

“La Storia si studia non per celebrare, per lodare,
ma per capire come funzionano le cose”

- Alessandro Barbero

INDICE

Abstract.....	Pag. 6
1. Introduzione.....	Pag. 8
2. Obiettivi.....	Pag. 16
3. Materiali e metodi	Pag. 17
4. Risultati.....	Pag. 20
5. Discussione.....	Pag. 21
5.1. La fotografia.....	Pag.22
5.2. L'infermiera.....	Pag. 23
5.3 Il medico.....	Pag.25
5.4 Il paziente.....	Pag.27
5.5 La professione infermieristica e la realtà territoriale odierna.....	Pag. 28
5.6 La professione infermieristica come ascensore sociale.....	Pag.30
6. Conclusioni	Pag. 32
7. Bibliografia e Sitografia.....	Pag. 33
8. Ringraziamenti	Pag. 36

ABSTRACT

Introduzione

Nella tesi si prendono innanzitutto in esame la normativa storica inerente all'ospedalità in Italia dall'epoca della fondazione alla definitiva chiusura dell'Ospedale Civile "Carradori Trusiani" di Montemarciano (An) e, di pari passo, l'evoluzione normativa e professionale della professione infermieristica nella stessa epoca storica in modo da osservare i cambiamenti ed il contesto evolutivo di ambedue le realtà.

Obiettivo

Gli obiettivi dell'elaborato sono molteplici: il primo è sicuramente osservare la professione infermieristica in una piccola realtà come quella di un qualsiasi ospedale civile di paese nella Regione Marche 50 anni or sono e vedere quindi il contributo che la professione infermieristica dava ai servizi erogati dalla struttura. Si vuole inoltre dimostrare che quella dell'infermiere è una professione depositaria di una propria cultura ed una scienza in continua evoluzione nel corso degli anni.

Materiali e Metodi

Le fonti principali sono senza dubbio le testimonianze orali di testimoni qualificati, ma hanno dato un importante contributo, specie per quanto concerne l'analisi dei risultati, le fonti sitografiche.

Risultati

E' chiaramente emerso quanto la professione dell'infermiera fosse calata nel tessuto sociale della comunità e quanto questa fosse percepita come un'ascensore sociale all'interno della comunità stessa. Grazie ai testimoni privilegiati soprattutto si è riuscito a realizzare un'interessante raffigurazione storica della professione negli anni '70 del secolo scorso ma si può anche rilevare quanto fossero apprezzati e percepiti come utili la fitta rete di presidi ospedalieri sul territorio.

Discussione

Nella discussione vengono illustrate le testimonianze al fine di rappresentare il profilo dell'infermiera professionale e dell'infermiera generica all'epoca presa in esame, viene poi spiegato il significato di mobilità sociale e come la professione infermieristica abbia un tempo dato garanzia di possibilità di un miglioramento del proprio status socio-economico e viene infine discussa l'importanza dei presidi territoriali all'epoca e come questi possono essere ripensati alla luce dei bisogni di salute odierni.

Conclusioni

L'obiettivo può dirsi raggiunto, sebbene alcune fonti primarie documentali non siano risultate, per motivi logistici, accessibili.

1. Introduzione

Sin dalla sua costituzione come Stato Unitario, il Regno d'Italia ha veduto, fra i suoi primi bisogni, quello di creare una omogeneità dal punto di vista burocratico, amministrativo, giudiziario e, non ultimo, una strutturazione a livello territoriale di una rete di servizi, di cura e di assistenza.

Il Regno fu ereditario da una parte della tradizione assistenzialistica di secolare memoria effettuata in prossimità di chiese e conventi operata da ordini monastici e a cui va fatto risalire il merito della fondazione di numerosi enti ospedalieri, di soccorso, di aiuto a orfani, a poveri, ammalati e bisognosi in generale, dando vita ad una diffusione estremamente capillare di strutture e ricoveri; da un altro punto di vista, sin dal XVIII secolo, con la propagazione delle idee illuministe e quindi di un pensiero di tipo razionalista, più incline allo sfruttamento della ragione e della scienza anziché di credenze e superstizioni obsolete, tutti gli Stati Preunitari, ciascuno con le dovute differenze, iniziarono a dotarsi di normative inerenti i requisiti per la costituzione degli enti ospedalieri ed altre regolamentazioni atte a disciplinare l'igiene e la sanità pubblica per tutelare la salute dei propri sudditi.

Come si distinguevano, pertanto, all'epoca della fondazione dell'Ospedale Civile degli Infermi di Montemarciano, gli enti ospedalieri, ovvero, con quali criteri si stabiliva l'ordinamento delle strutture adibite all'accettazione ed al ricovero di malati e infermi?

Uno dei primi istituti legali emanati dal giovane Regno d'Italia fu la cosiddetta “Legge Crispi”, la Legge 17 luglio 1890 n°6972, con la quale si definivano le caratteristiche delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza: esse erano quelle “opere pie ed ogni altro ente morale” che avessero il fine di “prestare assistenza ai poveri, tanto in istato di sanità quanto di malattia” con il fine ultimo di reinserimento sociale mediante l'educazione, l'istruzione e l'avviamento professionale ad arti e mestieri o qualunque sistema potesse garantire un miglioramento morale ed economico; l'Articolo 3 prevedeva l'istituzione di una “congregazione di carità” in ogni comune del Regno, in questa normativa non si parlava

dunque di ospedali, ma di enti che si sarebbero dovuti occupare dei cittadini, dei sudditi, meno abbienti, a prescindere dalla loro condizione di salute e dallo status socio-economico, il tutto non sotto l'egida di un apposito Ministero della Salute, bensì di una Direzione Generale della Sanità Pubblica afferente al Ministero dell'Interno. Questo assetto rimarrà pressoché inalterato fino al 1945, quando verrà istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, si dovrà attendere la Legge del 13 marzo 1958 n°296 per l'istituzione del Ministero della Sanità ed il definitivo scorporo dal Ministero dell'Interno.

Quale grande novità apporta però la Legge Crispi al disomogeneo e frammentato panorama ospedaliero italiano? Nell'Articolo 44 si definisce chiaramente che, dall'entrata in vigore della suddetta Legge, spetterà al Ministro dell'Interno, mediante i Prefetti ed i suoi sottoposti, la sorveglianza sulla pubblica beneficenza, ovvero che gli enti benefici, le opere pie preesistenti e le congregazioni di carità di nuova costituzione rispettassero la normativa vigente.

L'Ospedale Civile di Montemarciano venne fondato nel 1890, a pochi mesi di distanza dall'emanazione della Legge Crispi, a seguito dell'unione di due preesistenti opere pie di carattere ospedaliero con un istituto elemosiniero, ossia un ente destinato alla distribuzione di farmaci, aiuti ed elemosine a infermi, malati, sussidi a ragazze povere affinché queste potessero costituire una dote matrimoniale e di una consistente donazione testamentaria effettuata da un illustre e benestante cittadino.

