

INDICE

ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	4
Origini Antropologiche dell'Assistenza	5
OBIETTIVI	7
MATERIALI E METODI	7
RISULTATI	9
Evoluzione Storica dell'Assistenza	9
Origini del Nursing Chirurgico	13
Sviluppi Storici Significativi	19
DISCUSSIONE	32
CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	35
RINGRAZIAMENTI	38

ABSTRACT

Background: La storia dell'assistenza infermieristica si collega ai principi di reciprocità e solidarietà fin dalle origini dell'umanità. Questa revisione esplora l'evoluzione del nursing chirurgico, dalle sue radici antropologiche fino all'epoca moderna, focalizzandosi su figure chiave come Florence Nightingale, che ha reso l'assistenza infermieristica una professione. Viene analizzata l'evoluzione dell'assistenza in diverse culture antiche e la nascita degli ospedali in Europa, con un approfondimento sul periodo della Guerra di Crimea. Il nursing chirurgico ha beneficiato dei progressi medici, come l'anestesia e le tecniche antisettiche, che hanno contribuito alla crescente autonomia della professione infermieristica nel contesto sanitario moderno.

Metodi: È stata effettuata una revisione storica mediante un'analisi critica della letteratura scientifica pubblicata negli ultimi due secoli, consultando database biomedici come PubMed, Google Scholar e Scopus. Le parole chiave utilizzate includono "*storia dell'infermieristica*", "*nursing chirurgico*" e "*evoluzione storica*". Sono stati selezionati articoli scientifici, atti di convegno, libri e risorse web, con un approccio cronologico per ricostruire l'evoluzione storica dell'assistenza infermieristica.

Risultati: La revisione mette in luce come il nursing chirurgico si sia sviluppato in parallelo ai progressi medici, quali l'introduzione dell'anestesia e delle tecniche antisettiche. Il ruolo dell'infermiere in sala operatoria è diventato progressivamente più specializzato e professionalizzato, con un aumento delle responsabilità cliniche. L'analisi storica evidenzia l'importanza della formazione continua e della specializzazione nel migliorare la qualità dell'assistenza perioperatoria.

Conclusioni: La revisione ha evidenziato come la storia del nursing chirurgico sia profondamente intrecciata ai progressi medici e tecnologici. La professionalizzazione e l'autonomia degli infermieri sono il frutto di un lungo percorso storico e continuano a evolversi in risposta alle crescenti esigenze del sistema sanitario moderno. Esaminare le radici storiche della professione risulta fondamentale per promuovere ulteriori sviluppi e miglioramenti nella pratica infermieristica.

Parole chiave: storia dell'infermieristica, nursing chirurgico, evoluzione storica, cura.

ABSTRACT (English Version)

Background: The history of nursing is linked to the principles of reciprocity and solidarity since the origins of humanity. This review explores the evolution of surgical nursing, from its anthropological roots to the modern era, focusing on key figures such as Florence Nightingale, who transformed nursing into a profession. The evolution of care in various ancient cultures and the emergence of hospitals in Europe are analyzed, with a focus on the Crimean War. Surgical nursing has benefited from medical advancements, such as anesthesia and antiseptic techniques, which have contributed to the growing autonomy of the nursing profession in modern healthcare.

Methods: A historical review was conducted through a critical analysis of scientific literature published over the past two centuries, consulting biomedical databases such as PubMed, Google Scholar, and Scopus. The keywords used included "history of nursing," "surgical nursing," and "historical evolution." Scientific articles, conference proceedings, books, and web resources were selected, with a chronological approach to reconstruct the historical evolution of nursing care.

Results: The review highlights how surgical nursing developed in parallel with medical advances, such as the introduction of anesthesia and antiseptic techniques. The role of nurses in the operating room has become increasingly specialized and professionalized, with a growing clinical responsibility. The historical analysis emphasizes the importance of continuous education and specialization in improving the quality of perioperative care.

Conclusions: The review demonstrates that the history of surgical nursing is deeply intertwined with medical and technological progress. The professionalization and autonomy of nurses are the result of a long historical journey and continue to evolve in response to the increasing demands of modern healthcare. Examining the historical roots of the profession is essential to fostering further developments and improvements in nursing practice.

Keywords: history of nursing, surgical nursing, historical evolution, Care.

INTRODUZIONE

Lo spunto di partenza, da cui ho sviluppato questa revisione della letteratura, proviene dal fascino che la pratica del barbiere-chirurgo mi ha sempre suscitato. È stato proprio da questo interesse che ho deciso di trattare le origini e gli sviluppi del nursing chirurgico, addentrandomi nella storia della nascita di questa professione.

