



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio Sanitari

DALL'ASSISTENZA ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: LE  
DONNE E IL PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE  
DELL'INFERMIERISTICA

FROM ASSISTANCE TO NURSING: WOMEN AND  
PROFESSIONALIZATION OF NURSING

Relatore:  
Dott.ssa Benedetta Polini

---

Tesi di Laurea di:  
Floriana Spanò

---

Anno Accademico 2018 – 2019

## INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO I - ASSISTENZA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA: TEORIE E MODELLI CONCETTUALI	7
1.1 Definizione di assistenza infermieristica	7
1.2 La teoria dei bisogni di Abraham Maslow	11
1.3 La teoria ambientale di Florence Nightingale	14
1.4 La teoria dei bisogni di Virginia Henderson	17
1.5 Il modello delle relazioni interpersonali di Hildegard Peplau	19
1.6 La teoria generale del nursing di Dorothe Orem	21
1.7 Il modello delle attività di vita di Nancy Roper	23
1.8 Il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli	25
1.9 Il modello di salute funzionale di Marjory Gordon	27
1.10 Il modello bifocale di Lynda Juall Carpenito	29
CAPITOLO II - EPOCA ANTICA E MEDIEVALE: LE PRIME FORME ASSISTENZIALI	32
2.1 Contesto storico	32
2.2 Le donne nelle prime forme assistenziali	37
2.3 Considerazioni	44
CAPITOLO III - EPOCA MODERNA: EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA RELIGIOSA E LAICIZZAZIONE	47
3.1 Contesto storico	47
3.2 Le donne nell'assistenza dall'Illuminismo al XIX secolo	53
3.3 Considerazioni	62

CAPITOLO IV - EPOCA CONTEMPORANEA: L'ASSISTENZA	
INFERMIERISTICA NEL XX SECOLO	67
4.1 Contesto storico	67
4.2 Le donne infermiere dalla Grande Guerra alla Seconda Guerra Mondiale	77
4.3 Considerazioni	84
CAPITOLO V - ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA: STORIA	
LEGISLATIVA	87
CONCLUSIONI	100
BIBLIOGRAFIA	106

## INTRODUZIONE

L'infermieristica è un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva.

Il processo di professionalizzazione dell'infermieristica è frutto di un lungo percorso di trasformazione, la cui analisi richiede la ricostruzione delle tappe fondamentali che hanno segnato la storia degli infermieri.

Durante il mio precedente percorso di studio professionale, caratterizzato dal corso di laurea triennale in infermieristica e corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, spesso mi sono ritrovata a confrontarmi con alcune figure di donne che hanno contribuito a costruire la storia della professione infermieristica.

Per la stesura di questo lavoro, mi sono chiesta quanto e come, nel corso dei secoli, questa professione sia stata influenzata dalla figura femminile. Ho deciso così di analizzare la storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica cercando di individuare il contributo offerto dalle diverse figure di donna incontrate.

L'obiettivo di questo lavoro è quindi ricercare come, nei secoli, il processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica, sia stato condizionato dal ruolo sociale rivestito dalla figura femminile.

Per avere una visione più completa è stato necessario indagare sia nella storia dell'assistenza sia in quella della medicina, utilizzando una metodologia basata sulla ricerca e sull'analisi di fonti, quali: testi nelle biblioteche e su Internet, articoli e atti di convegni relativi alla tematica affrontata.

Il periodo da analizzare è risultato molto ampio dal punto di vista temporale, perciò è stato necessario apportare una selezione del materiale raccolto, suddividendo l'arco temporale analizzato in tre diverse epoche storiche: l'epoca antica e medievale, l'epoca moderna e l'epoca contemporanea.

Nella prima parte della tesi vengono analizzati concetti di assistenza ed assistenza infermieristica richiamando le teorie infermieristiche maggiormente diffuse nella pratica assistenziale.

Nei capitoli II, III e IV si analizza il concetto di assistenza nel contesto storico-culturale di riferimento; quindi si cerca di scoprire chi sono le donne dedite all'assistenza, quali sono i motivi che le spingono ad operare, come esercitano l'attività assistenziale e in che modo l'assistenza o l'assistenza infermieristica viene influenzata dal loro ruolo sociale.

Il secondo capitolo è dedicato all'epoca antica e medievale: in questo periodo le attività assistenziali si basano su un sapere esperienziale, basato su conoscenze ereditate e le donne che si dedicano all'assistenza sono prevalentemente donne che decidono di consacrarsi all'ideale religioso basato sulla carità.

Il terzo capitolo è dedicato all'epoca moderna (dalla fine del Medioevo al XIX secolo): periodo in cui si afferma il sapere scientifico e prende avvio la laicizzazione del fenomeno assistenziale; permane l'immagine della donna consacrata, non più all'ideale religioso ma al sacrificio dell'attività assistenziale stessa.

Il quarto capitolo è dedicato all'epoca contemporanea (il XX secolo): in questo momento storico l'assistenza si trasforma in assistenza infermieristica, attraverso l'avvio del processo di professionalizzazione, e non si basa più sul sapere esperienziale ma su conoscenze scientifiche impartite attraverso percorsi formativi specifici. Le donne infermiere riescono ad ottenere un riconoscimento sociale, grazie soprattutto ai due conflitti mondiali che danno loro la possibilità di dimostrare le competenze possedute e di mettere in pratica le conoscenze acquisite all'interno delle prime scuole di formazione infermieristica.

Nell'ultimo capitolo si ripercorre la storia legislativa dell'assistenza infermieristica in Italia e quindi l'evoluzione della professione dal punto di vista normativo.

# CAPITOLO I - ASSISTENZA E ASSISTENZA

## INFERMIERISTICA: TEORIE E MODELLI CONCETTUALI

### 1.1 Definizione di assistenza infermieristica

Prima di procedere con l'utilizzo, in questo lavoro, del termine "assistenza" è necessario ricercare l'etimologia e provare ad individuare il significato profondo di questa parola. "Assistere" deriva da un verbo composto del tardo latino, *adsistere*, che è possibile tradurre con il significato di *stare vicino*. Quindi percorrere l'evoluzione storica dell'assistenza infermieristica significa descrivere come l'individuo ha modificato, nei diversi secoli, il suo modo di "*stare vicino*" (Manzoni, 1996).

Con il termine generico di assistenza si intende designare tutte le forme e le espressioni dell'assistenza umana che riguardano singoli o comunità; per assistenza infermieristica invece l'assistenza prestata esclusivamente dall'infermiere (Manara, 2000).

Secondo l'autore Manzoni, l'essere umano è un animale sociale che vive in gruppo e che, per ragioni prevalentemente culturali, sceglie di aiutare il prossimo: "*da sempre l'uomo assiste l'altro uomo*" (Manzoni, 1996: 2).

L'assistenza quindi, nasce con la nascita dell'uomo e rappresenta quell'evento quotidiano che soddisfa la necessità del vivere e che si compie con azioni quali il

mangiare, il dormire, il muoversi, il riposare, il lavarsi. Può essere pertanto considerata un insieme di eventi che, in particolari momenti della vita di un essere umano, hanno necessità di un intervento esterno per essere portati a compimento: ne sono un esempio i riti di passaggio nascita e morte oppure la malattia (Manzoni, 1996).

E' un fenomeno che interessa, sin dalle origini, in modo particolare la componente femminile e *“trova spiegazione nel principio di solidarietà che rappresenta la manifestazione più elevata di coesione morale di qualsiasi gruppo umano; a maggior ragione nelle popolazioni primitive il principio di solidarietà si configura come uno stato di necessità”* (Manzoni, 1996: 3).

In tempi remoti le attività assistenziali vengono esercitate attraverso un sapere esperienziale tramandato oralmente; soltanto in tempi molto più recenti questo sapere si specializza trasformandosi in competenza e diventando organizzato e scientificamente attendibile.

Così nel XIX secolo si comincia a parlare di *assistenza infermieristica*, una modalità di operare che nasce soprattutto grazie al contributo del positivismo, movimento filosofico e culturale che esalta il progresso scientifico e tecnologico; l'infermieristica rappresenta infatti un modo di agire caratterizzato da azioni che presumono una competenza scientifica precisa.



Con l'espressione *disciplina infermieristica*, invece, si intende l'insieme delle conoscenze, delle metodologie e degli strumenti tipici dell'infermiere, ovvero di colui che eroga assistenza infermieristica (Calamandrei, 1993).

Nel corso dell'ultimo secolo, nel tentativo di trovare una definizione al concetto di assistenza infermieristica, nascono diverse teorie e modelli concettuali basati sul cosiddetto *metaparadigma*, termine utilizzato per la prima volta dalla statunitense Jaqueline Fawcett, una delle prime ricercatrici infermiere che decide di dedicare i suoi studi alle teorie infermieristiche. Secondo l'autrice il metaparadigma definisce gli elementi di cui si occupa una disciplina: il suo campo, i suoi confini, i suoi scopi e ciò che differenzia le discipline tra loro; è una struttura organizzativa concettuale comune a tutte le teorie infermieristiche e costituita da quattro elementi fondamentali (Fawcett, 1984; Negrisolo 2001):

- la persona: beneficiario delle cure infermieristiche, che viene definita dal punto di vista fisico, psichico, spirituale, sociale e culturale (include singoli, famiglie, comunità ed altri gruppi);
- l'ambiente: ovvero l'insieme di tutti gli elementi, condizioni, influenze interne ed esterne che agiscono nei confronti della persona;
- la salute: intesa come livello di benessere o di disagio psicologico, fisico, spirituale provato dalla persona;
- l'assistenza infermieristica: che si riferisce alle azioni intraprese dagli infermieri, a favore di o con la persona, e agli obiettivi e risultati attesi in termini di

soddisfazione dei *bisogni*. Tali azioni vengono messe in atto mediante un processo sistematico che si espleta attraverso le fasi di raccolta dati (assessment), di classificazione dei bisogni/problemi, di pianificazione, intervento e valutazione.

Le diverse interpretazioni attribuite a questi quattro elementi del metaparadigma danno vita negli ultimi decenni a numerose teorie dell'assistenza infermieristica.

Prima di procedere all'identificazione e definizione delle teorie e modelli concettuali più diffusi ed utilizzati nel settore infermieristico è necessario focalizzare l'attenzione sulla definizione di "*bisogno*", concetto strettamente legato al fenomeno assistenziale.

Diversi autori hanno studiato il fenomeno dei "bisogni umani" elaborando specifiche teorie basate sulla centralità della persona umana, intesa come un insieme integrato, strutturato e motivato di elementi costituenti il corpo, la psiche e l'ambito sociale di appartenenza. Da tali teorie si evince che il bisogno è una tensione interna che, spingendo la persona in una determinata direzione, mira alla soddisfazione del bisogno stesso e quindi a garantire l'equilibrio e il benessere individuale. E 'un concetto che deve essere differenziato da quello di *voglia* o *desiderio* in quanto i bisogni sono universali, i desideri, invece, sono temporali e personali (Calamandrei, 1993).

## 1.2 La teoria dei bisogni di Abraham Maslow

Una delle teorie che ha fornito una struttura logica all'assistenza è la teoria dei bisogni dello psicologo statunitense Abraham Maslow, fondata sulla fondamentale importanza di riconoscere che tutti gli esseri umani hanno dei bisogni, a volte difficili da identificare.

Maslow, tra il 1943 e il 1954 elabora il concetto di "*gerarchia dei bisogni o necessità*", divulgandolo nel testo "*Motivation and Personality*". L'autore considera l'uomo come una totalità dinamica e integrata; per cui un bisogno si riverbera sull'individuo nella sua globalità. Non esiste un bisogno unico, come per esempio la fame, ma esiste un bisogno della persona nel suo complesso. Quindi, non sono isolati e a sé stanti, ma si dispongono in una gerarchia di dominanza e di importanza, che Maslow definisce "*piramide*" (Figura n°1).



La piramide dei bisogni Maslow (1954)

Figura n.1

Nella piramide i bisogni si dispongono e si differenziano in:

1. bisogni fisiologici: quelli necessari per la sopravvivenza (fame, sete, desiderio sessuale). Nella scala delle priorità sono i primi a dover essere soddisfatti in quanto alla base vi è l'istinto di autoconservazione, il comportamento più potente che caratterizza tutti gli animali compreso l'uomo.
2. bisogni di sicurezza: sono quelli di stabilità, protezione e dipendenza, che giocano un ruolo fondamentale soprattutto nel periodo evolutivo. L'individuo avverte la necessità di soddisfarli soltanto quando i bisogni primari (fisiologici) sono soddisfatti.
3. bisogni di appartenenza: sono quelli di natura prettamente sociale; coincidono con l'aspirazione dell'uomo a essere un elemento accettato dalla comunità sociale; riguardano l'aspirazione ad avere amici/colleghi, dai quali essere accettato, e quindi ad avere una vita affettiva e relazionale soddisfacente.
4. bisogno di stima: consiste nell'essere percepito dalla comunità sociale come un membro valido, affidabile e degno di considerazione. È un bisogno molto soggettivo che non sempre dipende da come la società si relaziona con l'individuo. Infatti, alcuni soggetti possono sentirsi molto validi al di là dei loro meriti e riconoscimenti reali, mentre altri possono soffrire di sentimenti

di inferiorità e disistima anche se l'ambiente sociale mostra un atteggiamento positivo nei loro confronti.

5. bisogno di autorealizzazione: si tratta di un'aspirazione dell'individuo ad essere ciò che vuole essere e a diventare ciò che vuole diventare (attraverso le proprie caratteristiche personali, le proprie capacità e competenze sociali). Non tutti gli uomini riescono a soddisfare le proprie aspirazioni; ciò provoca la crescita di un sentimento di insoddisfazione sia sul lavoro che nei rapporti sociali.

Alla base di questa piramide quindi, si trovano tutti i bisogni fisiologici, ossia essenziali per la sopravvivenza fisica nell'ambiente. Prima di soddisfare i bisogni posizionati nella parte alta della scala, l'individuo tende a soddisfare quelli più bassi, ovvero quelli più importanti per la sua sopravvivenza. I bisogni più alti tendono a variare molto nel tempo, in quanto ogni persona compie un suo percorso di maturazione e sviluppo motivazionale, all'interno del quale gli obiettivi di livello più elevato possono subire grandi modificazioni.

Inoltre, mentre i bisogni fondamentali per la sopravvivenza, una volta soddisfatti, tendono a non ripresentarsi, almeno per un periodo di tempo, quelli sociali e relazionali tendono ad innescare nuovi obiettivi da raggiungere.

La scalata di questa piramide generalmente avviene dall'individuo in maniera autonoma; tuttavia, in molte situazioni, per l'insorgenza di deficit a vari livelli o per l'alterazione dei meccanismi naturali, egli è costretto a chiedere l'intervento di altri

per superare le difficoltà e raggiungere l'obiettivo di soddisfare il bisogno percepito (Maslow, 2010; Calamandrei 1993).

### **1.3 La teoria ambientale di Florence Nightingale**

La prima teoria infermieristica viene elaborata dall'infermiera britannica Florence Nightingale, vissuta tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo e considerata universalmente la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna perché la prima ad applicare il metodo scientifico nella disciplina attraverso l'utilizzo della statistica. Il concetto chiave della teoria ambientale di Florence Nightingale è appunto l'*ambiente*, inteso come insieme di condizioni e di influenze esterne capaci di agire sulla vita e sullo sviluppo di un organismo e di prevenire, guarire oppure contribuire all'evolvere della malattia. Nightingale ritiene che l'infermiere può favorire la guarigione della malattia controllando e migliorando alcuni fattori ambientali come la ventilazione, il calore, l'odore, il rumore, e la luce. Al contrario, il sudiciume, l'aria viziata, l'umidità, gli odori malsani e l'assenza di luce nuocciono al malato (Calamandrei, 1993).

Nell'opera *Notes on Nursing* (1859), Nightingale definisce i quattro concetti del metaparadigma infermieristico:

- la persona, intesa come paziente, svolge un ruolo passivo, sia verso l'ambiente sia in relazione all'infermiere,

- la salute, intesa come benessere, consente l'utilizzo massimo delle proprie possibilità e può essere mantenuta attraverso il controllo dell'ambiente; la malattia, invece, ritenuta una condizione transitoria della persona che si conclude con la guarigione o con la sua dipartita, è considerata un elemento positivo perché consiste in un processo di riparazione che la natura mette in atto per acquisire nuovamente la condizione di salute,
- l'assistenza infermieristica, vocazione di origine religiosa rivolta alle donne, ha lo scopo di migliorare le condizioni dell'individuo; non è un intervento morale ma è volta a cambiare le condizioni ambientali in cui si trova il soggetto.

L'elemento fondamentale della sua teoria è la conoscenza: l'infermiere deve conoscere la persona, l'ambiente e le alterazioni reali e potenziali che il soggetto può avere, e deve manifestare capacità di osservazione. Grazie all'importanza, attribuita da Nightingale alla conoscenza, l'infermieristica riesce, agli inizi del Novecento, a ricavare una sfera di autonomia di intervento, differenziandosi dal campo medico (Calamandrei, 1993; Sironi, 2010).

I principi enunciati da Florence Nightingale, applicabili ancora oggi nelle attività assistenziali, nei decenni successivi vengono utilizzati come fondamenta per l'evoluzione di numerose altre teorie infermieristiche, che Afaf Ibrahim Meleis, professore di infermieristica e sociologia all'Università della Pennsylvania, nel 1985 suddivide in tre gruppi (Meleis, 2013):

1. le teorie correlate ai bisogni, che si concentrano sulle attività degli infermieri; la persona viene vista come insieme di bisogni e l'assistenza è la risposta ad essi;
2. le teorie correlate all'interazione (o teorie del prendersi cura), che si concentrano sulle modalità con cui gli infermieri operano; l'assistenza è intesa come processo intenzionale che si realizza tramite la relazione di aiuto;
3. le teorie correlate ai risultati, che si concentrano sullo scopo dell'assistenza e quindi sugli obiettivi da raggiungere attraverso l'attività assistenziale.

All'interno di questi gruppi è possibile individuare le teorie e i modelli concettuali maggiormente diffusi nel settore infermieristico italiano (Calamandrei, 1993):

- la teoria dei bisogni di Virginia Henderson,
- il modello delle relazioni interpersonali di Hildegard Peplau,
- la teoria generale del nursing di Dorothe Orem,
- il modello delle attività di vita di Nancy Roper,
- il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli,
- il modello di salute funzionale di Marjory Gordon,
- il modello bifocale di Lynda Jull Carpenito.