Di seguito il testo integrale del Regio Decreto 14 dicembre 1890 n° 4039 “Che approva la fusione delle opere pie ospitaliere Carradori e Trusiani sotto la denominazione di Ospedale civile degli infermi in Montemarciano e la inversione delle rendite dell'istituto elemosiniero con lo annesso legato Sabbatini.”

UMBERTO I
PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D'ITALIA

Veduta la deliberazione 11 febbraio 1889, con la quale il consiglio comunale di Montemarciano, in provincia di Ancona, propone la fusione delle opere pie ospitaliere Carradori e Trusiani e dell'istituto elemosiniero con l'annesso legato Sabbatini, esistenti in quel comune, allo scopo di provvedere, con le rendite riunite, al mantenimento di un istituto unico sotto la denominazione di ospedale civile degli infermi;

Veduta l'analoga deliberazione della locale congregazione di carità amministratrice delle opere pie predette;

Veduto il voto della giunta provinciale amministrativa;

Veduta la legge 3 agosto 1862 sulle opere pie;

Udito il parere favorevole del consiglio di Stato;

Sulla proposta del Nostro ministro segretario di Stato per gli affari dell'interno, presidente del consiglio dei ministri; Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1

Articolo unico. È approvata la fusione delle opere pie ospitaliere Carradori e Trusiani sotto la denominazione di Ospedale civile degli infermi in Montemarciano, da amministrarsi dalla congregazione di carità, ed è pure approvato a favore dell'istituto predetto l'inversione dei capitali e delle rendite dell'istituto elemosiniero, con annesso legato Sabbatini, esistente nel comune medesimo.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserto nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 14 dicembre 1890.

UMBERTO

La legge capofila, la vera e propria riforma che stabilirà l'ordinamento degli ospedali in Italia, farà la sua comparsa 16 anni dopo l'avvento del fascismo: col Regio Decreto 30 settembre 1938 n°1631, dal titolo “Norme Generali per l'Ordinamento dei Servizi Sanitari e del Personale Sanitario degli Ospedali”; il legislatore stabilisce alcune denominazioni ben specifiche: si distinguono innanzitutto gli ospedali generali dagli ospedali specializzati, i primi destinati ad ogni tipo di paziente ed i secondi riservati a pazienti affetti da specifiche patologie; successivamente la legge prevede una suddivisione in ulteriori 3 categorie distinte.

- * gli ospedali di 1° categoria, aventi oltre 600 degenze, numerose specializzazioni oppure ospedali specializzati con 200 degenze;

- * ospedali di 2° categoria, aventi dalle 200 alle 600 degenze, alcune specializzazioni al suo interno oppure gli ospedali specializzati con una media giornaliera che va dalle 100 alle 200 degenze;

- * ospedali di 3° categoria, aventi dalle 30 alle 200 degenze e che abbiano a disposizione una sala operatoria, degenze per pazienti affetti da condizioni sia cliniche che chirurgiche, nonché spazi per accogliere partorienti e bambini.

Il quadro ospedaliero italiano rimane pressoché invariato fino all'emanazione della Legge 12 febbraio 1968 n° 132, la cosiddetta Legge Mariotti, che andò ad ammodernare i requisiti previsti per ogni ospedale nazionale e a riclassificare gli ospedali sulla base delle specialità a disposizione e del bacino di utenza.

L'Art.19 prevedeva che ciascun nosocomio, per poter essere definito tale, doveva avere un servizio di accettazione, locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni, del sesso ed età dei malati, locali separati per l'isolamento e la cura dei pazienti infetti, un servizio di radiologia e di laboratorio analisi, la possibilità di conservare e somministrare emocomponenti, un servizio di pronto soccorso con relativo servizio ambulanze ecc...

L'Art. 20 distingueva ancora gli ospedali generali dagli ospedali specializzati, ma ripartiva i generali in ospedali di zona, provinciali e regionali, in ordine crescente sulla base della popolazione servita e del grado di specializzazione dei reparti in esso contenuti.

L'Ospedale di Montemarciano, che per la normativa di epoca fascista risultava essere un'ospedale di 3° categoria, con il nuovo assetto previsto dall'Art.21 della L.132/1968 diviene ospedale di zona, e doveva essere dotato di “distinte divisioni di medicina e chirurgia, ed almeno una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia e relativi servizi speciali”.

E' sufficiente, per dare una definizione di un edificio, di una struttura, l'inquadramento normativo che vi è alla base? Potrebbe, certo, ma basti pensare che ogni qualvolta ognuno di noi sente menzionare o viene a trovarsi nei pressi di un ospedale, o al suo interno, viene suscitata tutta una serie di emozioni sulla base del motivo, in genere spiacevole, doloroso se non addirittura luttuoso, che ci porta a parlarne, ad esserne vicino o a trovarvisi all'interno; nella migliore delle ipotesi, l'ospedale è luogo di lavoro, ovvero uno spazio entro il quale il personale trascorre pressoché un terzo del proprio tempo quotidiano. L'ospedale è innanzitutto un'istituzione totale, ovvero «...il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato» (Goffman, 2010). Sono altri chiari esempi di istituzione totale le scuole, le carceri, i manicomi, le caserme.

Alcuni inseriscono l'ospedale nella categoria dei “Nonluoghi” (Augé, 1992) ossia spazi privi di storicità, relazionalità ed identità adibiti alla circolazione delle masse, al consumo e alla comunicazione, al pari di autostrade, aeroporti, quartieri, spazi caratterizzati da un'instabilità assoluta, dalla incertezza, dal transito, dal passaggio e da un individualismo solitario: lungi dal voler contestare questa definizione con un fine semplicemente apologetico, non è del tutto corretto ascrivere l'ospedale in questa definizione in quanto l'istituzione dell'ospedale non è slegata dalla storia; l'ospedale, pur incarnando dinamiche tipiche dei nonluoghi quale caos e frenesia, vede queste caratteristiche costanti nell'arco della sua evoluzione nel corso dei secoli, dai tempi dei lazzaretti nel corso delle epidemie secentesche agli ospedali da campo di battaglia, dagli istituti elemosinieri ottocenteschi alle corsie di pronto soccorso odierne.

Le persone che popolano l'ospedale, inoltre, a prescindere che si parli di pazienti o operatori sanitari, non sviluppano individualismo, non hanno interesse a far prevalere le proprie esigenze a discapito degli altri, se non in caso di dinamiche professionali particolarmente tossiche, ma anzi, più coerentemente con la definizione di istituzione totale, vivono la medesima condizione, accomunati da un destino comune, arrivando a sviluppare rapporti solidali pur essendo sconosciuti fra loro.

Per quanto invece concerne la professione infermieristica, questa ha avuto attraverso i secoli, e soprattutto nell'ultimo, una evoluzione esponenziale di competenze ed uno sviluppo del proprio patrimonio scientifico e culturale.