Per iniziare vorrei brevemente introdurre quello che è stato lo sviluppo della professione del barbiere, fin dai tempi più antichi di cui abbiamo traccia. Nelle società del Paleolitico inferiore, coloro che si occupavano della cura dei capelli, del vello e della barba erano considerati di alta autorità fra tutte le classi sociali. Si credeva che nei capelli abitasse l'anima del popolo, il modo in cui i pensieri erano espressi in forma fisica era attraverso i capelli. Tagliare i capelli era un modo per rimuovere l'essenza del male accumulato e per rinnovare le energie. Quindi il compito era affidato ai più saggi, i sacerdoti (Vacca, 2018). Sono stati poi ritrovati alcuni rasoi realizzati da pietre aguzze, dell'età del bronzo, negli scavi in Egitto. Anche tra gli antichi egizi, i barbieri erano le persone più illustri e rispettabili. L'arte del taglio e la cura delle barbe diventò una professione importante nella Grecia antica, in cui la professione del barbiere era molto popolare. È in questo periodo storico che sorsero le prime botteghe dei barbieri come punti di incontro per gli uomini, in cui poter discutere di filosofia e politica.

Ho poi avuto modo di scoprire, attraverso la ricerca bibliografica, che la pratica chirurgica, durante il Medioevo, veniva svolta nelle botteghe dei barbieri. Inizialmente, gli interventi chirurgici erano eseguiti dai sacerdoti, che in seguito vennero affiancati dai barbieri, considerati competenti poiché già esperti in estrazioni dentarie e piccoli interventi. In questo modo, la figura del "*barbiere-chirurgo*" si consolidò come una professione vera e propria, tanto che, anche nei territori della penisola italiana, fu inclusa tra le professioni rappresentate negli otto "*Colonnelli della Corporazione dei Barbieri*" del 1271. Dapprima impegnati nella cura di piccole ferite, questi "professionisti" con il tempo approfondirono le loro conoscenze, finanche ad occuparsi di amputazioni ed altri interventi più impegnativi. Un'altra curiosità avvincente è quella legata alla storia dei pali posti ancora oggi fuori dai negozi dei barbieri, che hanno origini antiche legate proprio alla figura del barbiere-chirurgo. Questa insegna, utilizzata per il riconoscimento della bottega da lontano, si contraddistingue da strisce bianche, che simboleggiano le bende pulite, che si intrecciano a strisce rosse, simboleggianti invece il colore delle bende intinse

di sangue. La disposizione a spirale intorno all'asta del barbiere rappresenta la benda che i suoi predecessori in passato legavano intorno al braccio del paziente durante l'operazione di salasso (Cameron, 1921). Il palo stesso richiama invece l'asta che il barbiere-chirurgo faceva stringere ai suoi pazienti per permettere di tenere il braccio orizzontale e rendere più visibile le vene durante gli interventi di salasso. L'arte del salasso infatti era una delle pratiche di cui si occupavano questi "professionisti", considerata denigrante da parte dei chirurghi più illustri. Un personaggio a ciò particolarmente attinente, che ho trovato molto interessante, è stato sicuramente Ambroise Paré che, considerato padre della chirurgia moderna, aveva iniziato la sua carriera come barbiere-chirurgo.

Tralasciando questo excursus, legato al motivo che mi ha spinto a produrre questa revisione della letteratura, è necessario introdurre ora il concetto di cura e delle sue origini.

Origini Antropologiche dell'Assistenza

Storicamente le origini antropologiche dell'assistenza infermieristica e più generalmente del "prendersi cura", affondano le proprie radici negli albori dell'umanità poiché come afferma Marie Françoise Collière *"quando la vita è apparsa, è apparsa anche l'assistenza, in quanto bisogna prendersi cura della vita perché possa evolversi"* (Collière, 1982). *L'assistere, vero e compiuto sinonimo del vivere, c'è da sempre e ci sarà per sempre ed è per questo che lo definiamo una retta che viene dall'infinito e verso di esso corre* (Manzoni, 2017). Le radici storiche della cura sono da ricercarsi nei principi di reciprocità e solidarietà, che si manifestano nell'essere umano durante le sue fasi evolutive (La storia dell'infermieristica, 2023). La cura costituisce una risposta necessaria ad una condizione di forte dipendenza da altri, perciò si può parlare di cura come una necessità universale della condizione umana. La cura ha bisogno di tempo e richiede anche la necessità di interazione tra chi ha cura e chi riceve cura. Il termine "cura" fa riferimento alla rimozione della causa disturbante o di una malattia, attraverso tutte quelle metodiche che hanno come obiettivo la sua risoluzione, laddove sia possibile. La possibilità di curare in questo senso è garantita solo dalla medicina, cioè da quelle modalità terapeutiche efficaci che permettono all'operatore sanitario di curare da un punto di vista esclusivamente tecnico-organicistico (Braconi, 2019). Il "prendersi cura" è