#### **1.4 La teoria dei bisogni di Virginia Henderson**

Sulla base del pensiero di Maslow, l'infermiera ed insegnante statunitense Virginia Henderson, elabora negli anni Cinquanta la sua Teoria dei Bisogni, tra le più seguite nel campo dell'assistenza infermieristica di tipo moderno.

L'autrice in quegli anni mostra disapprovazione al modello infermieristico prettamente tecnico che la scuola militare impone ai suoi infermieri: la figura dell'infermiere è vista come un'estensione del medico, dotato di sola manualità e non di competenze specifiche, che agisce senza modelli o teorie di riferimento (Calamandrei, 1993).

Ella ritiene che: *“La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà e le conoscenze necessarie, in modo tale da raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile ...”* (Henderson, 1997:22).

Nel testo *Principles and Practice of nursing* definisce i quattro concetti del metaparadigma:

- la persona, come entità unica, costituita da mente e corpo, che tende all'indipendenza e necessita di assistenza, per poter perseguire la propria salute o incamminarsi verso una morte tranquilla,

- l'ambiente, come tutto ciò che è esterno alla persona e che influisce sul suo bisogno di salute (non viene definito in modo specifico),
- la salute, come la capacità di agire autonomamente e di gestire i propri bisogni (richiede forza, volontà e conoscenze),
- l'assistenza infermieristica, cioè l'attività assistenziale alla persona sana o malata affinché questa riesca a compiere, in modo indipendente, attività per il conseguimento della salute; prevede un lavoro di equipe ma con l'autonomia professionale dell'infermiere e richiede conoscenze fondamentali delle scienze sociali e delle dottrine umanistiche.

In questa teoria, l'approccio alla persona è di tipo olistico e fa riferimento alla necessità di soddisfare quattordici bisogni fondamentali, individuati dalla stessa Henderson:

1. respirare normalmente,
2. mangiare e bere adeguatamente,
3. eliminare i rifiuti del corpo,
4. muoversi e mantenere la posizione desiderata,
5. dormire e riposare,
6. vestirsi e svestirsi,
7. mantenere un'adeguata temperatura corporea,
8. tenere il corpo pulito, i capelli, la barba e i vestiti ben sistemati e proteggere la cute,

9. evitare i pericoli derivati dall'ambiente ed evitare di ferire altri,
10. comunicare con gli altri esprimendo: emozioni, bisogni, paure o opinioni,
11. seguire la propria fede,
12. lavorare,
13. partecipare alle varie forme di ricreazione,
14. favorire un normale sviluppo, curando la salute.

Non sempre però, l'individuo riesce a soddisfare questi bisogni: le ragioni possono essere diverse: legate alla mancanza di volontà (quando è il soggetto stesso che non vuole), alla mancanza di conoscenza (quando non sa come soddisfare i suoi bisogni) o alla mancanza di forza fisica (quando non è in grado di soddisfarli). In tutti questi casi assume un ruolo fondamentale l'infermiere che deve dimostrare di avere competenze nelle materie tecniche, sociali ed umanistiche, competenze nell'approccio scientifico alla risoluzione del problema, capacità di personalizzazione delle cure infermieristiche e capacità di pianificazione assistenziale (Calamandrei, 1993; Sironi, 2010).

### **1.5 Il modello delle relazioni interpersonali di Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau elabora verso la metà del Novecento il modello delle relazioni interpersonali che si basa sulle scienze comportamentali e sui lavori di Freud, Fromm e Maslow. Inserisce infatti, nella sua teoria la psicanalisi e tratta temi quali

l'apprendimento sociale, la motivazione umana e lo sviluppo della personalità. Nell'opera *Interpersonal Relation in Nursing*, pubblicata nel 1952, definisce il nursing come *“un significativo processo terapeutico interpersonale ... e un rapporto umano fra un individuo malato o bisognoso di servizi sanitari ed un'infermiera professionalmente preparata a riconoscere tali bisogni e rispondere con l'aiuto adeguato al paziente”* (Peplau, 1991:16).

Relativamente ai quattro concetti del metaparadigma infermieristico, intende:

- la persona, come singolo individuo e non come famiglia o comunità,
- l'ambiente, come l'insieme delle condizioni generali che, connesse al conseguimento della salute, include un processo interpersonale e definisce la matrice dell'ambiente,
- la salute, come un progresso della personalità e degli altri processi umani verso uno stile creativo, produttivo, personale e sociale,
- l'assistenza infermieristica come un rapporto interpersonale avente lo scopo di favorire il progresso di una personalità verso uno stile di vita creativo, sempre in interazione con gli altri processi umani.

Il suo pensiero è quindi focalizzato sulla relazione instaurata tra infermiere e paziente, all'interno della quale identifica quattro fasi:

1. l'orientamento, in cui avviene il primo contatto tra le due figure, consiste nell'elaborazione dei preconcetti e nell'istaurazione di un primo rapporto di fiducia in cui si definiscono i ruoli,

2. l'identificazione, ossia il riconoscimento del problema da parte del paziente attraverso l'aiuto dell'infermiere,
3. lo sfruttamento, in cui si usa la conoscenza professionale per risolvere il problema,
4. la risoluzione, che rappresenta il momento in cui si conclude il rapporto relazionale perchè il paziente è autosufficiente.

È grazie all'esperienza condivisa, e quindi alla guida e all'aiuto dell'infermiere che la persona riesce a raggiungere l'indipendenza.

Il modello di Peplau è stato utilizzato negli anni soprattutto nel Nursing psichiatrico; tuttavia appare difficilmente applicabile nei casi in cui la comunicazione è limitata come le relazioni con i neonati e con i pazienti non coscienti o con gravi deficit cognitivi (Calamandrei, 1993; Sironi, 2010).

## **1.6 La teoria generale del nursing di Dorothe Orem**

Fa parte del corpus filosofico infermieristico anche il pensiero dell'infermiera statunitense Dorothea Orem che, nel 1958, fonda la teoria conosciuta come *Self Care Deficit Nursing*. Sulla base degli studi pregressi e delle esperienze acquisite, Orem dichiara che: *«l'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di auto-assistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da*

*malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi» (Renpenning et al., 2003:205).*

Quindi il suo pensiero si concentra fundamentalmente su tre concetti:

- ✓ l'auto-assistenza o cura di sé o self care: concetto che fa riferimento alla singola persona capace di mettere in atto dei meccanismi per poter mantenere una propria integrità strutturale e funzionale e quindi che riesce ad avere cura di sé e a mantenere il proprio benessere;
- ✓ il deficit di auto-assistenza: che si riferisce alla persona incapace di fornire a sé stessa un'adeguata cura di sé; pertanto bisognosa di un'assistenza infermieristica, ossia una serie di attività volte a sopperire il bisogno di cura di sé.
- ✓ i sistemi del nursing: ovvero sistemi di rapporto stabiliti dall'infermiere secondo i bisogni di auto-assistenza e secondo la capacità dell'individuo di farvi fronte. Il sistema può essere sostitutivo (se sostituisce totalmente la persona), parzialmente sostitutivo (se sostituisce solo in parte) o di supporto e educazione all'autonomia.

Questi tre concetti, correlati fra di loro, vengono applicati dall'infermiere per la cura della persona e prevedono una relazione di cooperazione e complementarietà tra infermiere e assistito necessaria per il raggiungimento o mantenimento dello stato di salute (Calamandrei, 1993; Sironi, 2010).

## 1.7 Il modello delle attività di vita di Nancy Roper

Nel 1980, l'infermiera Nancy Roper pubblica in Gran Bretagna il modello teorico delle attività di vita, estremamente diffuso nel Regno Unito, in particolare nel settore pubblico, e basato appunto sulle *attività di vita* ossia “*tutte quelle azioni che insieme contribuiscono al complesso processo del vivere*” (Roper et al., 1980:19).

Roper fa riferimento a due modelli concettuali: il modello di vita e il modello di nursing. Nel primo vengono considerate differenti dimensioni, fra loro strettamente collegate, che concorrono a costituire il processo del vivere:

- la durata della vita: distanza che intercorre tra il momento della nascita e la morte,
- la dipendenza-indipendenza: che fa riferimento alla presenza nella vita di ogni persona di fasi in cui l'individuo non conosce come realizzare alcune attività autonomamente (ad es.: neonato, bambino) o, per vari motivi, non ne è più in grado di realizzarle (ad es.: malattia, incidente e, in alcuni casi, vecchiaia),
- le circostanze che influenzano la vita: fattori fisici, psicologici, ambientali, ...
- l'individualità della persona che si riflette sull'esecuzione delle attività di vita,
- le attività di vita: ovvero tutte quelle azioni che si compiono nella vita di ogni giorno per le quali è necessario un aiuto perché non si è più in grado di

eeguirle autonomamente (comunicazione, respirazione, alimentazione, ...).

Il modello di Nursing, invece, basato sul modello di vita, serve per fornire all'infermiere una struttura di riferimento (sia concettuale che pratica) per assicurare un'assistenza infermieristica alla persona efficace ed efficiente. Il modello di vita viene seguito ed analizzato considerando ogni singola fase:

1. la durata della vita: l'infermiere deve considerare a che livello si trova la persona,
2. la dipendenza-indipendenza: l'infermiere deve valutare il grado di autonomia della persona,
3. i fattori che influenzano la vita: l'infermiere deve conoscerli e capire in che modo interferiscono nell'autonomia della persona,
4. l'individualità nel vivere: l'assistenza infermieristica deve essere individualizzata e personalizzata,
5. l'attività di vita: l'infermiere interviene quando la persona non è più in grado di svolgere autonomamente le proprie attività di vita.

Nei suoi scritti, Roper associa il concetto di assistenza infermieristica al problema infermieristico: quando la persona non riesce a svolgere autonomamente le attività di vita per interagire con l'ambiente circostante incontra un problema, ossia una discrepanza fra ciò che è e ciò che dovrebbe essere rispetto allo svolgimento delle attività di vita. È in questo momento che entra in gioco la figura dell'infermiere che



a seconda del problema riscontrato deve sostituirsi alla persona, aiutarla oppure procedere con azioni di tipo educativo-informativo (Calamandrei, 1993; Sironi, 2010).

### **1.8 Il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli**

Oggi in Italia è più diffuso l'utilizzo, seppure a macchia di leopardo, del modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli, vicedirettrice della scuola di discipline infermieristiche dell'università di Milano fino al 1999 e prima teorica italiana dell'assistenza infermieristica.

Il suo è un modello manageriale che fa proprie le istanze di professionalizzazione degli infermieri; richiede infatti, che da parte dell'infermiere ci sia un maggiore empowerment e una maggiore autonomia, limitata solo nel lato diagnostico e terapeutico, in cui sussiste la necessità dell'intervento medico.

L'assistenza infermieristica, per Cantarelli consiste in un complesso di azioni fra loro coordinate che hanno l'obiettivo di risolvere un bisogno specifico, manifestatosi in una persona che si trova in una particolare condizione fisica o psichica. Le azioni vengono definite *prestazioni infermieristiche* e il bisogno specifico di assistenza viene inteso come la necessità/esigenza da parte dell'essere umano di ricevere assistenza infermieristica qualora si presentino particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedono. Il bisogno può essere manifestato

oppure non conosciuto; in caso di bisogno non conosciuto l'infermiere, attraverso l'individuazione della domanda di assistenza, il trattamento tecnico-specialistico e il tipo, la qualità e la quantità della prestazione, è in grado di trasformarlo in bisogno manifestato.

Questo bisogno di assistenza infermieristica quindi, può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede la conoscenza, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno.

Cantarelli individua undici bisogni assistenziali, quali per esempio respirare, alimentarsi, muoversi e per ciascuno definisce un'azione infermieristica ossia una *prestazione*.

La prestazione può essere:

- semplice, quando l'esecuzione delle azioni è certa,
- complessa, quando i rischi sono elevati ed esiste incertezza nel risultato,
- autonoma, quando sono individuate precise competenze infermieristiche e la responsabilità del professionista sul risultato è piena e diretta; in questo caso l'interdipendenza con gli altri professionisti è assente o bassa,
- ad alta interdipendenza, quando il risultato della prestazione è garantito da diversi professionisti e la responsabilità infermieristica è parziale.

Nell'ambito di ciascuna prestazione l'infermiere è responsabile di indirizzare la persona, guidandola, sostenendola o sostituendola per poter compensare ai suoi

deficit, di agire con autonomia, competenza e responsabilità e di adottare un comportamento riconducibile al modello professionale, ovvero attivo e propositivo (Calamandrei, 1993; Cantarelli, 2017).

### **1.9 Il modello di salute funzionale di Marjory Gordon**

L'americana Marjory Gordon, teorica e professoressa di infermieristica, alla fine del XX secolo, ha elaborato una teoria di valutazione infermieristica nota come "modelli di salute funzionali". L'autrice ritiene che per avere una visione totale del singolo individuo è necessario analizzare ogni sua azione e necessità conoscendone le abitudini. Il pensiero di Gordon ha carattere olistico e si applica alla persona assistita (al gruppo o alla collettività) a prescindere dal contesto in cui si richiede assistenza infermieristica, dalla sua età e dal punto in cui si trova il rapporto salute-malattia. Secondo la sua teoria tutti gli esseri umani hanno in comune certi modelli funzionali che influenzano la loro salute, la qualità della vita e la realizzazione del potenziale umano. L'identificazione di questi modelli rappresenta il centro di interesse dell'accertamento infermieristico in quanto permettono all'infermiere di individuare quali sono i modelli funzionali (punti di forza del cliente) e quali invece disfunzionali (i modelli per cui è necessario procedere con le diagnosi infermieristiche).

Così per poter semplificare la valutazione delle varie caratteristiche personali di un individuo, propone una suddivisione in undici modelli funzionali, all'interno dei quali si possono raggruppare i comportamenti e le necessità degli esseri umani:

1. percezione-gestione della salute;
2. nutrizionale-metabolico;
3. eliminazione;
4. attività-esercizio fisico;
5. sonno-riposo;
6. cognitivo-percettivo;
7. concetto di sé-percezione di sé;
8. ruolo-relazione;
9. sessualità-riproduzione;
10. coping-tolleranza allo stress;
11. valori-convinzioni.

Affinchè l'assistenza infermieristica sia efficace secondo Gordon è necessario prendere in considerazione tutti i modelli per ciascun assistito, considerarli interconnessi tra loro ed evitare di trascurare gli eventi passati (Calamandrei, 1993; Sironi 2010).

### **1.10 Il modello bifocale di Lynda Juall Carpenito**

Basandosi sui modelli funzionali di Gordon e sulla teoria dei bisogni di Henderson, Lynda Juall Carpenito nel 1980 sviluppa il suo modello bifocale dell'attività clinica. Secondo tale modello, l'infermiere durante la sua pratica professionale mette in campo due le tipologie di intervento: da un lato le attività legate a situazioni nelle quali egli stesso è protagonista e prescrittore (diagnosi infermieristiche) e, dall'altro, le attività connesse a situazioni durante le quali collabora con altri professionisti (problemi collaborativi).

Gordon definisce la diagnosi infermieristica un giudizio clinico riguardante le risposte di una persona, famiglia o comunità a problemi di salute che possono essere reali o potenziali; rappresenta la base sulla quale l'infermiere sceglie gli interventi da attuare al fine di raggiungere determinati obiettivi, e costituisce la sfera di completa autonomia e responsabilità della professione infermieristica.

I problemi collaborativi, invece, sono definiti come delle difficoltà che gli infermieri individuano e cercano di modificare attraverso interventi di prescrizione medica; per questo sono espressione della capacità dell'infermiere di lavorare in équipe, nel rispetto delle altre categorie professionali e dell'assistito. Le situazioni cliniche nelle quali l'infermiere interviene sono organizzate da Carpenito in cinque ampie categorie:

- problemi fisiopatologici (es. IMA, ustioni, personalità borderline, ecc.);
- problemi correlati a trattamenti (es. dialisi);

- problemi personali (es. avvicinamento alla morte, divorzio, trasferimento, ecc.);
- problemi ambientali (es. scala senza corrimano, luoghi di lavoro a rischio, ecc.);
- problemi correlati a fasi maturative (invecchiamento, ruolo genitoriale, bullismo, ecc.).

Questa classificazione pone in evidenza il processo di pensiero che l'infermiere deve sviluppare, attraverso le proprie conoscenze e competenze, per riuscire a risolvere il problema presente; deve infatti, essere in grado di individuare gli obiettivi da raggiungere e i relativi interventi, a seconda delle caratteristiche di ogni singolo assistito.

Il modello bifocale di Carpenito rappresenta un validissimo strumento per trasportare nella pratica infermieristica le conoscenze teoriche apprese dall'infermiere durante il suo percorso formativo, allo stesso tempo, permette l'erogazione di un'assistenza infermieristica responsabile basata su evidenze scientifiche (Sironi, 2010; Carpenito 2010).

Dall'analisi delle precedenti teorie e modelli concettuali, diffusi nel settore infermieristico italiano, l'infermieristica appare una disciplina che, alla pari di tante altre, necessita di modelli per dare risposte efficaci ed efficienti a situazioni diverse. È importante non soffermarsi su una singola teoria ma prendere in considerazione

più teorie e modelli correlati perché insieme offrono una visione di riferimento esaustiva. Ciò significa che non esiste una teoria migliore rispetto alle altre, la scelta dipende dal contesto e dalla circostanza in cui l'infermiere si trova in quello specifico momento (Calamandrei 1993, Sironi, 2010).

## CAPITOLO II - EPOCA ANTICA E MEDIEVALE: LE PRIME FORME ASSISTENZIALI

### 2.1 Contesto storico

Dal Medioevo fino alla Riforma Luterana l'incarico assistenziale è quasi totalmente gestito dal potere ecclesiastico, tanto che la Chiesa diviene l'unica depositaria del dominio spirituale della carità. I principi di amore e carità, fondamenti morali di natura cristiana, danno l'impulso alla creazione di strutture, grazie ai fondi, alle donazioni e alla dedizione dei religiosi.

Nel Primo Concilio di Nicea, nel 325 d.C., per ordine di Costantino il Grande, viene stabilito che in ogni città deve esistere un luogo separato per pellegrini, infermi e poveri denominato "ospizio per pellegrini"; fra questi si ricordano gli ospizi e gli asili sorti per opera di S. Elena, madre di Costantino, per opera di S. Basilio e di S. Giovanni Crisostomo. La Chiesa cattolica, in questo periodo, provvede oltre che ai malati, anche ai poveri, alle vedove e ai forestieri, stabilendo la costruzione di un ospedale in ogni città dotata di una cattedrale (Caramia, 1997).