Partendo dagli istituti normativi più interessanti, che più riguardano il presente elaborato, troviamo innanzitutto la legge che prevede l'istituzione delle Scuole Convitto per Infermiere Professionali, ovvero il Regio Decreto 15 agosto 1925, n° 1832 a cui fa seguito un successivo regolamento emanato con il Regio Decreto 21 novembre 1929, n° 2330 in cui vengono descritte le modalità di istituzione, di amministrazione e di ammissione alle Scuole Convitto, le materie di insegnamento, le modalità di esame e di ottenimento del diploma professionale; per quanto riguarda le infermiere generiche, la prima legge che menziona infermieri non professionali è la 23 giugno 1927, n° 1264, in cui si parla di “arti ausiliarie delle professioni sanitarie”, ma si dovrà aspettare il 1940 per avere un'ulteriore normativa contenente l'elenco di attività, di mansioni, a cui gli infermieri generici dovevano limitarsi ed attenersi.

Con l'avvento della Repubblica, il lavoro di infermiere generico verrà ulteriormente definito dalla Legge 29 ottobre 1954, n° 1046 con cui si dà la possibilità di istituire in seno agli ospedali civili, militari, alle facoltà di Medicina e Chirurgia e ad altri enti pubblici di assistenza, corsi per la formazione delle infermiere e degli infermieri generici: a differenza di quanto ancora accadeva con la professione infermieristica, gli infermieri generici, così come gli infermieri psichiatrici, potevano essere di sesso sia maschile che femminile; per una parificazione in questo senso anche per gli infermieri professionali, si dovrà attendere la Legge 25 febbraio 1971 n°124, che includeva anche la chiusura della Scuole Convitto e

quindi la fine dell'obbligo di residenza all'interno delle scuole per gli studenti. Queste due importanti novità provocarono un rapido incremento delle iscrizioni alle nuove Scuole Professionali.

Un'altra professione infermieristica ha avuto un'evoluzione assai più lenta delle altre: quella dell'infermiere psichiatrico. La prima legge inerente la professione dell'infermiere psichiatrico è il Regio Decreto 16 Agosto 1909 n° 615 dal titolo “Regolamento sui manicomi e sugli alienati”: all'Art.23 si individuano gli unici requisiti per poter accedere alla professione di infermiere psichiatrico, ovvero l'essere “dotati di sana costituzione fisica (...) aver serbata buona condotta morale e civile, sapere leggere e scrivere ed avere compiuti 18 anni”, una volta assunti essi avrebbero dovuto frequentare un corso di formazione tenuto dal direttore del manicomio o da un suo delegato. Per un ampliamento formativo si dovranno aspettare più di 70 anni, con la Circolare dell'allora Ministero della Sanità del 21 settembre 1971 n° 161, dal titolo “Problema della formazione professionale degli infermieri psichiatrici”: ai requisiti individuati nel 1909 si aggiungessero l'obbligo di possedere almeno la licenza media inferiore e di partecipazione ad un corso teorico-pratico di 2 anni tenuto dai direttori degli ospedali psichiatrici.

Circa la percezione e la realtà infermieristica, numerosi autori descrivono la professione a metà del secolo scorso come una professione ancillare, una professione inferiore e in una condizione di dipendenza e subalternità alla professione medica. (Bifulco, 1953 – Cantarelli, 2017 – Di Monte, 1995) A seguito di una repentina evoluzione della medicina, anche l'infermieristica ha avvertito la necessità di evolversi, di migliorarsi, di aver una maggiore responsabilità nell'esercizio della sua professione tramite una più ampia formazione, il ché si è concretizzato con le lotte per l'abolizione del mansionario: grazie all'opera di piccoli gruppi di infermieri, queste battaglie posero le basi alle più moderne esigenze formative a cui fece seguito la comparsa dei corsi di laurea in infermieristica nelle facoltà di medicina e chirurgia. Cantarelli descrive anche la graduale scomparsa delle figure religiose dall'infermieristica: in principio, alcune di esse, data l'anzianità di servizio ed il prestigio acquisito, vennero messe a capo delle Scuole Professionali, ma ciò comportava delle resistenze al desiderio di innovazione in quanto non di rado erano gli ordini religiosi a

stabilire le decisioni da assumere nell'ambito dell'insegnamento, della gestione dei processi formativi sia a livello delle singole scuole sia, di conseguenza, nelle concertazioni a livello federale.

La voglia di cambiamento riferita da Cantarelli era una volontà di contrapposizione alle rigide e gerarchiche norme stabilite da prassi consolidate che vedevano anteporre l'interesse della categoria medica ai bisogni ed alle necessità dei pazienti, grazie all'ostinazione espressa da piccoli gruppi di infermieri si riuscì con una notevole lungimiranza ad interpretare dei bisogni che una grande parte degli infermieri non era in grado di cogliere non per ottusità ma a causa delle quotidianità operativa.

Già nell'epoca descritta in questo elaborato, quindi, c'era un sentimento diffuso, un malumore da parte della categoria infermieristica e una volontà di disancorare la propria formazione da retaggi antichi, obsoleti, che venivano trasmessi all'interno delle scuole professionali e di poter incrementare la propria formazione in un'ottica di più ampio respiro, sebbene la possibilità di creare un percorso formativo universitario era ancora al di là da divenire una realtà.

2. Obiettivi

L'obiettivo di questa tesi è quello di effettuare un'analisi storica di un presidio sanitario – quale l'Ospedale Civile “Carradori Trusiani” di Montemarciano - il che ci consente, di conseguenza, in primo luogo di evidenziare l'importanza del controllo della salute con una ramificazione capillare sul territorio, in secondo luogo vuole mettere in risalto l'importanza della professione infermieristica sia come testimone delle risorse e delle dinamiche presenti sul territorio, sia come protagonista dell'evoluzione del sistema, ieri, come oggi nel contesto dell'istituzione degli ospedali di comunità.

3. Materiali e metodi

Chabod (2012) consente di capire quali fonti prendere in esame al fine di ricostruire un panorama di fondo il più possibile rappresentativo cui riferirsi analiticamente. Secondo lo storico italiano le fonti – primarie o secondarie che siano – possono essere scritte, orali, iconografiche o materiali; definiamo "fonti primarie" quelle costituite da tracce dirette e immediate, prodotte in un lasso di tempo prossimo agli eventi o al contesto storico che si vogliono prendere in esame, mentre con "fonti secondarie" intendiamo quelle costituite da opere storiografiche a loro volta basate su un lavoro condotto sulle fonti da altri studiosi.

Oltre ad ispirarsi al lavoro ed alla metodologia degli storici "professionisti", per realizzare questo elaborato ci si è basati su un'importante produzione di testi di storia dell'infermieristica che negli ultimi decenni è andata arricchendosi sia qualitativamente che quantitativamente, comprendendo autori come: Di Monte, Sironi, Siccardi, Manzoni, Rocco et altri, Ramacciati.