diverso dal “curare”. Il prendersi cura fa riferimento al coinvolgimento personale con la persona che soffre in una concezione olistica della persona, fatta di bisogni organici, psicologici, relazionali ed emotivi (Morsello, Cilona, & Misale, 2017). Esplorare le radici e il significato dell’assistenza infermieristica può offrire una comprensione più approfondita dell’infermieristica moderna e delle sue grandi potenzialità. Partendo dall’etimologia del termine *assistere*, questo verbo deriva dal latino *ad-sistere*, che significa stare accanto, stare vicino. La storia dell’assistenza infermieristica rinviene molto spesso all’interno della storia della medicina, si sviluppa nel ruolo delle congregazioni religiose che tra i propri principi e doveri vi erano quelli della carità cristiana e di occuparsi dei bisognosi, oppure intersecata con la storia della donna, delle istituzioni ospedaliere, del ruolo del volontariato assistenziale o della Croce Rossa durante le guerre. In passato si sono presi cura delle persone bisognose essenzialmente “non professionisti” come la donna nel ruolo di madre, sorella o figlia (Dimonte, 2009). L’assistenza è fortemente coniugata con il ruolo della donna. Come sappiamo, Florence Nightingale fu una tenace fautrice della “natura femminile” dell’assistenza infermieristica. Alla base del suo pensiero, afferma la naturale inclinazione della donna verso l’assistenza. Tuttavia, nel passato troviamo anche donne che, oltre ad assistere, si dedicavano alla cura e alla guarigione, utilizzando erbe e conoscenze popolari (Dimonte, 2009). Le donne guaritrici, donne che curavano, assistevano e alimentavano la speranza di vita. Processi di streghe conservati nell’Archivio Storico Diocesano di Savona non passano di certo inosservati e continuano ad essere ancora oggi eccellente materia prima per storici e antropologi. Le streghe erano depositarie di saperi arcaici e tra i loro ruoli, più o meno codificati, c’era la cura dei malati. Le piante che utilizzavano, gli strumenti e le azioni da loro compiute destano ancora oggi molta curiosità (Siccardi, 2020). Questo ampio fenomeno di presa in carico viene comunemente riassunto con il termine “cura” ed è rivolta ai malati, ai feriti, agli orfani, ai viandanti e ai poveri, stimolata dallo spirito di fratellanza e caritativo promosso dalla nuova religione, anche nei riguardi di persone straniere e di fede diversa (Siccardi, 2020).