Si diffondono così gli *xenodochia* e le *diaconie*, ospedali primitivi la cui giurisdizione è operata da vescovi, diaconi e suddiaconi, che inizialmente nascono per accogliere pellegrini e viaggiatori, ma poi la loro destinazione viene rapidamente allargata comprendendo diverse tipologie di bisognosi. In Francia si



distinguono i “Pia Loca”, strutture adibite all’ospitalità e alla cura delle persone bisognose, dai “Loca Hospitalia” luoghi dove gli “infermi” (ciechi, folli, moribondi, ...) trovano un ambiente caritatevole, di conforto e di speranza. Sono strutture annesse ai monasteri, dove i monaci imparano i primi elementi della medicina con un approccio più razionale (Caramia, 1997).

Sono i nestoriani, coloro che seguono la dottrina cristologica attribuita al vescovo di Costantinopoli Nestorio, a diffondere l’idea dell’ospedale moderno, in greco *nosokomeion*, costruendone ovunque loro si stabiliscono: Nisibis, Gundishapur, Damasco, Alessandria, Gerusalemme. Queste tipologie di ospedali si diffondono in Europa soprattutto dall’XI secolo: si tratta soprattutto di “ospizi”, dove chi non può permettersi alberghi e osterie viene ospitato gratuitamente e rifocillato (quindi soprattutto per pellegrini e indigenti). Essi si trovano disposti lungo le vie di transito, nella città come nelle campagne, e sono strutture di matrice religiosa, organizzate strutturalmente come i monasteri e giuridicamente come le confraternite. A capo si trova solitamente uno “spedalingo”, rappresentato quasi sempre da un ecclesiastico. (Manzoni, 1996; Caramia, 1997).

Oltre al principale contributo ecclesiastico in campo assistenziale, in questo periodo, va anche ricordato l’impegno di privati e nobili che trasformano le loro residenze in luoghi per l’accoglienza dei più bisognosi dove loro stessi prestano assistenza: come nel caso di Placidia, moglie dell’imperatore Teodosio, di Sofia,

moglie dell'imperatore Giustiniano e di Fabiola, nobile patrizia romana che pratica le cure ai più umili e ai più bisognosi seguendo l'esempio di San Girolamo.

Nell'Alto Medioevo l'attività assistenziale non è molto sviluppata, poichè è diffusa l'idea che la malattia sia la rappresentazione della volontà di Dio: l'assistenza viene prestata soprattutto agli infermi ed ai morenti ed è di natura religiosa (Casagrande, 2004).

Nel periodo che intercorre tra il V e il IX secolo è possibile individuare due rilevanti fenomeni che hanno inciso sullo sviluppo del sapere assistenziale, concetto fondamentale dell'assistenza:

- il monachesimo occidentale il cui iniziatore è Benedetto da Norcia: si associa la figura della sorella Scolastica che dà avvio alle fondazioni monastiche femminili;
- il feudalesimo che fornisce un'abitazione, cibo e protezione agli uomini in cambio del lavoro della terra: essendo gli uomini impegnati a lavorare, l'assistenza è esclusiva delle donne.

Nascono così numerose strutture, come le scuole mediche ospedaliere, che diffondono le conoscenze, tramandate soprattutto nei monasteri, e lo spirito assistenziale di partecipazione e condivisione delle sofferenze altrui. Il primo ad incoraggiare i monaci allo studio della medicina e all'insegnamento delle erbe e dei medicinali è Flavio Magno Aurelio Cassiodoro, che riprende lo studio e la diffusione di Ippocrate, Galeno, ed altri dando un forte sostegno e sviluppo

all'educazione medica. I Benedettini fondano le scuole di Carlo che, nell' 805, ordina che la medicina, sotto il nome di fisica, venga introdotta nei programmi regolari di insegnamento. Infatti, il monastero di San Gallo nell'820 risulta costituito da un giardino di erbe mediche, da sei camere per malati, da una farmacia e da un alloggio speciale per i medici, che fanno di esso il primo esempio di ospedale nell'Europa Occidentale.

All'interno di queste strutture è sempre presente un *monachus infirmarius* che svolge attività molto simili a quelle che successivamente caratterizzeranno le professioni di farmacologo, medico e farmacista. Costui infatti prepara le medicine e cura i monaci malati, i pellegrini, gli anziani ed i poveri in genere (Caramia, 1997). Per tutto il Basso Medioevo la Chiesa continua a tenere il primato gestionale dell'assistenza che però, vive in questo periodo una fase di rilassatezza responsabile di numerosi episodi di emarginazione delle persone malate. Ciò favorisce l'aumento del personale laico dedito all'assistenza, rappresentato perlopiù da ex carcerati e prostitute: tale situazione porta il fenomeno assistenziale a vivere un periodo di grande decadenza (Panebianco, 1968).

In risposta a questa fase di degrado assistenziale la Chiesa decide di provvedere all'individuazione di confraternite ed ordini per la nascita di nuovi ospedali. Allo stesso tempo un miglioramento dell'assistenza è determinato dall'influente attività assistenziale di alcuni santi, come Santa Caterina, Santa Francesca Romana e San Rocco di Montpellier.

Alla fine del XIV secolo, inizia a diffondersi una nuova concezione in campo assistenziale secondo la quale i poteri pubblici sono responsabili di proteggere la salute degli individui. Gli Ospedali così, entrano a far parte del contesto amministrativo urbano: gestiti da confraternite religiose o dalle stesse amministrazioni comunali, hanno a loro disposizione uno o più medici e chirurghi per i ricoverati, e sono retti da statuti che assicurano un trattamento ottimale di vitto e alloggio ai ricoverati, secondo i principi igienici dell'epoca. Tuttavia, da una parte queste strutture migliorano in termini strutturali, dall'altra la qualità dell'assistenza agli infermi continua a peggiorare (Caramia, 1997).

Dopo la metà del XVI secolo la situazione si aggrava maggiormente a causa dell'elevata frequenza di casi che potremmo definire di maltrattamento per opera del personale laico: i malati non sono assistiti in modo premuroso ma molto superficialmente; per esempio chi muore viene lasciato nel letto che spesso condivide con altri malati abbandonati a loro stessi (Gutton, 1977).

Diventa necessario affrontare questa situazione; pertanto si procede con la fondazione di alcuni ordini avente come scopo principale quello di risanare il sistema: l'ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio, le congregazioni ospedaliere di San Camillo de Lellis e quelle di San Vincenzo de' Paoli (Pazzini, 1958; Rocco et al., 2015).

L'opera di queste congregazioni religiose ha un'influenza rilevante sullo sviluppo dell'assistenza infermieristica tra il XVI e il XVII secolo: in particolare San

Vincenzo affida alle donne un incarico pubblico di assistenza, in un periodo in cui la società le esclude totalmente dalla vita sociale.

## **2.2 Le donne nelle prime forme assistenziali**

L'autore Collière sostiene che alle origini l'assistenza è strettamente connessa a due fattori, l'allontanamento della morte e assicurare lo sviluppo della vita; elementi che per qualche tempo vivono un rapporto interdipendente, ma che successivamente segnano l'origine a due distinti orientamenti: rispettivamente la pratica medica e la pratica infermieristica (Collière, 1992).

Relativamente al primo fattore, l'allontanamento dalla morte, l'essere umano svolge pratiche che a seconda delle epoche e delle condizioni socioculturali danno origine a figure come barbieri e chirurghi; ma è con la nascita e lo sviluppo della scienza, che magia, religione e conoscenze mediche cominciano a differenziarsi, dando origine ad un'altra figura: il medico (Vicarelli, 2010).

Tuttavia, è la figura femminile ad essere strettamente legata al secondo orientamento (assicurare lo sviluppo della vita): con la suddivisione dei compiti, la donna è responsabile delle attività domestiche: accudisce i figli, assiste i famigliari, le donne gravide e i morenti. Attraverso l'uso dei sensi, contribuisce alla ricerca dei mezzi di sostentamento, raccogliendo piante, frutti, bacche, radici, che non rappresentano semplicemente alimenti indispensabili a nutrire il prossimo, ma

consentono alla figura femminile di identificarne negli anni le proprietà curative e i segreti, andando a costituire un importante patrimonio di conoscenze. Questo bagaglio di sapere non è condiviso pubblicamente ma viene tramandato oralmente da generazione in generazione e custodito con gelosia (la scrittura, per chi la conosce, è usata per memoria privata e non a scopo comunicativo) (Manzoni, 1996). Risulta abbastanza evidente come l'evoluzione storica dell'assistenza, sin dal Medioevo è fortemente legata al tema della distinzione di genere: la società per diversi secoli è di tipo patriarcale e caratterizzata da una segregazione di genere molto forte che segna l'evoluzione storica di tutte le professioni sanitarie prevalentemente femminili (in particolare l'ostetricia e l'infermieristica) subordinate a quelle maschili (la professione medica). Fin da quest'epoca si delineano i segnali del passaggio da un conflitto di genere ad un conflitto interprofessionale, causa della "dominanza medica", fenomeno che caratterizza ancora oggi le professioni sanitarie (Tousijn, 2000; Spina, 2009).

Nel Medioevo, con l'avvento del Cristianesimo, l'interpretazione del messaggio evangelico da parte della Chiesa annulla la distinzione di genere poiché, nel messaggio salvifico, Gesù non si rivolge né solo all'uomo né solo alla donna. Il cristiano, ai fini della propria salvezza, deve assistere, non perché uomo o donna, ma perché seguace di Cristo. Questa visione, a partire dal IV secolo comincia a subire importanti cambiamenti: la donna infatti, inizia ad assumere caratteristiche sociali diverse e distintive. In questa fase storica, nelle Diaconie, ritroviamo le

*diaconesse* (dal greco diakonos che significa "servitore"), donne che appartengono alle classi sociali più ricche, nubili o vedove, che decidono di dedicare la loro vita alla castità rinunciando alla femminilità. Hanno il compito di prendersi cura dei poveri nelle loro case e di aiutarli a soddisfare alcuni bisogni, tra i quali le cure igieniche, la gestione dei pasti e delle medicazioni oltre che fornire un conforto ed un sostegno spirituale di fronte alla sofferenza ed alla morte. Oltre alle diaconesse, si distinguono alcune *matrone* romane cristiane, di ceto più elevato che contribuiscono a finanziare le assistenze: una di queste è Fabiola che, dopo la morte del secondo marito, si unisce ai discepoli di San Gerolamo con l'obiettivo di diffondere più luoghi possibili in cui assistere pellegrini e malati (Manzoni, 1996; Caramia, 1997).

Nell'alto medioevo le donne laiche, che hanno il compito di lavorare e di crescere i figli, vivono in una condizione di sottomissione maschile. Con il diffondersi dei monasteri benedettini e femminili, la vita monastica diventa la prima forma di emancipazione sociale della donna delle classi superiori. Infatti, per evitare i matrimoni cosiddetti "combinati" ed essere libera da relazioni di subordinazione paterna e/o coniugale la donna sceglie la vita monastica che talvolta le consente di occupare posizioni gestionali ed organizzative, di esplicitare le proprie capacità intellettuali e di mostrare la propria cultura e il proprio impegno a favore della collettività. All'interno di questi monasteri la figura di maggiore rilevanza sociale è la *badessa*, responsabile del controllo e della direzione delle attività assistenziali,

dell'amministrazione, del mantenimento della disciplina e di regolare l'attività quotidiana delle suore e i contatti con il mondo esterno (Manzoni 1996; Caramia, 1997).

Mentre il Cristianesimo inizia un processo di istituzionalizzazione, l'uguaglianza di genere è sempre meno riconosciuta a livello sociale. La Chiesa infatti, che ritrae l'immagine di Eva come oggetto di lussuria (e pertanto condannata), inizia a considerare tutte le donne, che non si consacrano a Dio attraverso il voto di castità, fonti di peccato.

Corpo e spirito sono considerati due entità separate e contrapposte: per essere rispettata a livello sociale la donna deve rinunciare al corpo, simbolo del peccato e spogliarsi della sua femminilità. La vergine, invece, che rappresenta il simbolo dell'esaltazione della spiritualità sulla carne, deve essere umile e camminare e vestire in modo semplice. In tal senso, l'assistenza, prestata in questo periodo, consiste nella consolazione dello spirito e non nella cura del corpo (Manzoni, 1996). Tuttavia, il ruolo sociale della donna che non appartiene alle classi sociali più ricche è invece molto più limitato; come si evince dall'Editto di Rotari del 643 d.C. cap. 204 che recita:

*“Nessuna donna libera, che viva all'interno della nostra monarchia, secondo il diritto longobardo, può vivere autonomamente come meglio le aggrada. Deve invece rimanere sempre sotto la tutela dell'uomo o del Re.*



*Nè essa può regolare o vendere beni mobili o immobili senza il consenso del proprio tutore...” (Manzoni, 1996 p.25).*

Le donne povere continuano ad assistere i propri cari con il loro sapere esperienziale e le loro tradizioni e l'assistenza da loro offerta è molto più legata ad una dimensione corporea, piuttosto che spirituale. Col tempo l'operare di queste donne, il loro sapere e la loro esperienza, cominciano ad essere percepiti sempre più con grande sospetto dalla Chiesa che inizia ad assumere un atteggiamento di riprovazione.

Il Basso Medioevo è caratterizzato dall'importante decisione di Bonifacio VIII (nel 1298) di togliere dalla scena assistenziale la donna religiosa dedita all'assistenza attraverso la bolla papale “Periculoso” che prevede la reclusione forzata degli ordini femminili in clausura.

La clausura provoca la riduzione drastica delle religiose che operano nell'assistenza e di conseguenza la diffusione in questo campo di donne laiche che comunque rispettano l'ideale religioso (si continuava a prediligere la castità e la verginità in quanto il corpo è ancora ritenuto oggetto del peccato).

In questo periodo, nascono numerosi Ordini laici: per esempio, nel 1184 viene istituito l'Ordine delle Beghine di Fiandra che, dirette da una *magistra*, gestiscono personalmente foresterie e ospedali e si prendono cura dei poveri e dei malati dopo aver ricevuto una preparazione assistenziale. Facendo voto di castità, vivono come

le consacrate, ma in realtà non lo sono e possono in qualsiasi momento decidere di lasciare l'Ordine per sposarsi (Dieudonne, 2009).

In un primo tempo le attività delle beghine hanno pieno consenso ecclesiastico in quanto sono svolte da donne devote che non hanno le possibilità economiche per iscriversi ad altri Ordini. Dal 1400 cominciano a subire grandi sospetti da parte dell'opinione pubblica, e soprattutto della Chiesa, perché troppo libere: vivono senza un patrimonio sotto la superficiale sorveglianza di un confessore ed esprimono proprie opinioni su questioni religiose. Per queste ragioni, poco più tardi, la Chiesa decide di intervenire sciogliendo il movimento.

A seguire cominciano a sorgere, ospedali pubblici che vanno a ricercare personale da dedicare all'assistenza nei ceti sociali più miseri; vengono reclutati individui senza alcuna istruzione: ex carcerati, poveri, prostitute, alcolizzate, in gran parte donne verso le quali si nutre un atteggiamento di riprovazione e di condanna. Ciò contribuisce notevolmente a diffondere un'immagine dell'assistenza negativa (Manzoni, 1996).

Fino al XIX secolo, cioè fino al momento in cui numerose scoperte scientifiche introducono importanti novità nel campo igienico e farmacologico, le donne operano attraverso un sapere esperienziale che non è privo di fondamento, perché le conoscenze ereditate (trasmesse oralmente da madre in figlia) permettono loro di conoscere le effettive proprietà medicamentose di ciò che la natura offre, e che spesso si mescola a magia e superstizione: per esempio per la raccolta di alcune

erbe, ritengono sia necessario mettersi controvento per evitare gli influssi negativi, oppure pensano sia di fondamentale importanza recitare formule e preghiere. (Manzoni, 1996; Pazzini, 1947).

Essere malato consiste nell'essere affetto dal male; per cui le donne con le loro pratiche, quasi esoteriche, mirano ad assicurare lo sviluppo della vita attraverso l'eliminazione del male. Questa convinzione porta la Chiesa e l'opinione pubblica a ritenere che essere capace di eliminare il male significa avere anche gli strumenti per generarlo e per infliggerlo. Da qui ha inizio, una fase di allontanamento di queste donne che successivamente si trasformerà, a partire dal XV secolo, in una vera e propria persecuzione, fenomeno che sarà definito con il nome di "caccia alle streghe". In realtà le ragioni che condurranno alla repressione della stregoneria sono molteplici, e non solo strettamente connesse all'immagine sociale femminile: infatti, da una parte, si sviluppa un clima di paura tra la popolazione per l'incapacità dell'uomo di trovare spiegazioni a fenomeni che non possono essere dimostrati razionalmente, dall'altra, aumenta la paura delle classi sociali più ricche nei confronti dei poveri che, essendo numerosi, possono diventare una potenza difficile da controllare (mettendo a rischio il potere delle classi più agiate).

Gli stessi medici cercano di dimostrare la presenza delle streghe e l'inferiorità della donna; essi pur avendo attinto da quel patrimonio, hanno interesse ad allontanarlo, perchè una volta compreso che possedere il sapere medico significa possedere e gestire anche il potere (sociale, economico e politico), una volta arrivato il tempo

delle Università e quindi dei percorsi formativi accademici, essi negano alla figura femminile la possibilità di accedervi.

È Papa Innocenzo VIII, con la sua bolla “*Summis desiderantes affectibus*”, a dare legittimazione alla caccia. Le donne vengono così torturate, costrette a confessare le colpe e a volte bruciate vive; se non ammettono di essere colpevoli si procede alla raccolta di prove, ritenute “scientifiche”, del loro legame con il Diavolo (Manzoni, 1996).

### **2.3 Considerazioni**

Nell’arco temporale che coincide con tutto il Medioevo, prima che l’assistenza si evolva in assistenza infermieristica, è possibile notare l’emergere di forme di proclamazione o di stigmatizzazione della figura femminile in relazione al suo operare in campo assistenziale.