Bloch (1998) sostiene chiaramente che la testimonianza diretta di chi esercita la medesima professione su cui si indaga è di primaria importanza per poter ricostruire l'esatto scenario oggetto dell'analisi e, onde evitare di cadere in inesattezze o peggio in affermazioni mendaci, è essenziale effettuare il confronto reciproco delle varie deposizioni raccolte per scoprire la verità.

Cercare di elaborare la condizione della professione infermieristica presso l'Ospedale di Montemarciano negli anni '70 consente di affidarsi prevalentemente alle fonti primarie più che alle secondarie, in quanto le fonti primarie orali sono ancora viventi e le materiali di relativamente recente produzione, giacché parliamo di documenti risalenti al secolo scorso; per quanto invece concerne le fonti secondarie, non si è individuata una apprezzabile produzione di documentazione in quanto l'argomento è di una tale portata locale e dunque ristretta che queste ultime non sono state realizzate.

Nella ricerca delle fonti primarie documentali ci si è però trovati nella infelice situazione di doversi approcciare, nonostante la graditissima disponibilità del personale, all'attuale riorganizzazione dell'Archivio Storico del Comune di Montemarciano, il che ha reso estremamente difficoltosa il reperimento dei documenti più recenti inerenti l'Ospedale Civile, mentre, per assurdo, è stato più facile accedere agli atti comunali fondativi risalenti al 1889.

Circa le fonti primarie orali è da sottolineare il fatto che si è potuto ricorrere a coloro che nella ricerca sociologica vengono definiti "testimoni privilegiati" ovvero persone che, per il particolare ruolo che ricoprono, possiedono informazioni che possono essere utili per la nostra indagine ed in grado di fornire informazioni valide, dettagliate, accurate in quanto figure attive dell'evento o nel fenomeno oggetto di indagine. Altri sociologi preferiscono altresì parlare di "testimoni qualificati", ovvero "tecnici, esperti, operatori sociali, o protagonisti a vario titolo che potremmo definire, prendendo a prestito un'espressione di uso comune in campo giuridico, «persone informate sui fatti»" (Delli Zotti, 2021 p.96) in grado di fornire al ricercatore informazioni di particolare qualità preferendo il termine "qualificati" a "privilegiati" in quanto quest'ultimo termine potrebbe lasciar intendere che gli interlocutori individuati appartengano a strati sociali particolarmente agiati.

Alla luce di ciò, sono state realizzate delle interviste a due, ovvero quelle che vedono un intervistato ed un intervistatore, in modalità semi-strutturata, ossia con un buon coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore, una scarsa standardizzazione sia delle domande che delle risposte ed un'elevata libertà fra i due "attori" durante l'interazione. I risultati di questa modalità di intervista in genere sono da considerarsi scarsamente generalizzabili, perché condizionati dalla soggettività e dalla specificità della situazione di intervista. Le interviste alla collega infermiera generica ed al medico sono state registrate e successivamente dattiloscritte.

Altra utilissima fonte primaria materiale è stata una fotografia risalente al 1971 scattata all'interno della sala operatoria, immagine da cui si possono ricavare una miriade di informazioni, tali da poter descrivere l'attività chirurgica dell'epoca, il personale impiegato e la gerarchia delle figure coinvolte. Altre fonti di riferimento sono state ricercate nella

storiografia e memorialistica locale inerenti alla storia del Comune di Montemarciano. A tale proposito sono stati presi in visione i materiali prodotti negli ultimi vent'anni e di proprietà del sottoscritto.

4. Risultati

I risultati di questa tesi sono molteplici: il primo è senza dubbio l'aver ottenuto uno spaccato limpido della professione infermieristica in una realtà rurale come quella del Comune di Montemarciano negli anni '70 e l'aver osservato quanto fosse solido il legame della struttura sanitaria con il territorio. Si è poi osservato come la dimensione professionale dei sanitari fosse messa a stretto contatto con una popolazione la quale non era semplicemente un'utenza passiva e sconosciuta, ma molto spesso costituita da conoscenti, amici, parenti o comunque soggetti rappresentanti un tessuto sociale che poneva il nosocomio e le sue professionalità all'interno di una rete di servizi portatrice di risorse e stimoli verso l'innovazione o l'adattamento alle circostanze.

La testimonianza dell'infermiera mostra la considerazione della professione infermieristica, al tempo, come ascensore sociale, professione in grado di elevare la posizione sociale della persona sia in termini di prestigio all'interno della piccola comunità, sia dal punto di vista strettamente economico, per i redditi bassi. All'interno della piccola struttura ospedaliera vi era una sola infermiera professionale, una religiosa, mentre il restante personale era costituito da infermiere generiche.

L'intervista al medico ha mostrato la quotidianità di una clinica, povera dei molti mezzi diagnostici oggi disponibili, ma ricca di una stretta correlazione fra preparazione scientifica e prossimità relazionali utili a garantire, nel piccolo, le migliori cure possibili, sempre in stretto rapporto con colleghi e strutture provinciali e regionali.

La narrazione fornita dalla paziente, infine, è stata utile per capire quale fosse la percezione della suddetta struttura da parte dell'utenza: i medici godevano di un prestigio unico all'interno della comunità, il personale infermieristico era, come già accennato, depositario di una importante relazione di fiducia. Un quadro che riusciva a rispondere in maniera utile ai numerosi bisogni di salute espressi dall'intera comunità.

5. Discussione

In questa parte della tesi verranno prese in considerazione le fonti individuate cercando di darne lettura sia mediante interpretazione fotografica (Fotografia), sia in quella di fonte orale (i Testimoni) in un approccio coerente agli obiettivi della ricerca.

Successivamente si vuole analizzare la professione infermieristica da due punti di vista: il primo vuole osservare peculiarità e caratteristiche della professione declinata in scenari lavorativi territoriali, confrontando la condizione nell'epoca presa in esame con la realtà odierna, il secondo effettua lo stesso confronto, ossia la condizione al giorno d'oggi con quella di circa 50 anni fa, da un punto di vista più meramente sociologico.



Fig.1 – Seduta operatoria (Manfredi A. Magnini S., 2010)

5.1. LA FOTOGRAFIA

Scovata fra le numerose fotografie ritraenti la vita di paese nel pregevole libro fotografico dal titolo “Montemarciano Gioielli d'Archivio”, pubblicato nel 2010, la fotografia è forse uno dei migliori strumenti che possa descrivere la quotidianità della realtà ospedaliera. Partendo dalla didascalia nella pubblicazione, questa riporta le seguenti parole: “1971. Nella sala operatoria dell'ospedale civile di Montemarciano, sono impegnati in un intervento chirurgico, da sinistra: l'assistente Alberto Cionna, il dott. Socrate De Angelis, il dott. Michele Daconto, l'anestesista dott. Raffaele Cimarelli, l'infermiera Evelina Giallonardo in Manocchi e Suor Lidia Stroppa”: pur ricca di particolari, nel corso delle ricerche effettuate per questa tesi, è stato possibile risalire all'esatto inquadramento professionale di tutte le figure presenti: abbiamo tre medici, di cui due chirurghi, rispettivamente il primario ed il suo assistente chirurgo, ed un anestesista, una suora, ovvero l' unica infermiera professionale con mansioni di caposala, un'infermiera generica ed infine un meccanico ortopedico ed ernista.

