle modalità lavorative, aprendo la strada a una nuova socializzazione pubblica del suo ruolo. L'autonomia che caratterizza le ostetriche condotte lascia il passo alla subordinazione, conseguenza principale dell'inserimento di tale figura all'interno di contesti lavorativi rigidamente strutturati e fortemente gerarchizzati (Spina 2009).

Cresce la medicalizzazione del percorso nascita e, in modo particolare, del parto. L'introduzione e il ricorso massiccio alle tecnologie, che testimoniano uno sviluppo scientifico senza precedenti, contribuisce a diffondere e ad accrescere la fiducia nella medicina.

Sul fronte della formazione professionale va osservato come, a seguito della modifica del piano di studi (D.P.R. 1029/80), si avverta per l'ostetricia la necessità di ripristinare la durata triennale e di eliminare l'obbligo della propedeuticità del diploma di infermiere professionale introdotto in precedenza. La Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) avanza la richiesta di trasformare le scuole di Ostetricia in Scuole Universitarie Dirette a Fini Speciali. Tuttavia sarà soltanto a seguito dell'istituzione del Ministero dell'Università (L. 168/89) e della riforma degli ordinamenti didattici (L. 341/90) che le scuole verranno trasformate in corsi per il rilascio del diploma universitario.

In un quadro di costante scontro tra i vari livelli di governo, in una incertezza attuativa dovuta alla scarsa capacità da parte delle Regioni di recepire le disposizioni emanate a livello centrale, in una crescente emergenza finanziaria e in un ambiente politico caratterizzato da una corruzione dilagante (Maino 1999), l'implementazione della riforma risulta tutt'altro che semplice.

In questa fase storica l'ospedalizzazione dei parti e la crescente medicalizzazione del percorso nascita sono corresponsabili del declino socio-professionale della categoria ostetrica e, per contro, dell'irrobustimento della ginecologia come disciplina medica e come professione. Nata per curare la patologia, quest'ultima estende la propria giurisdizione alla fisiologia e i rapporti tra i due gruppi professionali tornano a configurarsi come rapporti di dominio e di subordinazione. Ciò è causa, ma anche conseguenza, di un cambiamento culturale nel modo di concepire la nascita. L'emancipazione raggiunta, che apre la strada al più generale processo di modernizzazione femminile, viene sacrificata alle esigenze di una nuova cultura e di un nuovo mito, quello della sicurezza e del rifiuto di ogni forma di rischio, diffusosi in conseguenza ai cambiamenti sociali ed economici che investono il paese. Le ostetriche, dal canto loro, restano però ampiamente responsabili della situazione creatasi, offrendo l'immagine di un gruppo occupazionale scarsamente coeso, quindi debole e incapace di opporsi alle strategie professionali messe in atto dalla professione medica.

La III fase: il percorso di neo-professionalizzazione

A partire dai primi anni '90 prende avvio una lunga stagione di riforme destinate a cambiare profondamente l'assetto organizzativo e gestionale della sanità italiana.

Il D.Lgs. 502/92, che apre la strada alla seconda riforma sanitaria, introduce i livelli essenziali di assistenza (Lea), stabilisce una pianificazione delle politiche, prevede nuove regole relative al finanziamento e alla spesa e avvia un processo di aziendalizzazione sanitaria basato sulla trasformazione delle U.s.l. in aziende e sulla seppur amministrata competizione tra fornitori delle prestazioni (Vicarelli 2002).

Nel quadro degli obiettivi che i provvedimenti si prefiggono, si colloca la volontà di disciplinare le professioni sanitarie, anche quelle non mediche, alla luce delle più generali finalità legate al miglioramento delle prestazioni erogate. Con riferimento alla professione ostetrica si assiste al superamento del sistema mansionario con la previsione prima (D.Lgs. 517/93) e l'istituzione poi (DM 740/94) del profilo professionale attraverso il quale, per la prima volta, il soggetto pubblico individua gli ambiti di competenza e le responsabilità dell'ostetrica. Se da un lato l'espressione *profilo professionale* sottende il preciso impegno dello Stato di voler favorire il percorso di professionalizzazione al fine di riqualificare i servizi, dall'altro coglie l'istanza delle operatrici di affermare la propria identità e l'autonomia professionale, istanza che non si concretizza però in una vera politica di pressione né nell'adozione di strategie professionali.