Come si evince dal paragrafo precedente, il concetto di assistenza è da sempre associato alla donna, e ciò poiché, sin dai tempi più remoti, le è stata affidata la gestione della vita dei figli in quanto madre. Con il passare del tempo la cura dei figli e della famiglia si trasformerà in un fenomeno assistenziale sempre più ampio diretto al “prossimo” in generale (indipendentemente se un familiare).

L’idea di assistere il prossimo e non solo i familiari, nasce con l’avvento del Cristianesimo ed è proprio una prima interpretazione ecclesiastica del messaggio

evangelico a definire la relazione sociale uomo-donna in modo paritario (relativamente alle attività assistenziali svolte). È un periodo storico in cui la Chiesa e l'opinione pubblica esprimono gratificazione nei confronti di tutti coloro che operano in questo campo, in quanto assistere il prossimo significa mettere in atto la "parola di Dio".

Intorno al 400 d.C. il fenomeno assistenziale è caratterizzato da un'importante inversione di rotta, conseguenza di diversi eventi che interessano la figura femminile impegnata in campo assistenziale:

- le donne decidono di intraprendere la strada della castità e di prendere i voti per fuggire da rapporti di subordinazione paterna o coniugale tipici delle società del tempo. La scelta di consacrarsi permette loro di mettere in atto e mostrare le proprie capacità soprattutto intellettuali fino a quando cominciano ad essere considerate dalla Chiesa stessa troppo libere di operare e di esprimere opinioni.
- dopo l'introduzione dell'obbligo di clausura per le donne consacrate, l'assistenza passa nelle mani di donne laiche spesso contraddistinte da una pessima reputazione;
- assistere significa per le donne mettere in atto il proprio sapere esperienziale ereditato, spesso associato a riti propiziatori e magici.

Tutti questi elementi, che vedono la figura femminile nella ricerca disperata di una propria identità sociale, contribuiscono a sviluppare nell'opinione pubblica un

atteggiamento di disprezzo e di condanna, nei confronti della donna, che si trasforma in breve tempo in uno degli eventi storici più crudeli, la “caccia alle streghe”.

Secondo l'autore Manzoni, *“il periodo delle streghe fu un momento tanto crudo per le donne quanto importante per la repressione, insieme con esse, della storia dell'assistenza. Il sapere delle donne che da sempre accompagna l'assistenza, e che da sempre è l'assistenza, viene accomunato alla visione negativa data, socialmente, alla figura che l'ha esercitato”* (Manzoni, 1996, p. 61).

Questo fenomeno persecutorio quindi, assume un'importante valenza nel processo di sviluppo dell'assistenza infermieristica: infatti, da una parte essendo un fenomeno prettamente femminile, provoca una riduzione dell'operato assistenziale (soprattutto in termini quantitativi) e di conseguenza rappresenta un freno per l'evoluzione dell'assistenza infermieristica; dall'altra, invece, è un momento storico cruciale in quanto permette di portare alla luce la necessità di ritornare ad un'assistenza diretta nuovamente dalla donna consacrata (cioè dalla donna che mostra la totale dedizione verso la pratica assistenziale, intesa come una vera e propria vocazione). Inizia così, anche se molto lentamente, il processo di sviluppo dell'assistenza *infermieristica* (Manzoni, 1996; Ramacciati, 2003).

## CAPITOLO III - EPOCA MODERNA: EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA RELIGIOSA E LAICIZZAZIONE

### 3.1 Contesto storico

Nel XVIII secolo si sviluppa un movimento politico, sociale, culturale e filosofico, di tipo razionalistico definito *Illuminismo*, secondo il quale la ragione deve essere in grado di spiegare qualunque cosa.

Con la rivoluzione scientifica si afferma la *mentalità scientifica* basata sul *metodo sperimentale*, particolare modalità con cui la scienza procede per raggiungere la conoscenza di una realtà oggettiva, che consiste, da una parte, nella raccolta di dati empirici, dall'altra, nell'analisi logico-razionale e matematica di questi dati (Pazzini, 1947).

In campo medico nasce la clinica che, regolamentata a livello istituzionale, permette lo sviluppo della medicina fondata sul sapere teorico e sulla pratica artigianale (Foucault, 1969).

La medicina, in Europa, e molto più lentamente in Italia, inizia a diventare una scienza nei confronti della quale il fenomeno assistenziale deve confrontarsi e adeguare il proprio sapere.

In questo periodo l'assistenza è oggetto di grandi cambiamenti, continua ad essere fondata sui principi di carità e amore, ma si allontana sempre più da una concezione

cristiana per avvicinarsi alla filantropia: nasce infatti, la figura del filantropo, soggetto nobile o borghese che aiuta lo sviluppo del fenomeno assistenziale attraverso il desiderio di rendersi utile. Adesso l'assistenza comprende sia la previdenza che il soccorso e consiste nella tutela sociale degli individui che si trovano in condizioni di bisogno (Manzoni, 1996).

Va affermandosi così, una società fondata sull'eguaglianza civile e sul miglioramento della qualità della vita attraverso soprattutto la differenziazione di chi ha bisogno di sostegno sociale da chi ha bisogno di sostegno sanitario e quindi di cure (Bressan, 1989).

Con il Risorgimento inizia a diffondersi un orientamento diretto verso l'idea di un servizio ospedaliero dipendente dai pubblici poteri e dallo Stato ma già con il dominio napoleonico, lo Stato decide di affidare completamente la cura dei malati agli ospedali, la cui gestione viene trasferita sotto il suo diretto controllo.

Il XVIII secolo infatti, è caratterizzato da un importante interesse degli enti pubblici verso l'assistenza: vengono stanziati somme per la costruzione e la gestione di nuovi ospedali e allontanata la Chiesa dalla gestione di queste strutture stabilendo un maggiore controllo su tutte le opere pie, laiche ed ecclesiastiche. Vengono soppressi numerosi beni ecclesiastici, ad eccezione di quelli che si occupano dell'educazione dei giovani e che assistono gli infermi (Manzoni, 1996).

La convinzione che la salute degli italiani sia di competenza dello Stato rappresenta un forte stimolo per la nascita, nel XIX secolo, di numerose riforme e leggi che



porteranno alla creazione dei primi sistemi di tutela sanitaria e sociale del Regno d'Italia.

Subito dopo l'unificazione d'Italia, gran parte delle istituzioni assistenziali e sanitarie sono ancora gestite da enti religiosi. Per questo motivo lo Stato nel 1862 decide di emanare la legge n°753, prima normativa unitaria che istituisce presso ogni comune del Regno una Congregazione di carità con lo scopo di amministrare i beni destinati a beneficio dei poveri e delle opere pie; la gestione è affidata ad un consiglio d'amministrazione, eletto dal consiglio comunale (Vicarelli, 2010).

Con la legge n°5849 del 22 dicembre 1888, prima legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica, viene istituita, al Ministero Interno, la Direzione Generale della Sanità Pubblica con a capo un medico igienista. È una grande novità che apporta importanti cambiamenti nel settore sanitario, in quanto i problemi correlati ai bisogni di assistenza sono legati a motivi soprattutto igienico-sanitari e ai bassi standard di vita. Il calo di mortalità, iniziato nel XVIII secolo, diventa più marcato nel XIX secolo grazie al miglioramento delle condizioni di vita ed ai risultati della seconda rivoluzione scientifica (1870-1880).

Nel 1890, durante il governo Crispi, viene introdotta la legge n°6972, "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", che introduce importanti innovazioni (Vicarelli, 2010 ; Vicarelli, 1997): definisce l'intervento dello Stato nel merito stesso dell'attività assistenziale e non più nel solo controllo della parte patrimoniale ed amministrativa, trasforma le Opere Pie in Istituti di beneficenza

regolate nella formazione e nel funzionamento ed istituisce gli Enti di Carità ed Assistenza basati su una beneficenza concepita, per la prima volta, come risposta ai bisogni di carattere concreto e non come strumento per la redenzione dei poveri. Ad esempio, le Opere pie vengono chiuse ma il patrimonio viene devoluto a forme di assistenza, soprattutto verso quelle relative all'infanzia abbandonata, all'istruzione ed alla preparazione professionale. L'opposizione ecclesiastica è notevole, ma il patrimonio delle Opere pie viene comunque sottratto alla chiesa e viene riordinata l'amministrazione in modo da assicurarne la gestione "laica".

Negli ultimi decenni del XIX secolo, parallelamente allo sviluppo della grande industria, fiorisce in Italia una legislazione sul lavoro rivolta ai bisogni di assistenza sociosanitaria della classe operaia. Grazie alla spinta delle prime lotte operaie organizzate, nel 1904 viene approvata la legge Giolitti che si presenta come una integrazione e sistemazione della precedente legge Crispi, che pur introducendo controlli pubblici aveva lasciato inalterato il "carattere privato" della gestione degli istituti di beneficenza e soprattutto non aveva predisposto alcuno strumento diretto di intervento dello Stato nel campo dell'assistenza. La legge Giolitti istituisce una commissione provinciale, con il compito di coordinare l'assistenza nella provincia, ed un Consiglio superiore, responsabile di studiare e valutare i problemi nazionali; si basa principalmente sulla beneficenza e sul fatto che il povero ha diritto ad essere assistito da parte della società attraverso un'assistenza controllata ma soprattutto coordinata ed integrata (Manzoni, 1996; Vicarelli, 2010)

In questo secolo quindi, l'atteggiamento sociale nei confronti della religione cambia ed influenza le scelte politiche e legislative in campo sanitario e assistenziale: da una parte le attività assistenziali rimangono legate ai principi cristiani, dall'altra il contributo laico si sostituisce lentamente a quello ecclesiastico (Manzoni, 1996).

Il risultato di questa situazione è la presenza, nel territorio italiano di tre diversi modelli di infermiera/e (Rocco, 2015):

- L'infermiera suora: donna devota, proveniente da una classe sociale medio-alta che opera per carità cristiana attraverso conoscenze acquisite per pratica o trasferite dai medici;
- L'infermiere/a lavoratore/: uomo o donna che opera solo per avere un salario: proviene da una bassa classe sociale, è senza istruzione ed è dotato/a da una cattiva reputazione perchè non mostra dedizione al malato né una condotta ineccepibile moralmente;
- L'infermiera patriota: donna quasi sempre proveniente dall'alta borghesia, caratterizzata da una elevata istruzione specifica, acquisita sia per pratica che per opera, perchè spinta da un sentimento patriottico e umanitario (ne è un esempio la principessa Cristina Trivulzio di Belgiojoso).

Tra il 1815 e il 1859, i cambiamenti politici, sociali e culturali portano l'assistenza a vivere una fase di grande trasformazione: aumentano sempre più i casi di infermieri che si attivano con lo scopo di raggiungere un corpus professionale e di avviare scuole specifiche di formazione (Rocco, 2015):

- nell'ambito dell'infermieristica religiosa si registrano numerose iniziative di fondatrici e capi di congregazioni che introducono corsi pratici di formazione per le novizie;
- nell'ambito dell'infermieristica professionale (inteso come lavoro salariato), i medici Rusca e Cattaneo predispongono due manuali, con lo scopo di aumentare le conoscenze degli infermieri, diretti ai soli uomini (le donne infermiere sono escluse);
- nell'ambito dell'infermieristica patriottica, emerge il grande contributo di Cristina Trivulzio di Belgiojoso, che introduce importanti novità nel settore infermieristico e politico.

La conseguenza di tutte queste iniziative in Italia è la diminuzione del numero di infermieri privi di formazione e l'aumento del numero di figure dotate di conoscenze e soprattutto contraddistinte dalla volontà di affermarsi socialmente, e quindi di dare una svolta all'infermieristica per trasformarla in una professione fondata scientificamente. Allo stesso tempo però, si diffonde un'opinione pubblica che non sostiene e talvolta ostacola l'opera di queste figure e i loro progetti; motivo per il quale l'infermieristica italiana, da questo momento in poi, inizia a vivere uno sviluppo professionale molto lento e lungo, contrariamente ad altri paesi europei, come la Gran Bretagna, la Francia e la Germania, in cui si registra una crescita infermieristica professionale molto più veloce (Rocco, 2015; Sironi 1992)

### **3.2 Le donne nell'assistenza dall'Illuminismo al XIX secolo**

Tra il XVIII e il XIX secolo l'assistenza subisce importanti cambiamenti che aprono le porte ad un nuovo concetto di assistenza: l'assistenza infermieristica. In questo periodo emerge il fondamentale contributo di numerose donne che, nonostante le convinzioni sociali e culturali dell'epoca, basate soprattutto sul fenomeno della differenziazione di genere, riescono ad affermare e a mettere in pratica le loro idee innovative nel settore assistenziale. La donna fa ancora fatica ad ottenere un riconoscimento sociale e vive in una condizione di subordinazione maschile che non le permette di avere un'autonomia lavorativa.

A livello europeo, alle soglie del Risorgimento, viene introdotto per la prima volta dall'inglese Elisabeth Fry, il termine "Nursing", utilizzato per definire l'assistenza infermieristica tipica dei paesi anglosassoni. Fry si occupa del movimento contro il commercio degli schiavi e crea, con il consenso della regina Adelaide e del vescovo di Londra, una scuola per infermieri, ottenendo il riconoscimento all'associazione di "donne dedite alla cura dei malati". Per non rendere evidente l'ispirazione cattolica cambia il nome da "sorelle di carità protestanti" in "Nursing sisters" cioè "Sorelle Infermiere". La Fry con il suo contributo segna la storia dell'assistenza e della filantropia inglese ed influenza con l'entusiasmo e il rigore, anche religioso, delle infermiere la storia assistenziale americana (Caramia, 1997).

Invece nel territorio italiano, il processo di sviluppo dell'assistenza infermieristica beneficia, tra il XVIII e il XIX secolo, della presenza di due donne dalle idee

innovative e rivoluzionarie che non rispecchiano l'immagine sociale della donna tipica di quell'epoca: la Principessa Cristina Trivulzio di Belgiojoso e Florence Nightingale.

La principessa Cristina Trivulzio di Belgiojoso emerge in questo panorama come una donna d'altri tempi: figlia di nobili lombardi si mostra poliedrica, colta, anticonformista, e fervente patriota. Per un periodo, affiliata alla Carboneria, si trova per una serie di vicende della sua vita, a partecipare come esule ai movimenti rivoluzionari dell'epoca, e, nonostante la sua condizione di donna dell'800 che costituisce un grande limite, riesce ad avere un ruolo di primo piano nella costituzione dell'unità d'Italia. Viene descritta come donna dalla dubbia moralità per essersi separata dal marito e per essere riuscita a vivere la propria vita in maniera autonoma e non all'ombra di un personaggio maschile (Lancia, 2015).

Cristina di Belgiojoso è dotata di una grande umanità e generosità e le sue idee si presentano straordinariamente moderne. Ritiene infatti, che l'essere umano possa conquistare la libertà solo attraverso il raggiungimento del benessere materiale, che non deve però essere *“disgiunto dallo spirito di carità e di dedizione all'umanità”* e poi ancora afferma che il concetto di giustizia non è legato alla *“distribuzione uniforme di ciascun vantaggio a ciascun individuo, né nella concentrazione di tutti i vantaggi nelle mani di alcuni a detrimento degli altri ”*, ma alla *“distribuzione proporzionale e comparativa di questi vantaggi, in un'infinità di gerarchie differenti”* (Proia, 2010: 127).

Il filo conduttore di tutto il suo operato infatti, è la profonda convinzione che non si può disgiungere il sociale dalla politica: secondo lei infatti, l'evoluzione politica dell'Italia fa parte di una evoluzione politica complessiva della società. Il suo pensiero si basa sul fatto che il progresso industriale ha consentito all'umanità di raggiungere la pace universale tramite il miglioramento morale, fisico e intellettuale degli uomini. Ritene che una nazione può crescere, economicamente e moralmente, soltanto se al suo popolo vengono garantite, alcune condizioni fondamentali per poter sviluppare tutte le sue potenzialità. Quindi, è possibile interpretare il suo pensiero, affermando che agli esseri umani vanno riconosciuti e garantiti quelli che noi oggi definiamo *i determinanti della salute*, ovvero quei fattori in grado di modificare in senso positivo lo stato di salute di una popolazione.

Considerata da molti autori una riformatrice sociale, Cristina dà vita a Locate, paese dei Trivulzio, ad una serie di iniziative che lo hanno reso il paese più progredito d'Italia. All'inizio degli anni '40 fonda a proprie spese un asilo infantile, scuole elementari superiori per entrambi i sessi, allestisce una camera nel suo castello per gli infermi che hanno bisogno di cure particolari e dà vita a laboratori per pittori, restauratori di quadri e rilegatori di libri. Inoltre, compie visite domiciliari alle famiglie bisognose, che prevedono azioni di controllo relativi alla pulizia delle case e all'osservazione dei malati. Preoccupata dell'istruzione intesa anzitutto come avviamento al lavoro, aggiunge successivamente una scuola di lavori femminili per

le ragazze, una scuola di geometria applicata alla tecnica agraria e una scuola di canto (Proia, 2010)

L'attività intrapresa dalla Belgiojoso viene considerata dagli oppositori, soprattutto uomini ed ecclesiastici, una follia ma questo non riesce a fermare le sue idee e il suo operato. La sua attitudine all'assistenza in generale e a quella infermieristica in particolare è espressa in maniera eclatante in un altro grande evento della sua vita: durante la Repubblica Romana (1849) la Principessa, organizzatrice degli ospedali di Roma, viene nominata, direttamente da Mazzini, *direttrice generale delle ambulanze militari*, ossia, formazioni per la raccolta e cura dei feriti predisposti a livello statale. È la prima volta che un simile incarico viene affidato ad una donna; Cristina in quella occasione dimostra di essere dotata di capacità organizzative, infatti riesce ad organizzare i servizi ospedalieri con grande abilità, ad emanare regole severissime e ad imporre ordine e disciplina. Rende efficienti dodici ospedali di Roma riuscendo a raccogliere tutte le donne della città e a costituire un servizio di infermiere volontarie caratterizzato da aristocratiche, borghesi, popolane, prostitute e anche straniere unite, nonostante la loro diversa estrazione sociale, dal sentimento patriottico. La selezione che Cristina opera è molto severa: ne sceglie trecento a cui viene imposto un regime paramilitare. In quella occasione, ella stessa interviene in prima persona offrendo assistenza ai ricoverati.