Di dettagli che risaltano all'occhio ne abbiamo sicuramente numerosi: in primis, la presenza all'interno di una sala operatoria di una suora, figura oggi del tutto estranea al personale sanitario, possiamo poi osservare come l'anestesista, in posizione seduta, in prossimità della testa del paziente, non indossi alcun dispositivo di protezione individuale a differenza dei suoi colleghi impegnati nell'intervento, ma anzi indossi camice e cravatta e sia ben visibile in volto, privo di mascherina; degli altri, né la già menzionata religiosa né l'infermiera generica in secondo piano indossano i dispositivi di protezione, né un vestiario differente da quello normalmente impiegato in reparto, mentre il meccanico ortopedico ernista non indossa la mascherina in maniera adeguata.

Circa quest'ultima figura professionale, risulta quantomai curioso vedere nelle vesti di “ferrista”, come si usava dire all'epoca, un meccanico ortopedico, figura ad oggi denominata “tecnico ortopedico” e che, al 2021, in Italia contava solamente 2068 unità: la curiosità a riguardo sorge in quanto mai nei profili definenti le mansioni e le responsabilità di questa professione era prevista la sua presenza in sala operatoria. E' dunque un errore di

didascalica? O era piuttosto una “piccola libertà” professionale concessa ad una persona di comprovata fiducia, libertà che ci si assumeva all'interno delle mura di un isolato ospedale di zona? Difficile dirsi, in quanto tutte le persone presenti nella fotografia sono decedute da tempo.

Ciò che risulta evidente infine è che l'esercizio della professione medica in generale e della disciplina chirurgica in particolare fossero prevalentemente appannaggio del sesso maschile: è solo a partire dall'inizio degli anni '70 che le facoltà di medicina e chirurgia videro un progressivo ed importante aumento delle iscrizioni da parte di donne, passando da un 18% dell'Anno Accademico 1970/71 al 35% dell'Anno Accademico 1980/81, sebbene per i primi anni le specializzazioni preferite fossero pediatria, anestesia, psichiatria, igiene ed odontostomatologia, in tendenza con gli anni precedenti (Vicarelli, 2022). Al contrario, per così dire, la professione infermieristica fu riservata, come già anticipato, alle sole donne fino al 1971, .è dunque facilmente comprensibile il motivo per cui le uniche due donne presenti in sala operatoria fossero 2 infermiere.

5.2. L'INFERMIERA

Avere a disposizione dei testimoni qualificati è emozionante, a tratti commovente, specie se si effettuano indagini e ricerche inerenti la propria professione in un'epoca che a tratti sembra remota: il tutto è ancor più avvincente considerando di aver avuto modo di intervistare una delle ultime infermiere ancora in vita, ancora perfettamente lucida nonostante la veneranda età ultranovantenne.

L'intervista parte sfatando uno dei miti più durevoli inerenti la nostra professione, ovvero che solo coloro i quali fossero depositari di una qualche sorta di vocazione sarebbero stati in grado di esercitarla opportunamente: alla domanda specifica inerente la motivazione per cui ella decise di intraprendere il lavoro di infermiera, S.S. risponde semplicemente che il lavoro che svolgeva prima non era più di suo gradimento e decise di cambiare, soprattutto al fine di poter garantire un miglior avvenire per sé e la sua famiglia.

Nel corso di tutta l'intervista, l'anziana collega mi descrive alcune attività della quotidianità lavorativa, dalle attività prettamente assistenziali al lavoro in sala operatoria, dall'assistenza notturna alle partorienti che si presentavano in accettazione alla preparazione del materiale da sterilizzare, il tutto mi viene dettagliatamente spiegato come se le immagini scorressero vivide di fronte ai suoi occhi, come se ella fosse ancora in grado, nonostante gli anni trascorsi, di riprendere ad eseguire quelle stesse attività nel corso dell'intervista.

Scopro poi da alcuni indizi, come il semplice fatto di aver frequentato un solo anno di corso, che la collega non era un'infermiera professionale bensì un'infermiera generica, dal suo racconto però non emerge alcuna particolare disparità fra le due figure, anzi, nell'Ospedale Civile di Montemarciano, le infermiere laiche erano tutte infermiere generiche, mentre l'unica infermiera professionale era la suora caposala: era quest'ultima infatti, a praticare “le endovenose”, unica mansione peculiare riservata alle infermiere professionali e proibita alle generiche emersa nel corso del colloquio.

Cosa consegue da tutto questo? Dal racconto di S.S, in sostanza, si nota come le infermiere generiche erano semplicemente infermiere, mentre le suore erano, altrettanto semplicemente, suore che esercitavano anch'esse la professione di infermiera con alcune competenze in più, a queste ultime si doveva naturalmente il rispetto e la reverenza riservata alle figure religiose e ai ministri del culto, ma non vi era una rigida superiorità gerarchico-professionale fra le due figure, almeno nella piccola realtà oggetto dell'indagine.

Altro fatto lampante che emerge dall'intervista è che quello dell'infermiera era un lavoro duro, impegnativo, ma sicuramente più gradevole di altre professioni tipiche nell'Italia del secondo dopoguerra e che portava con sé, oltre al notevole carico di fatica, numerosi attestati di stima e riconoscenza da parte dell'utenza che si serviva dei servizi erogati dalla struttura; altro aspetto è che quella infermieristica era una professione sanitaria ausiliaria, e quindi dipendente della professione medica, ma in svariati momenti, specie in piccole realtà come quella dell'Ospedale Civile di Montemarciano, si poteva godere di una propria autonomia, ad esempio per quanto riguarda le cure e le medicazioni a coloro che afferivano al pronto soccorso.

Altro particolare che non ho potuto fare a meno di notare è che la mia interlocutrice ovviamente adoperava un registro linguistico dialettale, tipico di un'anziana nata, cresciuta e vissuta per tutta la vita nello stesso Comune, a cui però si sommavano termini tipici della nostra professione e del nostro ambito lavorativo: “autoclave”, “telini”, “usa e getta”, “smonto notte”, “endovenosa”, “medicazione”, “terapia”, “vitto”... sono parole estranee al parlare quotidiano comune di un individuo non appartenente all'ambito sanitario, parole che sono comunque rimaste scolpite, indelebili nella memoria, di S.S. Da ciò deriva una intuizione logica: l'uso di una terminologia specifica ci mostra quanto la professione infermieristica sia detentrica di una propria cultura che si consolida in ognuno di noi nel corso dell'esercizio della professione stessa.