Benché tra le competenze attribuite all'ostetrica siano comprese tanto le attività di accompagnamento e di psicoprofilassi che precedono il parto, quanto le attività da espletare durante il parto stesso, la legge non chiarisce i confini delle competenze rispetto alla prima delle due fasi, lasciando così un vuoto normativo (Benci 2001).

In una logica parallela e affine viene riorganizzato il percorso formativo attraverso l'istituzione del corso triennale di diploma Universitario per ostetrica (Decreto MURST 1996), a seguito dell'approvazione della tabella relativa agli ordinamenti didattici universitari (D. Lgs. 502/92).

Il fermento normativo di questi anni, tuttavia, non è sufficiente ad avviare l'implementazione della riforma né sul piano dell'aziendalizzazione, né su quello della professionalizzazione. Se, da un lato, i percorsi formativi

abilitanti alla professione vengono adeguati in breve tempo alle disposizioni di legge, garantendo così un'offerta più qualificata e professionalizzante, dall'altro non vi sono garanzie rispetto alla concreta applicazione delle normative all'interno dei contesti lavorativi. Non vengono previsti, cioè, strumenti idonei a verificare il rispetto dei confini delle competenze né l'effettivo ambito di autonomia della nuova professione. La riforma lascia dunque aperta una voragine discrezionale e, di fatto, poco cambierà dal punto di vista della dominanza medica e della subordinazione del personale ostetrico che continuerà a svolgere ruoli ancillari e ad essere definito *paramedico*.

Sul finire del decennio, la necessità di «rivedere i meccanismi di aziendalizzazione introdotti in precedenza» (Vicarelli 2002: 109) determina l'avvio della terza riforma che avviene per effetto del D. Lgs. 229/99. In questo quadro di grandi trasformazioni prosegue il formale processo di neo-professionalizzazione dell'ostetrica che viene ufficialmente definita una professione (L. 42/99), assieme ad altri ventuno profili dell'area sanitaria. Viene contestualmente abolito il mansionario sancendo così il superamento della logica per compiti ed attribuzioni, sostituita da una logica basata sulle competenze e sulle responsabilità.

In questa direzione vengono istituite le lauree triennali per le professioni sanitarie (D.M. 509/1999) e sancita l'equipollenza dei diplomi non universitari a quelli universitari (L. 42 e il D.M. 27 luglio 2000) Il D.M. 2 aprile 2001 determina le classi delle lauree specialistiche e ne stabilisce i requisiti di accesso. La specializzazione conseguita mediante l'acquisizione della laurea di secondo livello abilita all'assunzione di ruoli dirigenziali previsti, per le professioni sanitarie, dalla L. 251/2000. Quest'ultimo disposto normativo stabilisce all'art. 6 la possibilità di acquisire la «qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale».

Nel 2006, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione Europea, viene emanata la L. n.43 che, nel regolamentare le professioni sanitarie, estende a queste ultime la possibilità di accedere ai ruoli di coordinamento (art.6) e prevede istituzione dei rispettivi ordini ed albi (art. 4) che, però, non verranno mai istituiti.

Tale iter riformatore, seppur non sempre condiviso dalla professione medica, non minaccia la solidità e il posizionamento socio-professionale di quest'ultima, forte della legittimazione pubblica e del prestigio sociale di cui gode. Ed è in questo contesto che, mentre le leggi ed i regolamenti proiettano formalmente l'ostetrica verso un più elevato livello di professionalizzazione, nel 2007 viene avanzata una proposta di legge volta ad inserire l'analgesia epidurale all'interno dei LEA, invertendo in un certo senso la direzione di marcia. Se, da un lato, l'intento è quello di ridurre il ricorso al taglio cesareo (che in Italia raggiunge la percentuale più alta d'Europa, attestandosi attorno al 37,8% secondo le rilevazioni dell'European Perinatal Health Report del 2008) e di garantire una maggiore libertà di scelta alle donne, dall'altro, estendendo la possibilità di ricorrere a tale pratica legittima la presenza di una nuova figura medica, l'anestesista, sulla scena del parto. Questa scelta viene osteggiata, seppur debolmente, dalle ostetriche e da esse interpretata come l'ennesima conferma dell'alleanza storica tra istituzioni e potentati, cioè tra lo Stato e la professione medica. Tale interpretazione appare però in antitesi con il recepimento della direttiva europea n. 36 del 2005 in tema di ricettario ostetrico, attraverso cui si riconosce all'ostetrica il diritto di prescrivere gli esami diagnostici della gravidanza fisiologica, fino a questo momento appannaggio dei ginecologi.