Tuttavia, terminata l'esperienza della Repubblica Romana, la Chiesa mostra un atteggiamento contrastante: l'operato della Principessa non è visto da tutti di buon



grado, infatti gli ecclesiastici che hanno vissuto gli avvenimenti in prima persona ritengono che il suo operato sia qualcosa di sacro e da salvaguardare; altri invece, definiscono la Principessa una donna sfacciata ed impudica ed i comportamenti delle sue infermiere superficiali e lascivi. In un primo tempo la Principessa risponde a queste critiche rimanendo a Roma tra i suoi feriti, ma una volta entrata nel mirino del potere ecclesiastico, si trova costretta a lasciare la città, e a ritirarsi in esilio in Turchia, dove rimane per diversi anni.

In generale è possibile affermare che il ruolo assunto da questa donna nello sviluppo dell'infermieristica italiana è risultato fondamentale, nonostante l'esilio e il successivo scioglimento di tutte le sue strutture. Le sue idee sono state talmente innovative da essere considerata una antesignana di Florence Nightingale, infermiera britannica considerata da tutti gli autori moderni la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna (Calamandrei, 1993; Manzoni, 1996).

Florence Nightingale, figlia di una ricca famiglia inglese, nasce a Firenze nel 1820 ma vive soprattutto in Inghilterra dove riesce ad introdurre, per la prima volta nella storia dell'assistenza infermieristica, importanti innovazioni. Come Cristina Trivulzio di Belgioioso riceve una vasta educazione e anche lei compie nel corso della sua vita molti viaggi che le permettono di avvicinarsi al mondo della politica e di instaurare rapporti di amicizia, indispensabili successivamente per mettere in pratica le sue idee (Lancia, 2015; Calamandrei 1993).

Contraddistinta da una profonda fede cristiana, è destinata ad un matrimonio conveniente, ma rifiuta e sceglie di dedicare la sua vita all'assistenza del prossimo. Sin da giovane mostra una forte aspirazione all'assistenza dei malati, ma riceve una grande opposizione da parte della sua famiglia che è fortemente influenzata dalla cattiva reputazione di cui godono le infermiere di quel tempo. Con la sua tenacia, intelligenza e determinazione riesce a vincere in breve tempo le resistenze familiari e ad intraprendere diverse esperienze di assistenza infermieristica in Europa. (Rocco, 2015; Lancia, 2015)

L'evento determinante della sua vita è lo scoppio della guerra di Crimea: Florence nel 1854 viene chiamata dal ministro della guerra a recarsi a Scutari, con il titolo di sovrintendente del corpo delle infermiere degli ospedali inglesi in Turchia, per migliorare le condizioni dell'ospedale militare, in cui i giovani ricoverati perdono la vita più che in battaglia. Per questa missione Florence procede con un'accurata selezione delle donne da portare con sé: ne sceglie 39, fra le quali sono presenti religiose anglicane, cattoliche ed infermiere laiche. A Scutari, Florence e le sue compagne si trovano davanti ad una realtà molto difficile da affrontare: le acque sono inquinate, mancano i posti letto, per cui molti soldati ricoverati vengono lasciati per terra, non esistono le fognature ed alcun servizio di lavanderia, e il cibo è molto scarso. Il primo intervento di Florence è quello di intervenire proprio sull'ambiente che accoglie i feriti e sulle loro condizioni di vita: insieme alle sue compagne, si attiva velocemente riuscendo a migliorare in breve tempo il vitto, le

corsie, le fognature e i servizi igienici. L'operato di Florence non consiste solamente nella direzione delle attività delle colleghe e dei lavori di miglioramento della struttura, ma svolge personalmente anche un'intensa attività assistenziale. Come Cristina di Belgioioso si occupa direttamente dei malati e dei feriti più gravi, ed assiste i moribondi (Calamandrei, 1993). Dopo soli sei mesi dal suo arrivo la mortalità diminuisce drasticamente e una volta rientrata in Inghilterra da eroina continua ad impegnarsi attivandosi in prima persona per la riforma dell'amministrazione sanitaria inglese (Rocco, 2015)

Qualche anno dopo, nel testo "*Notes on nursing. What it is and what it is not*", descrive in maniera approfondita l'importanza dei fattori ambientali sulla salute degli individui e delinea il suo modello infermieristico basato appunto sull'ambiente (Nightingale, 2007).

Per la prima volta nella storia dell'infermieristica, Florence offre un fondamento scientifico a tutto ciò che afferma nei suoi scritti attraverso la statistica (disciplina in questo periodo storico ancora poco conosciuta): per dimostrare come i suoi interventi assistenziali, durante la guerra in Crimea, siano riusciti a ridurre la mortalità per malattie tra i soldati, realizza il grafico cosiddetto "*dei cunei*", da considerarsi oggi uno dei primi esempi di applicazioni assistenziali basate sull'evidenza scientifica. Il suo contributo scientifico è ritenuto talmente unico ed innovativo da essere invitata al Congresso internazionale di statistica, tenutosi a

Londra nel 1860, per la presentazione del metodo di raccolta sistematica dei dati epidemiologici adottato durante la guerra in Crimea (Lancia, 2015).

Proprio per questo grande contributo innovativo, viene accolta nella Royal Statistical Society (dove l'ingresso è previsto in quel periodo ai solo uomini) e più tardi diviene membro onorario della American Statistical Association. Nel 1860 al Saint Thomas Hospital di Londra costituisce il primo centro di formazione infermieristica di tipo moderno, la *Scuola Nightingale*, in cui delinea il percorso formativo delle infermiere nella durata, nei contenuti e nella disciplina. Il corso è rivolto alle donne di ceto sociale elevato e prevede una durata di due anni e l'impegno delle allieve infermiere, dentro la scuola, sia giornaliero che notturno (Rocco, 2015; Calamandrei, 1993).

I principi cardine che contraddistinguono il suo metodo sono la formazione professionale e la severità della disciplina imposta alle allieve: le allieve sono tenute ad apprendere la deontologia e l'etica della professione, ad acquisire un'identità ben definita e devono possedere un forte senso morale: non sono concessi vezzi e la loro vita privata deve essere impeccabile. Il sistema formativo nightingaliano è inoltre caratterizzato da due elementi indispensabili: l'indipendenza finanziaria e la supremazia della *matron*, coordinatrice dell'assistenza infermieristica e responsabile del Consiglio dell'Ospedale (Rocco, 2015).

Il metodo Nightingale si diffonde in breve tempo in Europa e negli Stati Uniti; in Italia, invece, a causa delle guerre risorgimentali e delle grandi problematiche

presenti dopo l'unificazione, viene introdotto più tardi. In questo contesto di instabilità, il territorio italiano è caratterizzato da attività assistenziali svolte soprattutto da infermiere al servizio di volontari. Tornano così, nella scena assistenziale, le congregazioni femminili: per esempio a Brescia la religiosa Paola di Rosa fonda le Ancelle della Carità, che assistono gli ammalati sia negli ospedali che presso il proprio domicilio. Per essere ammesse all'interno di queste congregazioni le donne devono possedere numerosi requisiti come essere generose, coraggiose, umili, pazienti, disposte a sacrificarsi per l'assistenza ed attente al silenzio. Si assiste quindi al ritorno di un'immagine femminile legata ai principi religiosi, tipici dei secoli precedenti, e come tale proclamata a livello pubblico (Sironi, 1992).

I contributi di Florence e Cristina alla nascita dell'assistenza infermieristica e della figura dell'infermiere sono stati fondamentali, entrambe hanno individuato l'importanza delle condizioni ambientali sullo sviluppo della salute individuale e collettiva, ovvero di quei fattori che oggi nel linguaggio moderno definiamo *determinanti della salute*. A tal proposito Florence nei suoi scritti dichiara che l'infermiere deve farsi carico della salute dell'individuo: assicurando al paziente le condizioni ambientali migliori deve promuovere lo sviluppo naturale del processo di guarigione. (Nightingale, 2007.)

Le idee di queste donne hanno cambiato radicalmente l'immagine stereotipata della donna/infermiera: da quel momento in poi, non è stata più descritta come immorale

e *ubriacona* ma è diventata il simbolo di forza, coraggio, lealtà, sopportazione, altruismo e superiorità di fronte ad ogni condizione di classe o sesso. (Rocco, 2015; Manzoni, 1996).

Gli ostacoli incontrati sia da Florence che da Cristina durante le loro esperienze non sono stati pochi: entrambe per la loro intelligenza si sono scontrate con il sesso maschile, soprattutto nell'ambiente medico in cui era radicata la convinzione che l'assistenza infermieristica non poteva essere il mezzo con cui salvare vite umane. Per Cristina il trattamento ricevuto dagli uomini e dagli ecclesiastici è stato ancora più duro avendo vissuto appieno la sua condizione femminile come donna libera e intraprendente dopo essersi separata dal marito (Proia, 2010).

### **3.3 Considerazioni**

Protagonista dell'assistenza infermieristica in Italia, dal XVIII secolo ai primi del Novecento è la donna consacrata (ovvero rispettosa dei principi religiosi): per questo motivo si parla del fenomeno di *angelizzazione dell'infermiera* (Celeri Bellotti G, 2013).

Alla stessa Florence Nightingale è associata un'immagine femminile consacrata non perché donna di scienza ma perché decide di dedicare la sua vita totalmente all'assistenza degli ammalati. Negli anni la sua storia viene trasformata in un mito romantico tanto che i suoi scritti, anche quelli di carattere scientifico, vengono letti

e pubblicizzati come testi sentimentali; questo perchè l'opinione pubblica tende a sottovalutare il suo contributo scientifico all'assistenza infermieristica e a considerare solo l'immagine di una donna dotata di doti non comuni e volta unicamente al sacrificio (così come la donna che assisteva del passato) (Manzoni,1996; Sironi, 1992).

In questo periodo la figura dell'infermiera *angelica* contribuisce in modo rilevante al miglioramento del sistema ospedaliero; tuttavia, è possibile individuare delle conseguenze negative legate al persistere di questa immagine soprattutto nel panorama assistenziale italiano. Se si considera il contributo nightingaliano, il modello inglese si basa sull'acquisizione da parte della professione infermieristica di spazi di autonomia e livelli di autorità, attraverso prevalentemente, l'individuazione nel percorso formativo, di un'infermiera leadership, chiamata *matron*, dotata di competenze dirigenziali ed ampi poteri. Nel territorio italiano, il modello nightingaliano fa fatica ad essere adottato: la figura della *matron* infatti viene trascurata e messa fortemente in discussione a livello politico; ciò fa sì che le scuole infermieristiche italiane si basino su percorsi formativi che impartiscono competenze generali e non di natura dirigenziale. Non essendoci abbastanza infermiere dotate di competenze dirigenziali, il modello formativo inglese non riesce a diffondersi su tutto il territorio italiano e le scuole presenti si organizzano con insegnamenti gestiti dalla classe medica. Ciò va ad incidere negativamente sui livelli di autonomia della professione infermieristica e positivamente sul dominio

della cultura medica nel settore assistenziale, fenomeno che caratterizzerà i successivi decenni. (Rocco, 2015).

Nonostante la presenza di donne infermiere con principi religiosi molto forti, l'assistenza infermieristica, nel XVIII secolo, inizia un importante percorso di laicizzazione che non la esclude però dal vivere momenti alterni di proclamazione e condanna: infatti da una consacrazione di tipo religiosa si passa ad una forma di consacrazione dell'infermiera stessa che ha nello stereotipo della missione e della vocazione la sua massima espressione; allo stesso tempo la mancanza di autonomia e la dipendenza dalla professione medica costituiscono la principale condanna dell'infermieristica, considerata una professione umanamente molto grande ma mediocre in termini di prestigio sociale (Manzoni, 1996).

Il contributo offerto all'infermieristica da Florence Nightingale, è tanto importante per certi aspetti quanto negativo per altri: infatti, da una parte, grazie alla sua profonda cultura e alle numerose amicizie in politica, Florence introduce numerose innovazioni (le scuole di formazione per allieve infermiere, l'utilizzo della statistica nell'assistenza infermieristica, importanti cambiamenti sulle modalità di intervento in campo assistenziale ...) che permettono all'assistenza di avviare un percorso di crescita e di diventare nei decenni successivi una vera professione; dall'altra però Florence vede nelle donne un ruolo sociale solo in alcuni settori del mondo lavorativo, affermando e quasi sostenendo per certi versi la disparità di genere. Ritene che il lavoro infermieristico sia confacente alle caratteristiche delle donne,



probabilmente perché presenta delle similitudini con le attività di cura, e crede che sia impossibile conciliare la vita lavorativa con una vita coniugale e familiare. Per questo motivo il suo contributo nell'ambito dell'autonomia infermieristica non può essere considerato totalmente positivo: ella infatti, è riuscita a trapiantare il ruolo di "donna ideale" dall'ambiente domestico-familiare all'ospedale, e di conseguenza a trasferire la relazione di subordine della donna nei confronti del marito/padre alla relazione medico-infermiera. Per questa ragione a Nightingale può essere riconosciuta la capacità di aver trovato all'infermieristica un posto all'interno del settore sanitario ma purtroppo si tratta di un posto di subordinazione medico-infermiera che ricalca il rapporto di subalternità uomo/donna (Manzoni, 1996; Rocco, 2015).

Il risultato di tutto questo è una professione che in mancanza di autonomia si tramuta in una collaborazione obbediente nei confronti del medico. Ecco quindi, come l'assistenza, o meglio il livello di autonomia professionale, si ritrova nuovamente ad essere condizionata dal ruolo sociale della donna. (Manzoni, 1996)

Un'altra importante critica mossa sul suo operato è relativa alla collocazione fisica della formazione infermieristica: Nightingale sceglie l'ospedale piuttosto che l'università, così come era invece per la figura medica, Questa scelta, a discapito della professione infermieristica, potrebbe aver influito negativamente sul riconoscimento sociale del nursing come disciplina scientifica e quindi aver

rallentato il processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica (Rocco, 2015).

## **CAPITOLO IV - EPOCA CONTEMPORANEA: L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL XX SECOLO**

### **4.1 Contesto storico**

Il XX secolo è caratterizzato da due importanti eventi: la Grande Guerra e l'instaurarsi del regime fascista, durante il quale il territorio italiano si trova ad affrontare il Secondo Conflitto Mondiale.

Il 1900 si apre con la Prima Guerra Mondiale, definita dall'autore Rocco il "*motore di una nuova fase dell'assistenza infermieristica*" perchè è stata capace di mostrare a tutto il mondo l'importante contributo assistenziale delle infermiere e di evidenziare il ruolo prioritario assunto dalle Infermiere Volontarie (Rocco, 2015: 254).

Con la Grande Guerra, in Italia prende avvio un processo di riforma nel settore infermieristico che vede come fonte di ispirazione l'esperienza della Riforma attuata in Inghilterra circa cinquant'anni prima. Infatti, grazie a Florence Nightingale ed alle novità formative introdotte con il suo modello infermieristico, il *nursing* nei primi del Novecento inizia ad essere concepito come un'occupazione basata sull'insieme di conoscenze che possono essere apprese in una scuola, e quindi non più come attività che trova la sua fonte in motivazioni di carattere etico-

religioso e basata sull'istinto femminile e sulle qualità innate delle donne (Tousijn,2000).

Fino ai primi del Novecento l'assistenza infermieristica presenta uno sviluppo e una cultura molto simili nei vari paesi europei, finchè comincia a vivere una fase progressiva di differenziazione. Negli Stati Uniti e in Inghilterra il modello Nightingale influenza la formazione, l'organizzazione del lavoro e l'identificazione professionale permettendo il raggiungimento di obiettivi sempre più ambiziosi, dal punto di vista professionale. In America le infermiere riescono senza grandi difficoltà a migliorare i programmi di formazione e a rafforzare l'autonomia rispetto alla figura medica; in Inghilterra aumenta la durata del corso di studio da uno a tre anni, con l'obiettivo di distinguere le infermiere professionali dalle numerose donne che svolgono attività assistenziali, e viene istituito il *General Nursing Council* composto dai maggiori dirigenti dell'assistenza infermieristica (Sironi, 1992; Rocco, 2015).

In Italia, invece, nella medesima fase storica, la situazione sanitaria si dimostra molto carente: manca il personale infermieristico e quello presente non è adeguatamente formato. Come risposta a queste problematiche e sulla base del modello nightingaliano cominciano a nascere le prime scuole infermieristiche italiane dirette dalle stesse allieve di Nightingale.

Tuttavia, la riproduzione del modello inglese in Italia non appare pienamente rispettosa dei principi nightingaliani: le scuole italiane concentrano la loro

attenzione soprattutto su valori correlati alla vocazione, allo spirito di servizio, all'obbedienza e alla abnegazione, trascurando i principi cardine inglesi quali il miglioramento culturale e la moralità (Manzoni, 1996; Calamandrei, 1993).

In quegli anni l'esigenza di avviare un percorso formativo per le infermiere italiane è avvertita ed evidenziata in modo particolare da due donne: Amy Turton e Anna Fraentzel Celli (Rocco, 2015; Sironi, 1992).

Amy Turton, di origine scozzese, negli ultimi anni dell'Ottocento si trasferisce a Firenze dove, visitando ospedali e malati, prende atto della necessità di dar vita in Italia ad una scuola che sia in grado di formare personale infermieristico capace di assistere validamente i malati. Su consiglio di Florence Nightingale, Turton organizza un corso di addestramento delle allieve in alcuni reparti di un ospedale napoletano, ma trova numerose difficoltà da superare come il fatto che le allieve provenienti da famiglie colte non apprezzano lo svolgimento di lavori umili verso i malati, come invece succedeva nel contesto inglese. L'impegno di Amy Turton non riesce a dare vita ad una scuola per infermiere ma il suo contributo risulta indispensabile per l'amica americana Grace Baxter che, seguendo le sue indicazioni e grazie all'aiuto della principessa Adelaide Strongoli, riesce ad aprire nel 1896 la Scuola della Croce Azzurra (Sironi, 1992).

La storia di Amy Turton e di Grace Baxter, in questo periodo, si intreccia con la vita di Anna Celli, allieva della scuola laica per infermiere di Hamburg Heppendorf in Germania. Poiché molte persone della media e alta borghesia e molti medici

conoscono l'organizzazione assistenziale tedesca, decidono di reclutare ragazze di buona famiglia, della media e piccola borghesia per iniziare una scuola infermieristica con simili caratteristiche. Così, la Celli nel 1901 dà avvio a corsi annuali durante i quali i medici tengono delle conferenze, mentre la Celli segue le partecipanti negli ambulatori e nelle corsie per insegnare loro tutte le nozioni pratiche per assistere un ammalato. Tuttavia, i corsi organizzati dalla Celli non si trasformano in una scuola perché gli ospedali pretendono che le partecipanti prestino servizio per due anni presso diverse strutture ospedaliere, e che siano tolte dalla diretta sorveglianza della Celli per sottostare al personale in servizio presso l'ospedale. L'attività riesce comunque a proseguire e numerose infermiere preparate hanno la possibilità di operare in diversi servizi e strutture (Rocco, 2015).