5.3. IL MEDICO

L'intervista al dott. U.G., medico chirurgo che ha prestato servizio presso l'Ospedale Civile di Montemarciano dal 1980 al 1982, è stata utile sia per avere un quadro più dettagliato dei servizi offerti dal piccolo nosocomio di paese, sugli interventi chirurgici, sulle patologie che maggiormente venivano trattate in loco e quali invece venivano destinate direttamente agli ospedali più specializzati, sulle collaborazioni con gli specialisti provenienti dall'Ospedale Regionale di Ancona e che settimanalmente prestavano le loro professionalità all'interno del piccolo ospedale di Montemarciano.

Fatto interessante che emerge da ambedue le interviste, ma maggiormente da quella effettuata al dott. U.G., è l'arrivo a Montemarciano, in concomitanza alla promulgazione della Legge 13 maggio 1978, n° 180, dei pazienti psichiatrici: la cosiddetta “Legge Basaglia”, infatti, sancì una progressiva cessazione dell'attività di tutti gli ospedali psichiatrici, strutture dedicate al ricovero e all'isolamento dei pazienti affetti da disturbi mentali e molti di essi, a causa dell'avanzata età o della complessità clinico-assistenziale, non vennero abbandonati al proprio destino, non vennero “consegnati” ai nuclei familiari d'origine ma vennero accolti strutture territoriali preesistenti.

A Montemarciano, quindi, si trovavano a condividere la medesima struttura pazienti affetti da condizioni cliniche, chirurgiche e psichiatriche: questi ultimi, ricorda il dottor U.G. non erano violenti o pericolosi, erano perlopiù persone affette da disagio sociale o gravemente cronicizzati dalla permanenza all'interno delle mura dell'ospedale psichiatrico che avevano semplicemente bisogno di un luogo in cui vivere e di persone che potessero aver cura di loro; si ebbe di fatto uno straordinario esperimento sociale di integrazione del paziente psichiatrico con tutti gli altri pazienti all'interno dello stesso piano della medesima struttura.

Assieme ai pazienti affetti da disturbi mentali, fecero la loro comparsa a Montemarciano anche gli infermieri psichiatrici già impiegati presso l'Ospedale Psichiatrico di Ancona: figura storicamente più dedita ad attività di sorveglianza, di custodia e di repressione piuttosto che ad attività di natura più propriamente infermieristica, per alcuni di essi fu difficile adeguarsi e riconvertire le proprie competenze in un'ottica non più custodialistica ma assistenziale sebbene fra questi vi fu chi riuscì a realizzare un'evoluzione lavorativa grazie alle riforme riguardanti la professione infermieristica emanate nei primi anni '80 e ad ottenere la qualifica di infermiere professionale.

Sempre il dott. U.G. ricorda che l'accettazione di questi pazienti fu principalmente concepita per poter continuare a garantire l'attività dell'Ospedale in quanto questa presenza costante garantiva l'occupazione di un determinato numero di posti letto tale da impedirne la prematura soppressione.

L'Ospedale di Montemarciano ebbe infatti un triste primato: il 23 dicembre 1978 viene emanata la Legge n°833 con la quale si istituì il Servizio Sanitario Nazionale, vennero stabilite le competenze delle singole regioni italiane e vennero create le Unità Sanitarie Locali, ovvero quei complessi di “...*presidi, degli uffici e dei servizi ... i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale*”. In quest'ottica di riorganizzazione della sanità pubblica in chiave territoriale, molti piccoli presidi ospedalieri, i cui costi ricadevano direttamente sulle regioni e non più sullo Stato centrale, furono soppressi e quello di Montemarciano fu il primo piccolo ospedale di paese ad essere chiuso dall'allora USL n°9 di Falconara Marittima.

5.4. LA PAZIENTE

L'intervista a M.N.B., che nel 1972 è stata ricoverata nel nosocomio oggetto di questo elaborato in quanto partoriente, è servita a concludere la catena assistenziale: dopo un medico e un'infermiera era giusto avere un parere, sia sulla struttura sia sul personale che vi trovava impiego, da parte di un paziente.

Il ricordo di M.N.B. dei giorni antecedenti e successivi al parto sono tutto sommato piacevoli, in quanto sia i degenti che il personale erano prevalentemente di Montemarciano: nella camera vicina, nel letto accanto si poteva trovare un'altra gestante con cui si era cresciuti, un'anziana che si conosceva sin dall'infanzia, le infermiere erano coetanee dei propri genitori, in sostanza, essere ricoverati in un Ospedale Civile di un paese che al Censimento del 1971 contava 5589 abitanti voleva dire trovarsi circondati da persone che si conoscevano da tutta una vita; nel descrivere il clima all'interno della struttura, curiosamente M.N.B. usa la stessa espressione utilizzata da S.S., “sembrava di stare in famiglia”.

Altri ricordi sono utili a rendere più vivida la quotidianità delle strutture sanitarie dell'epoca, ella racconta ad esempio una realtà ad oggi del tutto impensabile, ovvero che l'ostetrica trovava perfettamente normale fumare nei pressi dell'unità di degenza della paziente fino a pochi istanti prima del parto così come alcuni medici nel corso delle visite specialistiche antecedenti l'evento.

Più di una volta viene ripetuto quanto, nella sua semplicità di piccola realtà locale, l'Ospedale Civile fosse un vero e proprio presidio di sanità pubblica al servizio della cittadinanza in grado di venire incontro a molti dei bisogni di salute della comunità: il fatto che fossero attivi un servizio di Radiologia, di Laboratorio Analisi e di Pronto Soccorso, oltre che un reparto di Medicina, di Chirurgia e la Sala Operatoria, permetteva di far fronte ad una vasta gamma di necessità quotidiane in un breve lasso di tempo e con garanzia di soddisfazione da parte dell'utenza.

5.5 LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA E LA REALTA' TERRITORIALE ODIERNA

Soprattutto negli ultimi 40 anni della nostra storia professionale, si è posta una particolare attenzione alla declinazione della professione infermieristica in differenti scenari lavorativi, sia ospedalieri che territoriali, ognuno di essi con appositi itinerari formativi e specifici modelli concettuali e teorici per orientare il lavoro degli infermieri al fine di poter assicurare ai pazienti il miglior stato di salute raggiungibile, a prescindere dal luogo in cui vengono offerte le cure. (Calamandrei, 1985)

L'ISTAT stima che, entro il 2032, saranno oltre 17 milioni gli italiani over 65 e cioè il 27,6% del totale della popolazione; di questi, l'80% è colpito da pluripatologie e dalla cronicità, ovvero dalla coesistenza di più patologie che affliggono, più o meno intensamente, il paziente dal momento della diagnosi per tutto il resto della vita. In un quadro di progressivo invecchiamento della popolazione, è quindi evidente come l'attuale erogazione di servizi sanitari pubblici sia inadeguata, incapace di fare fronte al crescente aumento del numero di utenti che si vedranno costretti a ricorrere alle cure nei prossimi anni, sarà necessario dunque ripensare completamente l'impostazione dei servizi sanitari pubblici in un'ottica meno centralistica e sempre più territoriale; è illogico concentrare le spese in grandi ospedali per pazienti acuti trascurando quella che sarà la vera e propria emergenza del futuro: le pluripatologie croniche.