In definitiva la fase della neo-professionalizzazione sembra essere caratterizzata da una forte ambiguità. Da un lato, infatti, il gruppo occupazionale ottiene sul piano formale il riconoscimento dello status professionale; dall'altro, continua però a manifestare una fragilità di fondo testimoniata sia dalla difficoltà della stessa categoria di identificarsi e di auto-percepirsi come una professione, sia dalla scarsa legittimazione sociale e dal debole consenso di cui gode tra la popolazione.

Verso una quarta fase. Quali nuove prospettive?

Il lungo percorso di professionalizzazione dell'ostetrica appare dunque piuttosto articolato e segnato da fasi alterne di ascesa e di declino dello status socio-professionale. L'elemento di continuità va individuato nell'assenza di una mentalità e di una progettualità professionalizzante da parte del gruppo occupazionale, che in ciò si differenzia

dal tatticismo strategico mostrato dalla professione medica. Da sempre interessata più ai contenuti pratici del lavoro che non alle strategie occupazionali, l'ostetrica sembra priva di quella coesione interna, dello spirito corporativo e della capacità negoziale in grado di permettere un più elevato posizionamento socio-professionale. Ma come nota Duden, del resto, "l'agire della *femme qui aide* [...] non è riconducibile a una categoria di status o di funzione sociale [...]. La peculiarità della levatrice non si coglie in uno status, un mestiere, una corporazione, poiché la levatrice era una persona di fiducia delle donne" (2006: 124-125).

La storia della professionalizzazione appare, inoltre, più legata a interventi regolativi esterni, avvenuti cioè tramite l'azione dello Stato, che non ad azioni strategiche intenzionalmente messe in atto dal gruppo occupazionale. Sembra trattarsi, dunque, di un processo di professionalizzazione imposto dall'alto (McClelland 1991) che, di conseguenza, non ha ancora determinato un vero riposizionamento socio-professionale dell'ostetrica, contrariamente a quanto accade in altri paesi dove, benché resti dibattuta la questione della piena professionalizzazione (Halldorsdottir, Karlsdottir 2011; Hyde, Roche-Reid 2004; Van Teijlingen, Van der Hulst 1995), vi sono esperienze interessanti, come quella inglese, in cui tale figura sembra aver raggiunto uno status professionale più elevato e una forte legittimazione sociale (Spina 2013).

Sebbene venga definita e riconosciuta ufficialmente come una professione, ancora oggi l'ostetrica sembra assumere più i tratti di una semi-professione (Spina 2009, 2013), continuando a mantenere un carattere ibrido (Vincifori, Molinar, 2014) e mostrando un profondo dualismo che contrappone le ospedaliere alle libere professioniste. Esercitando all'interno di strutture organizzative burocratiche e fortemente gerarchizzate, dove continua a subire un forte condizionamento da parte della professione medica, resta inoltre priva di quel grado di autonomia professionale che contraddistingue le professioni consolidate, continuando a trascurare la necessità di costruire reticoli relazionali solidi in grado di conferire forza e legittimazione.