Il contesto in cui l'assistenza sembra cambiare, però, continua ad essere caratterizzato dal pregiudizio in base al quale fare l'infermiera non è una professione per una ragazza di una certa cultura ma equivale a fare "l'inserviente". Tale pensiero è nettamente contrario ai principi delle Nurses inglesi che provengono dalla media borghesia: molte infatti sono vedove, figlie o sorelle di professionisti che, una volta finiti gli studi vanno a ricoprire, con il ruolo di infermiera, una certa posizione nelle istituzioni o servizi dove poi operano conquistandosi con professionalità, dedizione e moralità la stima di tutti. Le difficoltà che Turton, Baxter e Celli incontrano in quegli anni sono pertanto legate soprattutto alla mancanza nella piccola-media borghesia del sentimento vocazionale alla

professione, considerato in quegli anni elemento indispensabile dell'infermieristica. Risulta molto difficile trovare infermiere italiane con una preparazione culturale sufficiente per aprire e dirigere nuove scuole infermieristiche e venire così incontro alle molte necessità della popolazione (Rocco, 2015).

In ambito cattolico, invece, la limitata preparazione tecnica infermieristica delle suore spinge Papa Pio X a dare incarico ad importanti personalità della cultura e della società romana di istituire una scuola per infermiere. È così, che nel 1906 viene fondata a Roma la “Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe”, in cui si opera con l'obiettivo sia di difendere le suore ospedaliere sia di creare un gruppo di infermiere laiche provenienti da ceti sociali superiori (Manzoni, 1996).

Subito dopo la nascita della “Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe”, emergono varie scuole di formazione infermieristica su tutto il territorio italiano:

- le Scuole-convitto destinate a formare personale qualificato salariato (infermiere professionali),
- le Scuole Samaritane, istituite per fornire competenze infermieristiche a tutti, senza scopo di lucro,
- le Scuole della Croce Rossa, basate su ideali filantropici e volontaristici (infermiere volontarie).

Le scuole che hanno maggiore successo sono le Scuole della Croce Rossa e la Scuola-convitto “Regina Elena”.

La prima scuola italiana della Croce Rossa nasce a Milano nel 1906 per opera di Sita Meyer Camperio, nobile donna proveniente da una famiglia illuminata che mostra particolare interesse verso il modello infermieristico nightingaliano britannico, francese e tedesco. Il successo delle sue idee risulta essere così importante tanto da decidere di creare un corpo di Infermiere Volontarie ed una rete di scuole afferenti ai vari Sotto-Comitati disciplinate da un unico regolamento.

La Scuola-convitto “Regina Elena”, istituita nel 1910, presso l’Ospedale Umberto I di Roma, rappresenta l’unico caso in cui le allieve infermiere hanno come docenti altre infermiere: il primo corpo docente viene costituito dalla matron Dorothy Snell, allieva di Florence Nightgale e portatrice del modello infermieristico nightgaliano in Italia. Queste docenti, come nelle scuole inglesi, si occupano oltre che della didattica, in modo particolare del personale docente che deve essere costituito da infermiere preparate presso opportune scuole e capaci di migliorare l’assistenza e di creare lo spirito professionale (Rocco, 2015; Calamandrei, 1993).

Le prime infermiere formate in queste scuole hanno la possibilità di dimostrare le loro competenze e capacità in occasione del terremoto calabro-siculo del 28 dicembre 1908. Tale evento permette loro di acquisire esperienza sul campo, utile ad affrontare avvenimenti maggiori come la successiva Prima Guerra Mondiale. Le capacità mostrate da queste donne durante un conflitto così importante aumentano la stima da parte dell’opinione pubblica tanto che, nell’ultimo anno del conflitto, il Presidente del Consiglio Orlando, visto le condizioni carenti dell’infermieristica



negli ospedali italiani, raccomanda a tutte le scuole di adottare il modello infermieristico nightigaliano, privilegiando la figura femminile. (Rocco, 2015).

Alle scuole della Croce Rossa Italiana e a alla scuola-convitto “Regina Elena” si aggiungono: a Roma la scuola “San Gregorio al Celio” nel 1907, gestita dalle Suore Irlandesi *Piccole figlie di Maria*, la scuola “Anna Potter” nel 1908, la scuola dell’Ospedale Civile di Trieste nel 1910 ed infine la Scuola “Principessa Jolanda” a Milano nel 1912. Tuttavia, queste scuole incontrano numerose difficoltà: le principali sono la carenza di fondi per proseguire nell’attività e la mancanza di una riforma dell’assistenza che sostenga la causa infermieristica; a queste si aggiungono la contrapposizione di molti che ritengono eccessiva e troppo costosa un’istruzione così approfondita ed impegnativa delle infermiere, la carenza di infermiere ed infine l’ostilità sia del vecchio personale per gelosie professionali, sia del mondo ecclesiastico che non comprende il significato di una iniziativa caritatevole, altamente morale, di laici (Calamandrei, 1993; Rocco, 2015).

Mentre, fra tante difficoltà, evolve l’assistenza infermieristica nascono le prime associazioni infermieristiche italiane sostenute, durante il I Congresso Femminile Internazionale svoltosi a Roma nel 1914, dal Comitato Nazionale Donne Italiane, affiliato al *Council of Women* fondato a Washington nel 1888, e dall’*International Council of Nurses* costituito nel 1899 dalla Ethel Bedford Fenwich, infermiera inglese allieva della Nightingale School. Tale Comitato, nel quale confluisce la più importante Associazione nazionale infermieristica dei vari paesi del mondo e che

si fonda sui principi di autonomia, aconfessionalità, apoliticità e democraticità, rappresenta l'elemento più importante della trasformazione dell'assistenza infermieristica che da un impiego per donne di basso ceto sociale diviene una professione basata su principi vocazionali, etici e scientifici per persone colte e con una educazione elevata. Lo scopo del Comitato è quello di rappresentare le infermiere nelle istituzioni, all'interno delle quali si affrontano i problemi comuni della salute cercando di migliorare la preparazione e la qualità dell'assistenza. Nasce così nel 1919 l'Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere (ANITI), con una sua rivista il "Bollettino Mensile", che entra nel Comitato Internazionale delle Infermiere nella riunione del 1922 a Copenaghen (Sironi, 1992).

La storia dell'ANITI si intreccia con quella della Croce Rossa Italiana dato che la Nurse americana Mary Gardner, chiamata a dirigere il Nursing nella Commissione antitubercolare istituita dalla Croce Rossa Italiana dopo la Prima Guerra Mondiale, offre un importante contributo nella formulazione dello statuto dell'ANITI e promuove l'apertura di scuole di formazione come previsto dalla nuova normativa del 1925.

Il Regio Decreto-legge n°1832 del 15 Agosto 1925 introduce importanti novità relativamente all'individuazione dei criteri standard per l'istituzione di nuove scuole-convitto professionali per infermiere e scuole specializzate per assistenti sanitarie vigilatrici, senza distinzioni fra personale religioso e laico; pertanto prevede (Manzoni, 1996; Sironi, 1992):

- che l'assistenza infermieristica sia affidata a personale femminile,
- che il personale sia addestrato in scuole-convitto attraverso insegnamenti teorici e pratici,
- che gli insegnamenti vengano impartiti da medici e dalle direttrici che posseggono il titolo di infermiera professionale abilitata alle funzioni direttive,
- che alle scuole-convitto siano annesse scuole superiori di perfezionamento,
- che le scuole siano annesse ai grandi ospedali,
- lo svolgimento dell'internato, un ordinamento e la prospettiva di una carriera gerarchica,
- che le infermiere siano nubili o vedove senza prole,
- che l'assistenza professionale sia ben distinta dall'assistenza volontaria.

Qualche anno dopo viene introdotto il Regio Decreto-legge n°2330 del 21 Novembre 1929 che ammette l'entrata nelle scuole convitto soltanto a coloro che posseggono il diploma di scuola media e che presentano una dichiarazione, firmata da due persone socialmente rispettabili, certificante la moralità dell'allieva interessata.

Tra il 1920 e 1930 l'ANITI riesce ad ottenere la qualifica impiegatizia ed inizia la pubblicazione della rivista l'"Infermiera Italiana" che continuerà fino al 1943.

In questi anni però, la professione infermieristica, che vive una fase di crescita culturale, sociale e normativa, subisce il regime fascista che, da una parte mantiene

il modello nightingaliano, dall'altra non prevede gli spazi di autonomia dalla figura medica né i diritti e le retribuzioni dignitose presenti invece in Gran Bretagna da decenni. Infatti, il riconoscimento ottenuto in questo periodo non significa per la professione infermieristica un vero momento di promozione sociale, in quanto inizia a vivere un processo di svalutazione dovuto sia all'esigenza del regime fascista di mantenere dalla propria parte la classe medica sia alla politica di definizione dei tradizionali ruoli di genere (Rocco, 2015).

Con l'avvento del regime fascista l'ANITI viene estromessa dal Comitato Internazionale delle Infermiere e nel 1933 viene trasformata in Sindacato Fascista Infermiere Diplomate.

Qualche anno dopo, sempre durante il regime fascista, l'Italia si trova ad affrontare il secondo conflitto mondiale che rappresenta per il sistema sanitario in generale e per l'assistenza un momento di revisione: infatti aumenta la consapevolezza della necessità di avere personale infermieristico preparato e competente, in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze sanitarie. La Seconda Guerra Mondiale riesce a mostrare a tutti che l'assistenza infermieristica professionale rappresenta ormai un cardine fondamentale della struttura sanitaria italiana (Rocco, 2015).

Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale il partito fascista scompare ed il territorio italiano è caratterizzato da un contesto democratico che permette agli infermieri di costruire sindacati liberi ed associazioni di categoria di vario orientamento. È in questo contesto, soprattutto grazie alla Costituzione democratica

italiana (1948), che prende avvio un'attività legislativa finalizzata all'evoluzione e al progresso della professione infermieristica (Sironi, 1992)

#### **4.2 Le donne infermiere dalla Grande Guerra alla Seconda Guerra Mondiale**

Durante la Prima Guerra mondiale quasi tutti gli uomini sono chiamati alle armi, di conseguenza rimangono scoperti numerosi posti di lavoro negli uffici, nelle fabbriche, nelle industrie tessili, persino in quella bellica e nella produzione agricola; cosicché la manodopera femminile in quegli anni cresce considerevolmente. I salari però si impoveriscono ed i sacrifici, specie per chi ha famiglia, aumentano a dismisura fino a che cominciano a verificarsi proteste e scioperi (Manzoni, 1996; Sironi, 1992).

Gli scioperi interessano le donne delle fabbriche tessili, delle manifatture, delle risaie e dei tabacchi. L'anno cruciale è il 1917, quando a Torino un corteo di 500 donne marcia verso il municipio, scontrandosi con i carabinieri che cominciano ad arrestarle. In questo periodo, le donne risultano coraggiose e all'altezza di numerose situazioni anche durante il conflitto bellico: sul fronte operano le infermiere esperte e le infermiere volontarie che acquistano con il loro contributo un ruolo cruciale nella storia dell'assistenza infermieristica.

Vengono definite dall'autore Rocco "*la grande armata femminile*", in quanto emergono come protagoniste di numerose tragedie del fronte accanto all'armata

maschile. La situazione al fronte è disastrosa: è necessario l'intervento di numerose infermiere, per questo molte donne vengono incitate a partecipare a corsi di formazione sanitaria sia in un'ottica di patriottismo e di emancipazione femminile sia in un'ottica culturale "materna", basata cioè su modelli e valori correlati alla figura della donna madre. Così l'intervento sanitario femminile, in quell'occasione, si trova a coinvolgere donne di estrazione sociale diversa; le ragioni che spingono queste ad intervenire in prima persona sono diverse: motivazioni personali legate al desiderio di indipendenza, motivazioni religiose, motivazioni dal sentimento patriottico (Calamandrei, 1993).

Essere una valida infermiera significa in quel periodo conoscere e seguire un regolamento ed acquisire autocontrollo e capacità di adattamento ad ogni tipologia di situazione. Le infermiere al fronte operano in diversi ambiti: sui treni ospedale, nelle sale operatorie e nei reparti chirurgici e affiancando i medici riescono a mostrare le loro capacità sia organizzative che fisiche. Tuttavia, l'impegno al fronte non è così semplice; le donne devono affrontare numerose difficoltà a causa soprattutto dei pregiudizi della classe medica, dei pochi infermieri uomini con cui collaborano e dei soldati e sottoufficiali che spesso adottano un atteggiamento irrispettoso nei loro confronti.

La responsabilità della gestione e del coordinamento delle infermiere al fronte è a carico prevalentemente della Croce Rossa Italiana che assieme ad altre

organizzazioni, come le associazioni femminili patriottiche di Trento e Trieste, svolge un'enorme attività assistenziale (Sironi, 1992; Rocco, 2015).

Alla grande Guerra partecipano attivamente anche le esponenti del Consiglio Nazionale Donne Italiane (CNDI), associazione costituita con lo scopo di rivendicare, in un'ottica emancipazionista, il diritto di voto della donna e la parità giuridica all'interno della famiglia.

Nei primi decenni del Novecento la donna viene sempre più coinvolta negli avvenimenti storico-sociali, pertanto inizia ad aumentare in lei il desiderio di raggiungere il riconoscimento di uno status di uguaglianza sociale e quindi dei diritti che per tanto tempo non le sono stati riconosciuti. Il contesto bellico le rende consapevoli della loro resistenza e tenacia, fa crescere nell'opinione pubblica la stima nei loro confronti e attenua la demarcazione netta tra lavoro maschile e femminile. Nonostante ciò, al termine della guerra, le lavoratrici industriali vengono licenziate in massa, sono costrette a lasciare i loro luoghi di lavoro ai reduci di guerra, a ritirarsi in disparte e a riprendere la loro vita domestica. (Sassano, 2015; Rocco, 2015).

Al termine del conflitto mondiale a volere il ritorno della donna alla vita domestica è il movimento fascista, espressione politica di una concezione basata sull'autorità patriarcale. Durante il ventennio fascista l'organizzazione sociale è basata sulla separazione tra ruolo femminile e maschile, da cui deriva l'inammissibilità da parte delle donne ad accedere ad occupazioni ritenute *naturalmente maschili*. Ciò

significa che continua a permanere l'assenza della donna nei ruoli di potere e nelle istituzioni e la privazione dei diritti sociali di cui gode il genere maschile.

Il fascismo propone un modello femminile, definito "donna muliebre", che si basa sull'educazione della donna a svolgere il suo ruolo tradizionale di moglie e madre prolifica con consapevole responsabilità nazionale e sociale; elemento cruciale per favorire la creazione e lo sviluppo di uno stato totalitario.

A tal proposito l'autrice Sassano dichiara in un suo scritto che la donna "*veniva considerata solo come una macchina atta a far figli, un mero involucro, quasi come se non avesse una propria intelligenza, una propria coscienza critica in base alla quale ragionare*" (Sassano, 2015: 253-280).

Nel ventennio fascista lo Stato interviene attivamente con lo scopo di controllare tutto il territorio italiano attraverso la propaganda, l'educazione, l'organizzazione di associazioni strettamente legate ai lavori femminili, e con provvedimenti legislativi al fine di fare accettare alle donne una riduzione dello spazio lavorativo a quei settori di cura considerati adatti alla natura delle donne: uno di questi il settore assistenziale. (Rocco, 2015).

Le diverse forme associative, costituite dallo Stato Fascista per le giovani donne, agiscono secondo fini e modalità stabilite dai gerarchi maschili locali che li utilizzano per promuovere il consenso femminile al regime e per continuare ad impegnare le donne nei compiti benefico-assistenziali.



Le associazioni femminili fasciste sono i Fasci Femminili, le Piccole Italiane, le Giovani Italiane, le Giovani Fasciste, tutte costituite da donne italiane di età non superiore a ventidue anni, di sicura fede fascista e di buona condotta morale.

Quindi, l'atteggiamento del fascismo nei confronti delle donne è caratterizzato da un duplice aspetto: da un lato il regime continua a relegarle ad un ruolo secondario rispetto all'uomo, dall'altro, però, le coinvolge in una serie di attività, "arruolandole" nelle proprie organizzazioni con lo scopo di inculcare loro i principi fondamentali del regime, di intorpidire le loro coscienze e di controllare meglio il loro agire. (Sassano, 2015)

Tutte le donne italiane, in questo periodo, ricevono una formazione fascista e coloro che cercano di conservare un atteggiamento di distacco, evitando di partecipare a manifestazioni e ad altre forme di presenzialismo organizzate dallo Stato, vengono considerate escluse dalla società, quindi fuori da ogni forma di potere e dalla stessa dittatura fascista.

Pertanto, è possibile affermare che l'impostazione fascista nei confronti della figura femminile è di tipo autoritario ed antifemminista: autoritario in quanto è lo Stato il vero dominus della vita dei propri cittadini, da quella sociale a quella familiare, e, quindi la donna non è libera di prendere decisioni (neanche relativamente alla procreazione); antifemminista perché le esigenze femminili sono subordinate a quelle maschili in tutti i settori, dalla sfera pubblica a quella privata.

In questo contesto la professione infermieristica rappresenta l'unica professione che riesce ad offrire alle donne una certa libertà di intervento, anche se molto limitata; e questo perché lo Stato riconosce alla figura femminile le doti naturali di carità ed abnegazione e per questo ritiene che sia predisposta alla cura dei sofferenti e all'assistenza dei poveri (Rocco, 2015).

Secondo la convinzione che "la donna sarebbe infermiera per vocazione naturale", il governo fascista conferma quanto previsto dal RD del 15 agosto 1925 e quindi esclude gli uomini dall'accesso alle scuole-convitto. La sostituzione del personale maschile con quello femminile è una delle misure che il fascismo adotta nei primi anni di attività politica per contenere la grave crisi economica ospedaliera, conseguenza degli anni di belligeranza, e per rispondere alla pressante richiesta di cure dei feriti della Grande Guerra.