Guardare al passato può essere utile per ripensare il futuro?

L'Enciclopedia Treccani definisce il termine “Presidio” in senso figurato come sinonimo di “protezione, aiuto, tutela” ma a questo possiamo unire il significato primario del termine, quello cioè afferente al linguaggio militare, di luogo da cui si possa effettuare “un’azione di controllo, di vigilanza, di difesa”.

Senza dubbio la maggior radicazione sul territorio di un tempo è da prendere come modello, ma, tenendo conto che l'aspettativa di vita dei cittadini italiani è passata da 71,56 anni del 1970 a 82,80 anni del 2021, alla luce di quanto già dichiarato, l'attività del nosocomio non andrebbe declinata in chiave di lungodegenza o di piccola/piccolo-media

chirurgia come nel 1970 ma come presidio in grado di effettuare una costante operazione di controllo, di indagine epidemiologica, di vigilanza e di difesa della salute e di educazione dei cittadini al fine di ridurre, di limitare quei comportamenti, quelle scelte, che compromettono la salute stessa e di lavorare in concerto con le pubbliche amministrazioni per garantire un ambiente salubre, politiche che abbattano le barriere sociali, che incentivino la socialità sana fra i cittadini, l'attività fisica e quanto di meglio possa influire sullo stato di salute dell'intera comunità; in definitiva, l'ospedale di zona inteso come presidio territoriale di sanità pubblica dovrebbe divenire un nodo nella rete integrata dei servizi socio-sanitari.

Che risvolto può avere questa concezione più moderna di presidio territoriale con la professione infermieristica? Una tematica analoga è stata affrontata dalla Canadian Health Services Research Foundation nel 2010 e riportato nel Rapporto 2011 dell'International Council of Nurses dal titolo "Closing the gap: increasing access and equality" (*Colmare il divario: aumentare l'accesso e l'uguaglianza*): in Ontario, in una situazione in cui, specie nelle zone rurali, centinaia di migliaia di cittadini avevano difficoltà ad accedere ai servizi sanitari, gli infermieri hanno avuto il ruolo di "Care Connectors", ovvero di "Mediatori alle Cure", in grado quindi identificare i pazienti bisognosi di cure, individuare il servizio socio-assistenziale o sanitario più adeguato per i loro bisogni di salute ed infine mettere in contatto i pazienti stessi con quei servizi.

Nell'ambito della sanità territoriale, dunque, la nostra professione può giocare un ruolo fondamentale se declinata in chiave comunitaria e di famiglia, divenendo di fatto un ulteriore nodo nella rete integrata dei servizi socio-sanitari.

Quanto finora accennato ha visto una iniziale impronta normativa con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n°77 dal titolo "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", sebbene attualmente la sua piena applicazione appaia più come un miraggio, una speranza, piuttosto che una realtà in divenire, a causa di una crisi strutturale del welfare sanitario italiano in atto da oltre un trentennio, cioè a partire almeno dagli anni '90. (Giarelli, 2003)

Si evince quindi un necessario ritorno ad una impostazione del sistema sanitario in termini di prossimità ai bisogni di salute della popolazione letta sia come singolo che come comunità. (Tognetti Bordogna, 2010)

5.6. LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA COME ASCENSORE SOCIALE?

Il concetto di “Mobilità Sociale” fa la sua comparsa in campo filosofico e sociologico in concomitanza con la rivoluzione industriale: in controtendenza con quanto accadde in tutta l'epoca medioevale, infatti, grandi masse di popolazione lasciarono il lavoro agricolo per dedicarsi a quello delle fabbriche, dando luogo sia ad un cambiamento dal punto di vista economico-produttivo sia ad una mutazione della struttura sociale.

Per valutare la mobilità sociale va innanzitutto presa in esame la posizione sociale di un singolo individuo o di interi gruppi sociali e, determinata la posizione, possiamo valutare la sua mobilità sia in senso assoluto, osservando cioè due momenti distinti della propria esistenza, oppure in senso relativo, prendendo in esame il punto di raggiungimento di una posizione sociale di diversi individui con identica origine sociale.

Il sociologo statunitense Robert King Merton, nel trattato “Teorie e Strutture Sociali” (1957), sosteneva poi l'esistenza di vere e proprie barriere in grado di condizionare pesantemente la mobilità sociale, ovvero preclusioni etniche, religiose o politiche.

Discorso analogo a quanto accaduto nei grandi paesi industriali del Settecento e dell'Ottocento si ebbe con cosiddetto “Miracolo Economico Italiano” degli anni '50 del secolo scorso, quando progressivamente, complice la meccanizzazione dell'agricoltura e la comparsa di nuove prospettive professionali in ambito industriale, si assistette ad un'importante mobilità sociale: da quanto emerge dall'intervista effettuata alla collega S.S. infatti, il motivo per cui decise nel 1957-58 di effettuare un anno di corso per diventare infermiera generica è stata la concretizzazione del desiderio di ascendere ad una posizione sociale migliore, ella desiderava un lavoro che fosse più proficuo sul piano retributivo, che garantisse una maggiore stabilità economica e la possibilità di crescere serenamente i figli a cui assicurare a loro volta una posizione sociale superiore. Tousijn, già a partire dal 1979,

sottolineava il percorso evolutivo della professione infermieristica richiamandolo successivamente (2000) come un punto di forza del sistema.

Attualmente, però, la professione infermieristica può rappresentare ancora un ascensore sociale?

Da molti anni, circa 30, ormai si parla dell'ascensore sociale come di una struttura statica, ovvero i figli vedono coincidere la propria posizione sociale con la propria origine, di fatto ereditano la posizione sociale dei genitori “...nella società ereditaria dei (anni n.d.r.) Novanta, dove l'ascensore sociale è in panne e i figli ereditano, con i beni, anche il mestiere e lo status dei padri” (Cazzullo, 1999, pag.20).

Ad oggi però il quadro raffigurante tutta la società italiana non delinea soltanto un arresto, ma una rottura, e nei casi peggiori un “funzionamento solo in discesa”, dell'ascensore sociale, un “downgrading” che espone il 26,6% dei giovani a rischiare di perdere la posizione sociale conquistata dai genitori mentre un 24,9% vede la possibilità di una ascesa: questa pericolosa inversione di tendenza tra down- e up-grading è stata rilevata per la prima volta nel Rapporto Annuale ISTAT del 2020.