In questo quadro sembra però aprirsi un'ipotesi di cambiamento, originato, ancora una volta, da un fattore esogeno al gruppo occupazionale. L'occasione di cambiamento è rappresentata da alcune recenti novità in materia di gravidanza e di parto quali l'approvazione del piano per la riorganizzazione dei punti nascita predisposto dal Ministero della Salute (2011) e finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. I punti principali del piano riguardano la chiusura definitiva dei reparti di maternità in cui vengono effettuati meno di 500 parti l'anno, la razionalizzazione/riduzione di quelli in cui ne vengono effettuati meno di 1.000 nonché l'abbattimento del ricorso al taglio cesareo. Quest'ultima questione è posta al centro delle raccomandazioni emanate dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) (Sistema Nazionale per le Linee Guida 2010, 2012) rivolte sia ai professionisti sia alla popolazione, finalizzate alla riduzione di tale pratica, piuttosto diffusa in Italia e in modo differenziato tra una regione e l'altra (Spina 2010). Entrambi i documenti istituzionali, intervenendo nell'ambito della sfera sessuale e riproduttiva, coinvolgono in modo diretto la professione ostetrica, sebbene sembrino andare in direzione opposta. Da un lato, il documento dell'Iss promuove la fisiologia della nascita laddove si sostiene che, in assenza di controindicazioni, il parto naturale è preferibile al cesareo sia per il benessere della donna che del bambino. Tale indicazione, volta a demedicalizzare l'evento nascita e a ricondurlo entro una dimensione più naturale, sembra offrire una nuova chance alla categoria professionale ostetrica che potrebbe riconquistare quel terreno sottrattogli dalla chirurgizzazione del parto. Dall'altro, il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, nell'imporre nuove configurazioni organizzative, sembra restringere gli spazi di autonomia dell'ostetrica e i confini delle proprie attività. La razionalizzazione dei punti nascita, legata evidentemente a una progressiva riduzione dei tassi di natalità e dettata dai vincoli imposti dalla *spending review*, può infatti limitare lo sviluppo della professione su due piani distinti. Dal punto di vista quantitativo, la chiusura dei piccoli reparti di maternità implicherà un ricollocamento del personale occupato e un blocco delle assunzioni per gli anni a venire, riducendo le possibilità di espansione quantitativa di una professione già tutt'altro che numerosa. Il ridotto fabbisogno di ostetriche potrebbe determinare, inoltre, una limitazione degli accessi presso le facoltà di ostetricia al fine di evitare esuberanti nel mercato del lavoro.

Dal punto di vista dei contenuti professionali, la questione riguarda i reali spazi di autonomia che verranno garantiti all'ostetrica all'interno di organizzazioni ospedaliere di grandi dimensioni, caratterizzate da una consistente concentrazione dei parti. Il rischio, infatti, sembra essere legato a una progressiva routinizzazione e meccanizzazione delle funzioni svolte, con una conseguente perdita dei contenuti che compongono e definiscono

la professionalità dell'ostetrica. Se, da un lato, questa nuova configurazione organizzativa può compromettere il percorso di crescita professionale delle ostetriche ospedaliere, che oggi costituiscono la grande maggioranza, dall'altro la razionalizzazione delle strutture può tuttavia favorire lo sviluppo di una pratica privata ancora scarsamente diffusa (3-5% secondo le stime della FNCO, Guana 2014).

Il blocco delle assunzioni nel settore pubblico sta già producendo ricadute significative laddove per la prima volta la professione sta incontrando grandi difficoltà di assorbimento nel mercato del lavoro: "da alcuni anni" si legge nell'editoriale di Lucina "il fenomeno della disoccupazione della categoria sta dilagando su tutto il territorio nazionale" (Guana 2014). Questa criticità potrebbe tuttavia trasformarsi in un'opportunità di crescita del mercato privato che, negli ultimi anni, è andato seppur timidamente sviluppandosi. Ciò potrebbe essere favorito dal progressivo diffondersi di una nuova cultura della nascita e del parto che sembra valorizzare la dimensione naturale e intima dell'evento e la familiarità del contesto entro cui viverlo. Sembra esserci, in altre parole, un graduale ritorno alla domiciliarità della nascita e, più in generale, alla volontà di vivere gli eventi della propria esistenza nei contesti domiciliari. In questo modo l'ostetricia potrebbe tornare ad inserirsi in quella dimensione sociale e territoriale dei servizi che è prevalsa in passato e che sarebbe auspicabile tornasse a prevalere.

Affinché tale eventualità possa realizzarsi sembra tuttavia necessario un più decisivo impegno da parte dell'organismo di rappresentanza professionale. L'intervento della FNCO dovrebbe focalizzarsi su tre questioni che appaiono cruciali: la prima è ascrivibile alla riorganizzazione endogena della professione, la seconda alla revisione dei percorsi formativi e alla ricerca di una reale autonomia scientifica e la terza, infine, alla costruzione di alleanze che possano orientare la regolazione pubblica.

Guardando nello specifico al primo aspetto, la Federazione dovrebbe riorganizzarsi per tenere maggiormente in considerazione la componente libero-professionale e le istanze che da essa provengono. Tale strategia è già presente nell'agenda politica della FNCO che ha avanzato proposte, individuato strumenti e avviato percorsi per promuovere la pratica professionale privata. Ciò permetterebbe alla categoria occupazionale di essere rappresentata in tutte le sue componenti, di mostrarsi all'esterno come un'entità coesa e, di conseguenza, di aumentare la propria *voce*.