Tuttavia, nonostante gli sforzi della propaganda di regime, la professione infermieristica non si mostra attraente alle giovani donne, questo a causa delle condizioni e degli orari di lavoro proibitivi oltre che dell'obbligo del nubilato per tutte coloro che scelgono questo percorso professionale. Per questo negli anni Trenta, si registrano nelle Scuole-convitto iscrizioni molto scarse. La scarsità del personale laico diplomato produce un incremento di personale religioso, con la conseguente reintroduzione delle suore negli ospedali, che vanno ad occupare i posti di coordinamento e di responsabilità precludendo, così, qualunque possibilità

di progressione di carriera delle infermiere diplomate. Ne consegue il ritorno della Chiesa nelle funzioni di controllo dell'assistenza infermieristica (Rocco, 2015).

Nello stesso periodo per opera dei Fasci femminili, nasce l'Associazione Infermiere diplomate e assistenti sanitarie, che dà vita qualche anno dopo al sindacato di categoria. Nel 1931 l'Associazione passa dai Fasci femminili alla Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, rappresentando un primo riconoscimento ufficiale della professione. Infine, nell'anno 1933, le infermiere diplomate ottengono il riconoscimento giuridico di sindacato. Quindi anche se fascistizzare le infermiere del periodo fascista riescono lentamente a conquistare qualche diritto sociale, come il riconoscimento della qualifica impiegatizia, con relativo miglioramento retributivo, e il diritto ad alcune tutele previdenziali. (Rocco, 2015).

Dal secondo Dopoguerra si apre una fase di grandi cambiamenti dal punto di vista culturale, sociale e politico: grazie all'instaurarsi di un clima democratico le donne, attraverso il diritto di voto e l'accesso ai livelli più elevati di istruzione, acquisiscono maggiore consapevolezza e le infermiere, conscie dell'importanza del loro ruolo, iniziano ad avvertire la necessità di apportare modifiche sostanziali soprattutto ai programmi formativi infermieristici; così decidono di organizzarsi in associazioni infermieristiche con l'obiettivo di stimolare l'innovazione normativa e di liberarsi dal quel ruolo di subordine nei confronti del medico che le caratterizza ormai da secoli (Rocco, 2015; Sironi, 1992).

### 4.3 Considerazioni

Anna Celli, nei suoi scritti del Novecento, spesso dichiara che la professione infermieristica richiede tanta abnegazione, tanti sacrifici e tanta rinnegazione della propria personalità e che è adatta alla donna perchè necessita di qualità che per natura sono presenti solo nel sesso femminile: la pazienza, la carità e la pietà (Rocco, 2015).

Da questo pensiero è facile comprendere che nei primi anni del Novecento la relazione tra la professione infermieristica e la figura femminile è ancora ben radicata. Persiste ancora la convinzione che l'infermiera debba consacrarsi all'ideale di donna volta al sacrificio; ideale che da una parte segue il pensiero di Florence Nightingale, dall'altra l'idea che sia solo una forma vocazionale a guidare la sua opera assistenziale. Sono così le doti di abnegazione e rinnegazione della propria personalità che designano nell'infermiera di quegli anni un'immagine consacrata "moralmente" in termini quindi non religiosi come invece accadeva in passato.

A questa immagine *consacrata* si associa un atteggiamento sociale di proclamazione, legato principalmente all'aumento della stima delle infermiere che hanno offerto il loro contributo durante la Seconda Guerra Mondiale.

Anche in questo caso, così come emerge nella storia passata dell'assistenza infermieristica, la visione consacrata della donna-infermiera si riversa sull'assistenza e quindi sul processo di professionalizzazione. Infatti, è proprio in

questi anni che la professione infermieristica vive un'importante evoluzione professionale dovuta alla nascita di numerose scuole di formazione e soprattutto all'entrata in vigore delle prime normative sul settore infermieristico, i Decreti-legge del 1925 e del 1929.

Qualche anno più tardi, i progressi raggiunti dalla professione nel primo ventennio vengono messi in discussione dal regime fascista che, con un'impostazione autoritaria e antifemminista, instaura una società fortemente patriarcale e caratterizzata da atteggiamenti paternalistici nei confronti della donna in generale, giudicata un essere inferiore rispetto all'uomo (Sassano, 2015).

La professione, che con una normativa fascista è diventata esclusivamente femminile, vive in questo periodo un momento di regressione caratterizzato soprattutto da un calo degli iscritti nelle scuole convitto e di conseguenza del numero delle infermiere, e dal ritorno della Chiesa nelle funzioni di controllo dell'assistenza.

L'atteggiamento antifemminista e di condanna mostrato dal regime fascista verso le donne, si ripercuote sulla figura dell'infermiera e agisce sull'assistenza sanitaria che attraversa in questo ventennio un periodo di stasi culturale e sociale, in contrasto con le aspettative, nate sulla spinta di un progresso medico-scientifico che esige una nuova forma di assistenza (Rocco, 2015; Calamandrei, 1993).

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, con la nascita della Costituzione Italiana che riconosce uguali diritti a tutti i cittadini senza distinzione di sesso, si diffonde una

visione positiva della donna in generale e quindi anche della donna infermiera; è proprio da questo momento in poi che la professione infermieristica intraprende un percorso di crescita normativa che si protrarrà nei decenni successivi fino a nostri giorni.

Un altro elemento del XX secolo da rilevare, è il rapporto di subalternità medico-infermiera: nelle prime scuole di formazione infermieristica le lezioni vengono impartite dai medici, che ovviamente non hanno interesse a dare propulsione alla professione infermieristica in termini di autonomia e riconoscimento. Il monopolio della formazione quindi è nelle mani della figura medica che, esercitando il proprio dominio, definisce un atteggiamento di subordinazione della professione infermieristica.

Questa espressione di subalternità tra la figura infermieristica e quella medica risulta ancora più evidente durante il regime fascista, basato su un modello patriarcale, e si mantiene nel secondo dopoguerra come il risultato di un'organizzazione, nelle scuole infermieristiche, basata ancora su una pratica assistenziale subordinata a quella medica (Calamandrei, 1993).

Quindi, nei primi quarant'anni del XX secolo, dal punto di vista normativo la professione infermieristica vive una grande fase di crescita professionale, ma dal punto di vista culturale necessita ancora di importanti cambiamenti che riescano a modificare il rapporto di subalternità tra la figura medica e quella infermieristica, diventato più profondo durante il regime fascista.

## **CAPITOLO V - ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA: STORIA LEGISLATIVA<sup>1</sup>**

La professionalizzazione dell'infermieristica in Italia è recente; i cambiamenti più importanti a livello normativo e formativo fanno riferimento agli ultimi 15-20 anni. Durante quest'arco temporale l'infermieristica è riuscita a passare dallo status di attività lavorativa, sprovvista di una specifica qualifica, ad una professione vera e propria, dotata di competenze specifiche (Rocco, 2015).

A livello sociologico, per professione si intende qualsiasi “*attività lavorativa altamente qualificata, di riconosciuta utilità sociale, svolta da individui che hanno acquisito una competenza specializzata seguendo un corso di studi lungo e orientato precipuamente a tale scopo*” (Gallino, 2014:524).

In generale, il processo di professionalizzazione, a cui un'attività lavorativa deve essere sottoposta affinché si trasformi in una professione, è costituito da diverse fasi, che possono realizzarsi in maniera anche non successiva (Tousijn, 1997):

- l'individuazione e la rivendicazione di un corpus di conoscenze scientifiche e tecniche,
- l'istituzione e lo sviluppo di scuole di formazione,
- la nascita e lo sviluppo di associazioni professionali,

---

<sup>1</sup> Le informazioni contenute nel presente capitolo, quando non diversamente specificato, si intendono tratte dal sito della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, <https://www.fnopi.it>

- il riconoscimento e la protezione da parte dello Stato dell'attività professionale.

La figura dell'infermiere è riuscita negli ultimi venti anni a vivere tutte queste fasi e a diventare una professione; tuttavia il percorso è stato lento e faticoso a causa di numerose ragioni quali per esempio il fenomeno della dominanza medica, la percezione dell'opinione pubblica, i pregiudizi del cittadino/paziente e le modifiche organizzative apportate nel Servizio Sanitario Nazionale (Rocco, 2015).

In Italia, il percorso di riconoscimento dell'infermieristica come professione inizia con l'emanazione della legge n°562 del 1926 che in base alle indicazioni del R.D. 15 agosto 1925, n°1832, istituisce le scuole convitto per infermiere professionali (24,25,26,27):

*“Le facoltà universitarie medico-chirurgiche, i comuni del Regno, le istituzioni pubbliche di beneficenza, le istituzioni di previdenziale sociale, ed altri enti morali, nonché comitati costituiti allo scopo, possono essere autorizzati dal ministero dell'interno, di concerto con quella dell'istruzione, ad istituire scuole-convitto professionali per l'infermiere”.*

Con il R.D. 27 luglio 1934, n°1265, l'esercizio professionale viene regolamentato e posto sotto vigilanza; lo stesso vale per l'accertamento del titolo.

Le mansioni infermieristiche, cioè tutte quelle attività che competono alla figura dell'infermiera, vengono stabilite con il Regio Decreto del 2 maggio 1940 n°1310



che pone in luce molto chiaramente il ruolo subordinato che riveste nei confronti del medico:

*“Alle infermiere professionali competono le seguenti attribuzioni di indole amministrativa, organizzativa e disciplinare, nell’ambito del reparto ospedaliero cui sono adibite (...) richieste per gli interventi d’urgenza dei sanitari (...) compilazione e registrazione del movimento ammalati del reparto (...) controllo della pulizia degli ambienti e regolarizzazione della ventilazione (...) assistenza completa dell’infermo, alle dirette dipendenze del medico”.*

Dopo circa quattordici anni, grazie alla CNAIOSS (Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere e altri Operatori Sanitario Sociali) che porta avanti le istanze per un innalzamento professionale, gli infermieri italiani ottengono l’istituzione dei collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d’infanzia, IPASVI, con la legge del 29 ottobre 1954 n°1049. Vengono inoltre stabilite le attribuzioni di Collegi, tra cui: la compilazione e l’aggiornamento degli Albi, la vigilanza sul decoro e l’indipendenza del Collegio, la promozione del progresso culturale degli iscritti e la vigilanza sul rispetto delle norme deontologiche.

Con il D.P.R. 24 maggio 1965, n°775 viene istituito il diploma di dirigente dell’assistenza infermieristica (DAI) presso le facoltà di igiene e nascono le prime scuole universitarie per infermieri che richiedono il diploma di scuola superiore.

Nel 1965 la Federazione dei Collegi Ispasvi indice il primo Congresso nazionale, svoltosi a Roma dal 31 maggio al 2 Giugno. Durante il discorso di apertura, il presidente Laura Sterbini Gaviglio sottolinea tutte le difficoltà con le quali la professione si deve confrontare, dalla mancanza di scuole statali e gratuite per la formazione, ai problemi di inquadramento contrattuale, alla più generale difesa della dignità della professione infermieristica, concludendo con l'affermazione di essere ormai in tempi "maturi per il raggiungimento di un sistema di sicurezza sociale".

Nel 1971 la legge n°124 sancisce una vera rivoluzione nel mondo infermieristico, infatti, estende al personale maschile l'esercizio della professione di infermiere professionale e detta norme sull'organizzazione delle relative scuole. La storia della professione è stata fino a questo momento esclusivo appannaggio delle donne: la matrona Fabiola dell'antica Roma, dedita all'assistenza, Florence Nightingale, e tante altre donne occupate negli ospedali ed impegnate con gli infanti e le visite igieniche nelle zone più difficili del Paese. Il lavoro infermieristico, visto come "ausiliario" e "vocazionale", è giudicato particolarmente adatto alle donne e soprattutto alle religiose, che rappresentano per molti anni la percentuale più alta del corpo infermieristico. L'immissione degli uomini nei ruoli professionali produce un'accelerazione del cambiamento dei percorsi formativi, a cominciare dai Convitti che prevedono l'internato per i nuovi allievi.

In applicazione dell'art. 117 della costituzione, nel 1972 con il D.P.R. 15 gennaio 1972 n°10, la formazione infermieristica diventa di competenza delle Regioni (eccezione fatta per le scuole della Croce Rossa Italiana). La programmazione avviene sulla base della richiesta di risorse necessarie a soddisfare le esigenze del Sistema Sanitario; allo stato rimane la competenza su esami, programmi di studio e durata dei corsi.

Nel 1973 l'Italia recepisce l'accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali (legge 15 novembre 1973, n°95); si tratta di una tappa importante nella storia della professione infermieristica: il documento sarà il punto di riferimento di tutto il processo di riordino normativo che si svilupperà dagli anni Settanta ad oggi.

L'Accordo di Strasburgo indica infatti i punti essenziali per una revisione dei programmi d'insegnamento e definisce la funzione educativa del tirocinio pratico degli allievi. Per uniformarsi alle indicazioni europee, che prevedono 4600 ore di insegnamento, vengono elaborati nuovi programmi di studio e la durata dei corsi passa da due a tre anni. L'obiettivo è duplice: far crescere la qualità della formazione e consentire la possibilità per gli infermieri di lavorare nei vari Stati firmatari dell'Accordo.

Nel 1974, con il D.P.R. n°225 del 14 marzo, viene modificato il cosiddetto "mansionario" e definito il campo delle attività e le competenze degli infermieri. Nel complesso il "nuovo" mansionario viene accolto con favore dagli organismi di

rappresentanza della professione che, pur sottolineandone alcune contraddizioni, al momento dell'emanazione lo considerano una tappa importante del processo evolutivo dell'assistenza infermieristica. Il testo tende a stabilire un diverso approccio con l'assistito, non più visto solo come un malato con dei problemi clinici, ma come una persona che esprime bisogni psichici, fisici e sociali. In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali dell'attività infermieristica, che viene valorizzata nelle sue funzioni, come evidenzia la stessa terminologia che viene usata nel D.P.R.: ad esempio, il termine "eseguire", presente nel dettato normativo precedente, viene quasi sempre corretto con "programmare" e "promuovere iniziative"; inoltre viene introdotto il termine "coordinare" e soppresso "dipendere". Il mansionario estende il campo di attività infermieristica dall'ospedale ai servizi di sanità pubblica e abbraccia i settori della prevenzione, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza sanitaria. Viene riconosciuto anche il ruolo didattico dell'infermiere in rapporto all'assistito e alle famiglie, ma anche nei confronti di altri operatori e degli allievi. In generale, con il D.P.R. n°225 l'infermiere acquista una propria caratterizzazione professionale più adeguata ai tempi, a cui corrispondono il riconoscimento di una certa autonomia operativa e precise responsabilità relative alle attività individuate dal legislatore come specifiche.

Nel 1978, dopo anni di dibattiti e scontri politici, l'Italia dice sì all'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale pubblico. Anche il territorio italiano entra a far parte

di quei Paesi che hanno scelto di dotarsi di un sistema nazionale di tutela della salute ponendo la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie tra i primi compiti della Repubblica. Le vecchie mutue, caratterizzate da evidenti sperequazioni tra le diverse categorie di assistiti, lasciano il posto alle USL (Unità Sanitarie Locali), che assumono a proprio carico tutte le competenze in materia di assistenza sanitaria. Il finanziamento del sistema è assicurato dalla fiscalità generale e viene istituito il Fondo Sanitario Nazionale che entra a far parte di un apposito capitolo di spesa del Ministero del Tesoro. La riforma del 1978 è oggetto di moltissimi provvedimenti di modifica e integrazione, culminati nella prima grande riforma della riforma, quella del biennio 1992/93, che trasforma le Usl in “Aziende Sanitarie Locali” dotate di autonomia giuridica dando il via alla cosiddetta “aziendalizzazione” del sistema. A seguire viene introdotta la “riforma ter” (più nota come riforma Bindi), varata nel 1999 ma rimasta in gran parte ancora inattuata, soprattutto a causa del cambio di maggioranza seguito alle elezioni politiche del 2001 e dal contemporaneo avvio della riforma federalista dello Stato che ha rafforzato ulteriormente il ruolo delle Regioni nel governo della sanità.

Nel 1990 la legge n°341 riforma gli ordinamenti didattici universitari e istituisce i diplomi universitari. L'ingresso della formazione nell'Università è il punto d'arrivo di un decennio di battaglie, portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità, svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa. Questa

esigenza si integra perfettamente con il complessivo disegno di riforma dell'Università, nel 1990, che istituisce anche nel nostro Paese le "lauree brevi". Alla fine del 1992 viene emanato il Dlgs n°502/92 (poi 517) che, oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del Ssn in materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole e ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Nel 1996/97 il periodo di transizione al nuovo sistema formativo si conclude con il passaggio definitivo di tutta la formazione di base in ambito universitario. Sul diploma, accanto alla firma del Responsabile del corso, figura ora quella del Rettore dell'Università.

Il 1° luglio del 1994, circa 50 mila lavoratori della sanità, soprattutto infermieri professionali organizzano a Roma una manifestazione attraverso la quale chiedono più attenzione per il sistema sanitario pubblico ed in particolare interventi per una migliore qualificazione delle professioni sanitarie, ovvero i nuovi profili professionali sui quali si discute da tempo ma che tardano ad arrivare. Il corteo rappresenta anche un momento di passaggio fondamentale per la costruzione di una nuova e più forte identità professionale: migliaia di striscioni e cartelli mostrano a tutti che gli infermieri sono ormai lontani e diversi dagli stereotipi del passato. Gli slogan recitano: "Infermiere qualificato, paziente tutelato", "Vogliamo migliorare per assistere e curare", ed anche "Signor dottore ho commesso un gran reato, ho pensato, ho pensato". La risposta a queste proteste arriva rapidamente, pochi mesi

dopo il ministro della Sanità Raffaele Costa firma il decreto ministeriale che definisce ruolo e funzioni degli infermieri professionali: il profilo professionale (D.M. n°739/94), pilastro portante del processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Il decreto ministeriale n°739/94 riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo e le cinque aree della formazione specialistica: sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica. Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile. Successivamente analogha definizione dei campi di attività e delle competenze viene stabilita anche per l'infermiere pediatrico (DM 70/97) e per altri 20 profili professionali, tra cui figurano quello dell'assistente sanitario, dell'ostetrica, del terapeuta della riabilitazione, del tecnico di laboratorio, ecc ...