L'unico caso inerente l'ambito infermieristico in cui sembra si possa intravedere una certa mobilità sociale in termini di ascesa viene osservato nella professione dell'Operatore Socio Sanitario, dove negli anni si è sempre osservata un'importante percentuale di iscritte di sesso femminile, straniere, desiderose di elevare la propria posizione sociale, pur essendo le categorie delle donne, degli immigrati, delle persone con bassa scolarizzazione, componenti un nucleo familiare ascrivibile alla categoria dei cosiddetti «Working Pooors» i gruppi sociali maggiormente esposti alle barriere teorizzate da Merton nel 1957 che ostacolano la mobilità sociale.

Le professioni inerenti all'ambito dell'assistenza infermieristica non rappresentano più dunque una garanzia di ascensore sociale bensì la possibilità di mantenere stabile la propria posizione.

6. Conclusioni

Si può affermare, concludendo, che l'obiettivo preposto di questa tesi è stato raggiunto ed i risultati sono stati coincidenti con le aspettative. Non si può però fare a meno di rilevare un fatto, non senza rammarico: qualora fosse stato pienamente consultabile l'Archivio Storico Comunale e se fosse possibile individuare l'esatta locazione dell'Archivio dell'Ospedale Civile "Carradori Trusiani", che per inciso, ci si augura sia ancora esistente ma semplicemente non attualmente reperibile, sicuramente si sarebbe potuto realizzare un elaborato più completo e più ricco di particolari, di dettagli in modo tale da poter realizzare un esatto ritratto dell'attività ospedaliera e del personale che, nell'arco di 90 anni di attività, si è trovato ad esercitare le proprie professioni all'interno.

7. Bibliografia

- Augé M. (1992) Non-lieux, Seuil Editions, Paris
- Bifulco, C. (1953), Storia dell'assistenza sociale e infermieristica. Casa editrice l'Azienda Ospedaliera, Pontedera
- Bloch, M. (1950) - Apologia della storia o mestiere di storico, Casa Editrice Einaudi
- Braudel, F. (2001) - I tempi della Storia, Edizioni Dedalo
- Calamandrei, C. (1985), L'assistenza infermieristica: storia, teorie, metodi. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Cantarelli M. (2017) L'Evoluzione della professione infermieristica in Il modello delle prestazioni infermieristiche (3^a ed.), CEA, Milano, pp. 1 – 28.
- Cazzullo, A. - La Stampa, 21 agosto 1999, p. 20, Società e Cultura
- Chabod, F. (2012) - Lezioni di Metodo Storico, Editori Laterza
- Delli Zotti, G. (2021) – Metodi e tecniche di ricerca sociale Vol.1 La rilevazione dei dati, Edizioni Università di Trieste p.96
- Dimonte, V. (1995), Da servente a infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia, Cespi Editore, Torino
- Giarelli, G. (2003), Il malessere della medicina. Un confronto internazionale, FrancoAngeli, Milano.
- Goffman, E. (2010) Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Casa Editrice Einaudi
- International Council of Nurses (2011) - Closing the gap : increasing access and equity : International Nurses Day 2011, p.42
- Istituto Nazionale di Statistica - (1976), Sommario di statistiche storiche dell'Italia, 1861 - 1975, Istat, Roma.
- Le Goff J. e Nora P. (1981) – Fare Storia, Casa Editrice Einaudi
- Magnini, S. Manfredi, A. (2010) – MONTEMARCIANO Gioielli d'Archivio, p.60

Manzoni E., Lusignani M., Mazzoleni B. (2007) Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Casa editrice Ambrosiana, Milano.

Raccolta Ufficiale delle Leggi e dei Decreti (1890)

Ramacciati, N. (2003), Infermieri nello Spedale Grande di Perugia, Morlacchi Editore, Perugia.

Tognetti Bordogna, M. (2010), "L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento", in FNOMCeO, Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici, Health Communication, Roma; pp. 151 – 174

Tousijn, W. (1979), Sociologia delle professioni, Il Mulino, Bologna.

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

Vicarelli, G. (2022) – Donne nel SSN: da intruse a protagoniste - Le trasformazioni dei rapporti di cura in Italia in un'ottica di lungo periodo. Il ruolo delle donne medico, DONNE ANAO ASSOMED p.7-8

Sitografia

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

<https://datacommons.org/place/country/ITA?category=Health&hl=it>

<https://lipari.istat.it/digibib/Censimenti>

https://www.istat.it/it/files/2019/04/IST0004793CP1971_Pop_Leg_comuni.pdf

https://www.huffingtonpost.it/economia/2020/07/03/news/rapporto_istat_1_ascensore_sociale_va_in_discesa-5249287/?

[callback=in&code=N2ZLZJNIMTETNMNHNY0ZMJBLTLJZGMTNTI2NZDMYME5NGM2&state=add47bea37b415dae96946c36ec7c31](https://www.istat.it/it/files/2019/04/IST0004793CP1971_Pop_Leg_comuni.pdf)

<https://www.treccani.it/enciclopedia/mobilita-sociale/>

[https://www.treccani.it/vocabolario/presidio_\(Sinonimi-e-Contrari\)/](https://www.treccani.it/vocabolario/presidio_(Sinonimi-e-Contrari)/)

<http://www.disuguaglianzesociali.it/glossario/?idg=62>

<http://www.normattiva.it/>

<https://www.filosofico.net/merton°htm>

<https://www.saluteinternazionale.info/2011/03/gli-ospedali-ditalia-ieri-oggi-domani/>

<https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2019/08/Regio-decreto-16-agosto-1909-n°-615-%E2%80%9CRegolamento-istituzione-dei-manicomi%E2%80%9D-Primo-riconoscimento-giuridico-dell%E2%80%99infermiere-con-la-nascita-dell%E2%80%99Infermiere-Psichiatrico..pdf>

<https://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?>

TipoPag=prodente&Chiave=57935

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=95173

8. Ringraziamenti

A S.S., dolcissima collega e per sempre memoria della professione, al dottor U.G., stimato professionista e a M.N.B., preziosissima testimone, senza i quali non sarebbe stato possibile realizzare questa tesi.

Al mio relatore, carissimo amico e compagno, Giordano, a cui ogni ringraziamento sarebbe inadeguato e insufficiente.

Agli amici e a tutti coloro che hanno sempre creduto in me e sono sempre stati convinti che questa fosse la mia strada.

Ai clienti delle linee automobilistiche Marina-Torrette, amici di una vita e da ora in poi colleghi.

A Giulia, che amo e che mi è sempre stata vicino durante questi due anni di ripresa degli studi. Scusa per tutte le paranoie, per i momenti di autocommiserazione, per la noia, ma se mi sono rimesso a studiare è anche in parte colpa tua.