Sul piano della formazione la Federazione dovrebbe impegnarsi in modo più incisivo per conquistare spazi maggiori all'interno dell'istituzione accademica. Ciò al fine, da un lato, di socializzare un ruolo più autonomo della professione, considerata l'importanza che la formazione riveste nel processo di professionalizzazione delle semi-professioni (Bøje 2012) e, dall'altro, di modificare i contenuti didattici dei corsi, riservando maggiore spazio allo studio della *midwifery*, e promuovendo quell'idea di imprenditorialità necessaria allo sviluppo del mercato privato. Tutto questo potrebbe permettere non solo l'affievolimento della dominanza scientifica esercitata dalla medicina, ma anche e soprattutto il recupero di quelle abilità tecniche e delle competenze emotivo-relazionali che possono prefigurare un nuovo ruolo per le professioniste di domani.

Per riuscire in questo intento la FNCO dovrà contestualmente ricercare il consenso delle istituzioni politiche, oltre che della professione medica, ed essere in grado di indirizzare la regolazione pubblica in tale direzione.

Nella nuova fase storica che si sta delineando, sembrano dunque aprirsi nuove opportunità di crescita per le ostetriche ma anche nuovi rischi. Da un lato, il desiderio di riscatto nei confronti di un passato che le ha viste progressivamente perdere il consenso e la legittimazione, la stipula di un nuovo patto sociale con la popolazione e la ricerca di un confronto con le istituzioni politiche e con le altre professioni potrebbero sostenere una crescita della categoria in senso professionale. Al contrario i tagli alla sanità e la razionalizzazione delle strutture attraverso la riorganizzazione del sistema ospedaliero, potrebbero comprimere i loro gli spazi di autonomia professionale.

Difficile prevedere quale strada tenderà a prevalere e, quindi, quale configurazione avrà il sopravvento. Molto dipenderà dalla capacità della categoria di trovare una motivazione endogena, quindi dalla abilità dei colleghi professionali di muoversi con maggiore fermezza e decisione. Solo se riusciranno a mettere in atto azioni strategiche chiare ed esplicite la professionalizzazione futura potrà assumere i caratteri di un ruolo ricercato più che imposto dall'esterno.

Riferimenti bibliografici

- Barber B. (1963), *Some Problems in the Sociology of Professions*, in «Daedalus», XCII (4): 669-688.
- Becker H.S., Hughes E.C., Strauss A.L. (1961), *Boys in White, Student Culture in Medical School*, Chicago: University of Chicago Press
- Bell D. (1973), *The Coming of Post Industrial Society*, New York: Basic Books.
- Benci L. (2001), *Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento*, in «Rivista di diritto delle professioni sanitarie», 4, 2, pp 84-90.
- Bøje J.D. (2012), *Academization of Danish Semiprofessionals: How and with what Consequences?*, in «Nordic Studies in Education», 32 (2): 84-97.
- Bucher R., Strauss A. (1961), *Professions in Process*, in «American Journal of Sociology», 66: 325-334.
- Duden B. (2006), *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Elias N. (2010), *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Bologna: Il Mulino.
- Etzioni A. (1970), *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*, New York: The Free Press.
- Euro-Peristat (2008), *European Perinatal Health Report*, available at: www.europeristat.com
- Filippini N. M. (1985), *Levatrici e ostetricanti a Venezia tra sette e ottocento*, in «Quaderni storici», XX (1): 149-180.
- Freidson E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press.
- Gissi A. (2006), *Le segrete manovre delle donne. Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano: Guerrini&Associati.
- Greenwood E. (1957), *Attributes of a Profession*, in «Social Work», II (3): 44-55.
- Guana M. (2014), *FNCO 2014 Investimento di risorse e concrete opportunità per le nuove generazioni di ostetriche*, in «Lucina», 1: 3.
- Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D., Vicario M. (2011), *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, Milano: McGraw-Hill.
- Halldorsdottir S., Karlsdottir S.I. (2011), *The Primacy of the Good Midwife in Midwifery Services: an Evolving Theory of Professionalism in Midwifery*, in «Scandinavian Journal of Caring Sciences», 25: 806-17.
- Haug M.R. (1973), *Deprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future*, in «The Sociological Review Monograph», 20: 195-211.
- Hughes E. (1958), *Men and Their Work*, Glencoe: Free Press.
- Hyde A., Roche-Reid B. (2004), *Midwifery Practice and the Crisis of Modernity: Implications for the Role of the Midwife*, in «Social Science & Medicine», 58: 2613-23.
- Istituto Superiore di Sanità (2010), *Sistema Nazionale per le Linee Guida, Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Istituto Superiore di Sanità (2012), *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte, Sistema Nazionale per le Linee Guida*, Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Johnson T.J. (1972), *Professions and Power*, London: MacMillan.
- Lanzardo L. (1985), *Per una storia dell'ostetrica condotta*, in «Rivista di Storia Contemporanea», 14 (1): 136-152.
- Maino F. (1999), *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, in «Il Politico», 4: 583-621.
- McClelland C.E. (1991), *The German Experience of Professionalization*, New York: Cambridge University Press.
- McKinlay J.B. (1973), *On the Professional Regulation of Change*, in «The Sociological Review Monograph», 20: 1-84.
- Ministero della Salute, *Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni riguardante le Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per*