Nel 1999 la legge n°42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) abroga il mansionario cancellando definitivamente la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" attribuita agli infermieri fino a quel momento dal testo unico delle leggi sanitarie (approvato con regio decreto il 27 luglio 1934, n. 1265). La legge sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, dagli ordinamenti

didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché dai Codici deontologici che la professione si dà.

Nel 2000 la legge n°251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche. Passa così, dopo una lunga battaglia della Federazione Ipasvi, il principio dell'equipollenza dei titoli ai fini della prosecuzione degli studi. Ma l'importanza della legge consiste soprattutto nel riconoscimento "formale" della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario. In attesa dell'entrata a regime della specifica disciplina concorsuale, disposizioni transitorie stabiliscono che le Aziende sanitarie possono comunque procedere all'attribuzione degli incarichi di dirigente dei Servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica "attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati". A tali figure sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata.

I decreti del 2 aprile del 2001 sulla determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie si inquadrano nel generale processo di riforma dell'Università, che va avanti per armonizzarsi con lo scenario europeo: i corsi di diploma



universitario per infermiere si trasformano così in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze infermieristiche e ostetriche, a cui accedere sulla base dei crediti acquisiti nella formazione di base. Nella specifica classe di laurea riservata alle professioni sanitarie infermieristica ed ostetrica sono collocati i profili dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.

Il 2002 si apre con l'emanazione della legge n°1 dell'8 gennaio (Conversione in legge, con modificazioni del Decreto-legge 12 novembre 2001, n°402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario); il provvedimento, nato sulla spinta dell'emergenza infermieristica, fissa alcuni principi di carattere generale:

- riconosce agli infermieri dipendenti del Ssn la possibilità di svolgere attività libero-professionale all'interno delle strutture della loro Amministrazione per garantire attraverso "prestazioni aggiuntive ... gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie";
- prevede la possibilità di riammettere in servizio, infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato;
- definisce le funzioni dell'operatore sociosanitario, ribadendo che esso svolge le sue attività "conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione";
- valorizza la formazione complementare e attribuisce valore di titolo valutabile ai fini della carriera ai Master e agli altri corsi post base.

Con decreto del 9 luglio 2004 il Miur fissa le modalità e i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e con decreto del 27 luglio definisce i posti per le immatricolazioni. Il 1° ottobre, con un ulteriore decreto, riconosce ai fini dell'ammissione "in deroga al superamento dell'apposita prova" la posizione degli infermieri già in possesso dei titoli rilasciati dalle Scuole dirette a fini speciali e titolari, da almeno due anni, dell'incarico di direttore dei Servizi infermieristici o di direttore o coordinatore dei corsi di Laurea.

Così, nell'anno accademico 2004-2005 la laurea specialistica diventa finalmente una realtà concreta e i corsi partono in 15 Atenei italiani. La Laurea specialistica (poi denominata magistrale) non è una tappa formativa obbligatoria, ma un'opportunità per gli infermieri che intendano acquisire il livello professionale necessario ad esercitare specifiche funzioni nell'area clinico-assistenziale avanzata, nella gestione, nella formazione e nella ricerca. Partono inoltre, i primi dottorati in Scienze infermieristiche: è la tappa che completa il percorso accademico della professione infermieristica nel nostro Paese. Il conseguimento dell'importante obiettivo si deve alla sensibilità di alcune prestigiose Università, ma anche al sostegno della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi concretizzatosi, nella fase conclusiva, con il finanziamento di alcune borse di studio. Il primo bando ad essere pubblicato è quello dell'Università romana di Tor Vergata, a cui ben presto si aggiunge Firenze.

Nel 2018, con la legge n°3, viene istituita la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI): a livello provinciale/interprovinciale operano gli Ordini professioni infermieristiche (OPI) che accolgono solo le categorie degli infermieri e degli infermieri pediatrici (ex vigilatori d'infanzia) in quanto gli assistenti sanitari sono scorporati ed entrano nella Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. È un passaggio importante in quanto il Collegio era semplice ente ausiliario dello Stato mentre l'Ordine opera come ente sussidiario e può quindi svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.

Da questo excursus normativo emerge in modo evidente l'elemento della formazione che, espletato attraverso corsi di studio lunghi, specialistici e di carattere universitario, rappresenta fondamentale per connotare come professione una qualunque attività lavorativa.

Attraverso questi importanti cambiamenti normativi, l'infermiere, negli ultimi 15 anni è passato dalla possibilità di una formazione non qualificata ad una alla pari di un qualsiasi altro professionista, ed ha acquistato consapevolezza, autostima, motivazione e fiducia nelle proprie capacità. Per questo motivo oggi presenta notevoli potenzialità di crescita professionale soprattutto relativamente agli spazi di autonomia gestionale (Rocco, 2015).

## CONCLUSIONI

La storia dell'assistenza infermieristica è uno strumento fondamentale per recuperare l'origine e lo sviluppo dell'identità professionale, individuando le radici su cui si fonda la moderna assistenza (Sironi 1992, Manzoni, 2016).

L'autore Manzoni afferma che comprendere come e perché si è passati dall'esperienza personale dei riformatori e di Florence Nightingale e dalle direttrici delle scuole-convitto per infermiere ad una disciplina scientifica significa analizzare e capire i cambiamenti storici vissuti dall'assistenza infermieristica (Manzoni, 2016).

È impossibile ripercorrere ed analizzare la storia dell'assistenza senza soffermarsi sul contributo offerto dalla figura delle donne nei diversi contesti storico-culturali. Il concetto di assistenza infermieristica, infatti, storicamente è legato alla figura femminile che, intesa come madre, compagna e soccorritrice, ha occupato una posizione fondamentale nella storia della pratica assistenziale. La professione infermieristica rappresenta per certi aspetti il risultato dell'influenza che il dualismo condanna-consacrazione, caratterizzante la figura femminile nei secoli, ha avuto sull'assistenza prima e sull'assistenza infermieristica dopo. All'interno di questa professione sono profondamente annidate dimensioni tipiche della storia femminile, individuabili solo attraverso un'accurata analisi della storia dell'assistenza:

- la consacrazione all'ideale vocazionale religioso che ha permesso alla donna di ottenere un riconoscimento sociale,
- la disparità di genere che ha attribuito alla figura femminile un ruolo di subordine.

La donna, nei secoli, è stata relegata ad una posizione di subordine all'interno della società che l'ha vista sottomessa al volere dell'uomo e le ha reso difficile potersi affrancare dal ruolo di moglie e madre attraverso un'occupazione. Anche la donna dedita all'assistenza non è riuscita a sottrarsi a questa condizione, tuttavia, fino al XIX secolo, l'appartenenza al ceto sociale ha segnato delle differenze in termini di ottenimento di un riconoscimento sociale. Infatti, alle donne appartenenti alle classi sociali elevate veniva riconosciuta un'identità sociale determinata soprattutto dalla cultura cristiana attraverso la consacrazione della donna all'ideale religioso (ideale basato sulla rinuncia alla dimensione corporea). Il voto di castità non caratterizzava soltanto le donne religiose ma anche le laiche che decidevano di offrire il proprio contributo assistenziale ai poveri e ai bisognosi. Gran parte delle donne, soprattutto delle classi sociali meno agiate, non avevano accesso ad alcun tipo di istruzione e non potevano espletare alcuna attività lavorativa di carattere scientifico; tuttavia, possedevano conoscenze di natura assistenziale, legate alle antiche tradizioni, che facevano di loro un punto di riferimento per la comunità. Il mancato accesso al sapere scientifico, fino ai primi anni del Novecento, ha impedito alla donna di acquisire capacità e competenze specifiche lavorative indispensabili per

trasformare l'attività assistenziale in una professione (Manzoni 1996; Calamandrei, 1993).

Infatti, come osserva il sociologo Willem Tousijn, le componenti che deve possedere un'attività lavorativa affinché possa essere considerata una professione sono quattro (Tousijn, 2000):

- l'individuazione e la rivendicazione di un corpus di conoscenze scientifiche e tecniche,
- la nascita e lo sviluppo di scuole professionali,
- la nascita e lo sviluppo di associazioni professionali,
- il riconoscimento e la protezione da parte dello Stato.

Non basta quindi, possedere conoscenze teoriche e/o pratiche, è necessario che queste vengano trasferite ai soggetti lavoratori attraverso percorsi formativi specifici impartiti all'interno di scuole dedicate.

Il contributo più rilevante, che segna il passaggio dall'assistenza all'assistenza infermieristica, viene offerto da Florence Nightingale che introduce un modello formativo, basato sulla creazione di specifiche scuole di formazione, e diffuso in breve tempo in tutta l'Europa Occidentale. Da quel momento in poi, il sentimento di consacrazione percepito verso la donna che assiste si trasferisce alla professione stessa che, dal punto di vista etico, comincia ad essere percepita come nobile ed estremamente utile (Manzoni, 1996).

È proprio in quel periodo che l'infermieristica inizia un percorso evolutivo normativo che ha segnato e definito nel tempo spazi di autonomia professionale. Tuttavia, quest'autonomia conquistata, oggi, non appare del tutto chiara e completa, a causa di un fenomeno sociale che ha caratterizzato il passato e che rimane ancora radicato nell'ambiente sanitario: la *dominanza medica*, ossia la posizione dominante assunta dalla professione medica nei confronti delle altre professioni sanitarie.

Il concetto della dominanza medica, secondo Tousijn, è legato a quattro dimensioni (Tousijn, 2000):

- il controllo esercitato sul mercato, che consente alla professione medica di incidere sulle variabili economiche (domanda, offerta e prezzi),
- il controllo sul processo formativo,
- il controllo esercitato attraverso le decisioni politiche, in ambito istituzionale,
- il controllo esercitato sui praticanti la professione medica stessa.

Analizzando il contributo femminile nella storia dell'assistenza infermieristica è emerso che il fenomeno della dominanza medica, è stato alimentato dal ruolo di subordinazione, all'interno del quale la donna è stata per tanto tempo intrappolata. Questo ruolo, caratterizzante il rapporto uomo-donna, è riuscito a trapiantarsi nel rapporto di subalternità medico-infermiera, contribuendo ad attribuire alla professione infermieristica un ruolo quasi secondario rispetto a quella medica. E

ciò perché la professione medica è stata da sempre una professione “maschile”, e quella infermieristica una professione “femminile”.

Quindi, attualmente viviamo in un’epoca in cui il dualismo condanna-consacrazione non si è esaurito ma è maturato modificando le proprie sembianze. Non è più legato al ruolo sociale della donna come in passato ma ha assunto una nuova forma: da una parte, a livello normativo, la professione infermieristica ha ottenuto il riconoscimento sociale per cui ha lottato per decenni, ha cioè raggiunto il livello di “consacrazione” professionale sperato; dall’altra invece, ha mantenuto un ruolo di subordine nei confronti della professione medica, tanto da rappresentare ancora oggi la “condanna” contro cui gli infermieri devono lottare.

Tuttavia, negli ultimi anni sono intervenuti alcuni fattori di cambiamento che hanno modificato l’intensità con cui si presenta la dominanza medica. Innanzitutto, la normativa degli anni ’90 che, basata sul contenimento della spesa sanitaria, richiede un maggiore impegno per contenere gli oneri finanziari. In secondo luogo, l’avvento del consumerismo: nei decenni passati è stato l’atteggiamento dell’utenza ad aver accresciuto l’autorevolezza della professione medica mostrando ampia fiducia nel suo operato; negli ultimi anni invece, questa situazione sembra aver intrapreso un cambiamento, da una parte perché l’infermiere ha imparato a dimostrare di avere le conoscenze e le competenze adeguate al proprio ruolo, dall’altra perché il recente avvento del consumerismo ha modificato le basi della relazione medico-paziente. Secondo Tousijn, infatti, i processi di empowerment



dell'utenza hanno provocato, e continuano ancora a farlo, un forte indebolimento del potere del medico e quindi la relativa diminuzione dell'intensità del fenomeno di dominanza medica (Tousijn, 2000; Spina 2009).

Inoltre, la professione medica oggi sta vivendo un periodo di trasformazione che sta provocando delle frammentazioni all'interno della professione stessa, conseguenza delle numerose specializzazioni esistenti e della nascita di nuovi ruoli professionali (Spina 2009).

Sulla base di questi fattori alcuni studiosi ritengono che il potere medico è in grado di auto-conservarsi; per molti altri il declino della dominanza medica è solo parziale perché coinvolge solo alcune dimensioni della professione. (Spina 2009).

Ciò significa che il fenomeno della dominanza medica è destinato a sopravvivere ancora e che la professione infermieristica sarà costretta a lottare per evitare una sua nuova fase di crescita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bressan E., 1989; La fede e le opere, il cattolicesimo ambrosiano della restaurazione, in il tramonto di un regno, il Lombardo-Veneto dalla restaurazione al risorgimento; Cariplo, Milano.
2. Calamandrei C., 1993; L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi; Ed. Nis,
3. Cantarelli M., 2017. Il Modello delle Prestazioni infermieristiche; Elsevier Masson, Milano.
4. Caramia G., 1997. Prefazione Atti Congresso Internazionale "Bambino Progetto Salute", Ancona.
5. Carpenito L. J., 2010. Diagnosi infermieristiche: Applicazione alla pratica infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana; Traduttore F. Vezzoli; Milano.
6. Casagrande G., 2004; Donne tra Medioevo ed età Moderna in Italia. Ricerche. Marlocchi Editore.
7. Celeri Bellotti G., Destrebecq A.L.; 2013. Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica in Occidente. Dalla preistoria all'età moderna. Piccin, Padova.
8. Collière F., 1992; Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica; Sorbona; Milano

9. Dieudonné D., 2009; Donne moderne nel Medioevo. Il movimento delle beghine: Hadewijch di Anversa, Mectilde di Magdeburgo, Margherita Porete; Editoriale Jaca Book.
10. Fawcett J., 1984; The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. The Journal of Nursing Scholarship, Vol.XVI, n.3, pp. 84-87.
11. Foucault M., 1969; La nascita della clinica; Einaudi, Torino.
12. Gallino L., 2014; Dizionario di sociologia; UTET.
13. Gutton J.P., 1977. La società e i poveri, traduzione di C. Capra, nota critica a cura di M. Rosa; Mondadori, Milano.
14. Henderson V., 1997. Principles of Nursing Care; International Council of Nurses, 1997.
15. Lancia L., Petrucci C., 2015. Il genio femminile nella rivoluzione assistenziale italo-britannica dell'800. Collegi Ipasvi d'Abruzzo. Congresso Avezzano 7-8 Ottobre.
16. Manara D.F., 2000; Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica; Lauri, Milano.
17. Manzoni E., 1996; Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Infermieristica generale e teorie del nursing; Masson; Milano.
18. Manzoni E., 2016. Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica; Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
19. Maslow A., 2010. Motivazione e personalità. Armando editore, Roma.

20. Meleis A.I., 2013; Teoretica Infermieristica; Casa Ed. Ambrosiana, Milano.
21. Negrisolo A., 2001. Infermieristica generale e clinica di base; McGraw-Hill Education, Milano.
22. Nightingale F., 2007; Notes on Nursing, What it is, and what it is not; Enhanced Media.
23. Panebianco D., 1968; Lineamenti di storia degli ospedali e del loro contributo al progresso della medicina, in “Quaderni di Castalia. Rivista di Storia della Medicina”.
24. Pazzini A., 1947. Storia della medicina. Vol. I-II; Società Editrice Libreria, Milano.
25. Pazzini A., 1958; L’ospedale nei secoli, Ed. Orizzonte nuovo, Roma.
26. Peplau H. E., 1991. Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing; Springer Publishing Company.
27. Proia G., 2010. La prima donna d’Italia-Cristina Trivulzio di Belgiojoso tra politica e giornalismo. FrancoAngeli Storia.
28. Ramacciati N., 2003; Infermieri nello Spedale Grande di Perugia; Morlacchi Editore, Perugia

29. Renpenning K., Orem D.E., Taylor S.G. et al., 2003. Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem; Springer Publishing Company.
30. Rocco G., Cipolla C., Stievano A., 2015; La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Laboratorio Sociologico, FrancoAngeli. Milano.
31. Roper N., Logan W. W., Tierney A. J., 1980. The elements of nursing, Churchill Livingstone.
32. Sassano, R.; 2015. El Futuro del Pasado, n° 6; pp. 253-280.
33. Sironi C., 2010. Introduzione alla ricerca infermieristica: fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
34. Sironi C, 1992; Storia dell'assistenza infermieristica; Carocci, Roma.
35. Spina E., 2009; Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa. FrancoAngeli, Milano,
36. Tousijn W., 1997; "Professioni", in Enciclopedia delle scienze sociali, Vol. VII, Istituto della Enciclopedia Italiana (Treccani), Roma.
37. Tousijn W., 2000. Il sistema delle occupazioni sanitarie; il Mulino, Bologna.
38. Vicarelli G., 2010; Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita; Carocci; Roma.

39. Vicarelli G., 1997; Alle radici della politica sanitaria in Italia, Società e salute da Crispi al fascismo, Il Mulino, Bologna.

## **SITOGRAFIA**

- Progea; Certificare i percorsi di cura con il sistema C.O.P.; Corso di Formazione, Milano 19-20 Settembre 2019. Benci L., 2019.  
[https://www.progeaservizi.it/wpcontent/uploads/2019/09/Bassi\\_Corso\\_C.O.P-1.pdf](https://www.progeaservizi.it/wpcontent/uploads/2019/09/Bassi_Corso_C.O.P-1.pdf)
- <https://www.fnopi.it/>
- <http://www.treccani.it/vocabolario/assistere/>
- <https://www.gazzettaufficiale.it/>

## **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- REGIO DECRETO-LEGGE 15 agosto 1925, n. 1832
- Legge 18 marzo 1926, n. 562
- REGIO DECRETO 27 luglio 1934, n. 1265
- REGIO DECRETO 2 maggio 1940, n. 1310
- Legge 29 ottobre 1954, n. 1049
- D.P.R.24 maggio 1965, n. 775

- Legge 25 febbraio 1971, n. 124
- La Costituzione, Parte II, Titolo V, Articolo 117
- D.P.R. 15 gennaio 1972, n. 10
- Legge 15 novembre 1973, n. 795
- D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229
- Legge 19 novembre 1990, n. 341
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42
- Legge 10 agosto 2000, n. 251
- Decreto Interministeriale 2 aprile 2001
- Legge 8 gennaio 2002, n. 1
- Decreto Ministeriale 9 luglio 2004
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3