la riduzione del taglio cesareo, Roma: Ministero della Salute.

Oppenheimer M. (1973), *The Proletarianization of the Professional*, in «The Sociological Review Monograph», 20: 213-227.

Pancino C. (1984), *Il bambino e l'acqua sporca*, Milano: FrancoAngeli.

Parkin, F. (1979), *Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique*, USA: Columbia University Press.

Parsons T. (1968), *Professions*, in «International Encyclopaedia of the Social Sciences», XXII: 536-547.

Pavolini E., Vicarelli M.G. (2012), *Is decentralization Good for Your Health? Transformations in the Italian NHS*, in «Current Sociology», 60 (4) 472-488.

Sarfatti Larson M. (1977), *The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis*, Berkeley: California University Press.

Spina E. (2009), *Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Milano: FrancoAngeli.

Spina E. (2010), *Différences regionales dans la médicalisation de la maternité en Italie*, in «Revue Sociologie Santé», 32: 189-217.

Spina E. (2013), *An Evaluation of the Professional Status of Italian Midwives*, in «Evidence Based Midwifery», 11 (3): 88-93.

Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna: Il Mulino.

Tousijn W. (2001), *La divisione del lavoro sanitario: verso nuovi rapporti tra le professioni sanitarie*, in «Rivista di diritto delle Professioni Sanitarie», 4 (1): 280-288.

Tousijn W. (2003), *Le professioni sanitarie: per un rinnovamento della logica professionale*, in «Economia & Lavoro», 2, pp. 49-61.

Tousijn W. (2004), *Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale*, in «Salute e Società», III, 3, pp. 52-63.

Van Teijlingen E., Van der Hulst L. A.M. (1995), *Midwifery in the Netherlands: More than a Semi-profession?* in T. Johnston, G. Larkin, M. Saks (eds) *Health Professions and the State in Europe*, London: Routledge, pp. 178-186.

Vicarelli M.G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, Bologna: Il Mulino.

Vicarelli M.G. (2002), *Tendenze e limiti del processo di riforma sanitaria*, in «Economia e Lavoro», gennaio aprile, numero monografico dal titolo *Crisi del Welfare e crisi della sinistra*: 97-118.

Vicarelli M. G. (2010), *Per un'analisi storico comparata della professione medica*, in «Stato e Mercato», 90: 395-424.

Vincifori E., Molinar Min M. (2014), *Ethical Code and Professional Identity: A Survey on Italian Midwives*, in «[International Journal of Childbirth](#)», 4: 55-64.

Vitiello A. (2006), *Il tempo delle ostetriche condotte: formazione e autonomia professionale. Un percorso di ricerca tra carte d'archivio e racconti*, in E. Fasano Guarini, A. Galoppini, A. Peretti (2006, a cura di), *Fuori dall'ombra. Studi di storia delle donne nella provincia di Pisa*, Pisa: Ed. Plus.

Wilensky H.L. (1964), *The Professionalization of Everyone*, in «The American Journal of Sociology», 70 (2): 137-158.

Witz A. (1992), *Profession and Patriarchy*, London: Routledge.