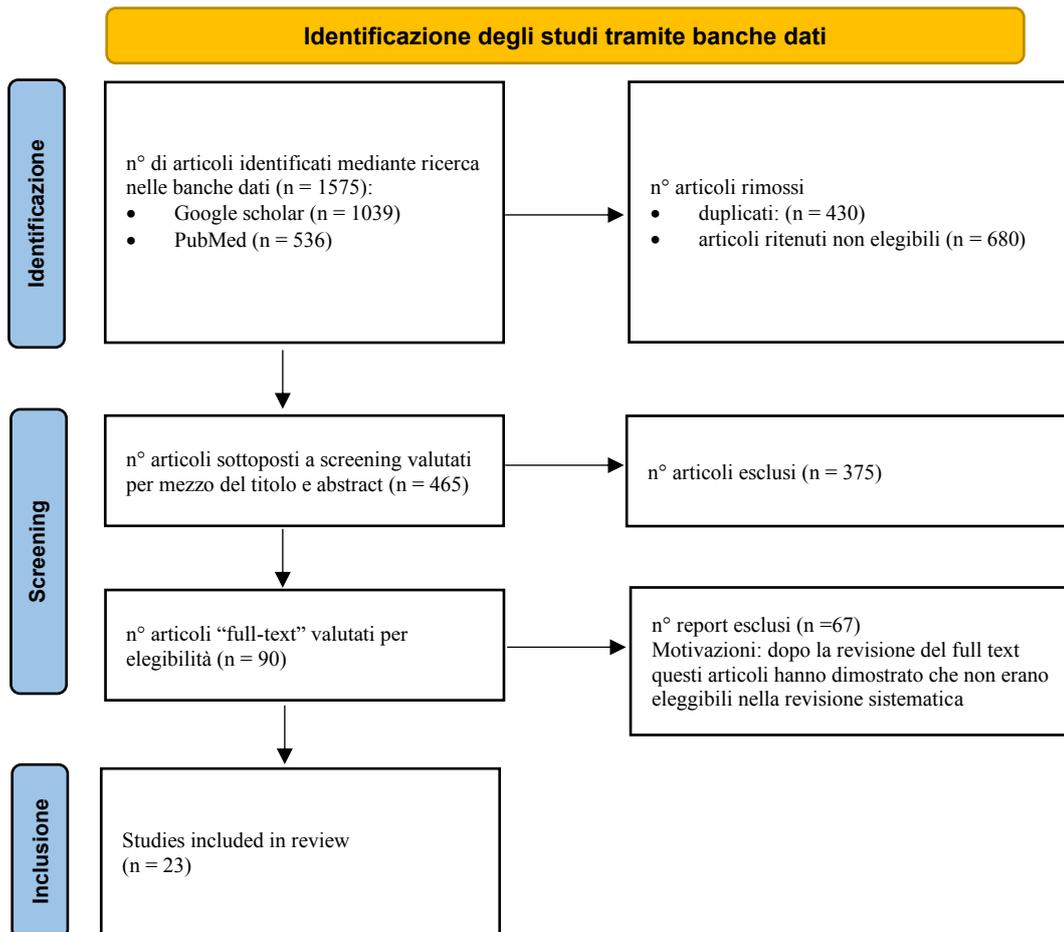
OBIETTIVI

Analizzare la nascita e lo sviluppo del nursing chirurgico, esaminando l'evoluzione storica dell'assistenza infermieristica.

MATERIALI E METODI

La ricerca si concentra sulla revisione della letteratura riguardante la Storia del Nursing Chirurgico: Dalla Cura Tradizionale all'Assistenza Tecnologica Avanzata. Sono stati esaminati articoli scientifici, atti di convegni, capitoli di libri, documenti online, articoli storici e altri materiali pubblicati negli ultimi due secoli. Per raggiungere gli obiettivi prefissati, la ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando database biomedici elettronici come PubMed, Google Scholar e Scopus. Per la revisione della letteratura è stato utilizzato un approccio cronologico, che ha consentito di porre in successione temporale le fonti selezionate. Per ciascuna domanda di ricerca è stata elaborata una strategia critica, impiegando sia termini estratti dai thesaurus specifici sia termini liberi. Le principali parole chiave utilizzate sono state: storia dell'infermieristica, nursing chirurgico, evoluzione storica, Florence Nightingale e assistenza sanitaria. Le parole chiave sono state usate in diverse combinazioni utilizzando gli operatori booleani AND, OR, NOT che mi hanno permesso di formare alcune tra le seguenti stringhe di ricerca: "History of Surgical Nursing", "(surgical nurs*) AND (history)", "Evolution of Perioperative Nursing", "Historical Perspectives in Operating Room Nursing", "Development of Postoperative Care", "Advances in Preoperative Nursing".

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only (Page, 2021)



RISULTATI

La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando la metodologia PRISMA, che ha fornito una chiara panoramica del processo di selezione degli articoli, mostrando il numero di studi considerati, esclusi e infine inclusi, rendendo trasparente il percorso metodologico della revisione. Le fasi della revisione hanno ricompreso i seguenti step metodologici: a) **Identificazione:** in questa fase, sono stati identificati un totale di 1.575 articoli attraverso la ricerca in due database: Google Scholar (1.039 articoli) e PubMed (536 articoli). Durante la fase di identificazione, sono stati rimossi 1.110 articoli: 430 duplicati e 680 articoli non ritenuti idonei; b) **Screening:** dopo la rimozione degli articoli non eleggibili, sono stati sottoposti a uno screening basato sul titolo e sull'abstract 465 articoli. Di questi, 375 sono stati esclusi perché non soddisfacevano i criteri di inclusione o non erano rilevanti per la revisione; c) **Eleggibilità:** Nella fase successiva, 90 articoli sono stati valutati nella versione “full-text” per verificarne l'idoneità degli stessi alla revisione. Di questi, 67 articoli sono stati esclusi poiché, dopo una revisione completa, è stato stabilito che non erano eleggibili per l'analisi sistematica; d) **Inclusione:** Infine, solo 23 articoli sono stati inclusi nella revisione finale. Questi rappresentano gli studi ritenuti pertinenti e idonei per essere utilizzati nella revisione della letteratura.

Evoluzione Storica dell'Assistenza

Fonti autorevoli hanno studiato l'evoluzione storica delle società primitive, rivelando che in Cina i testi più antichi riguardanti la cura risalgono al 3500 a.C. Il simbolo cinese del Tao rappresenta, nel suo cerchio, un'unità che contiene due forze contrapposte ma complementari: lo Yin e lo Yang. In particolare, quando queste due forze raggiungono il loro massimo potenziale energetico, conservano comunque al loro interno una piccola parte dell'altra. Sempre in Cina, nel 2700 a.C., si trovano riferimenti a pratiche di agopuntura. In India, i testi sacri scritti in sanscrito vedico descrivono in modo dettagliato sia la chirurgia maggiore che quella minore, con riferimenti alla varietà degli strumenti chirurgici, alle tecniche di medicazione, all'attenzione per gli esami diagnostici, nonché agli interventi di litotomia e rinoplastica sviluppati in quel contesto. Nell'epoca degli Egizi la chirurgia è soprattutto chirurgia ossea, ed essi si dedicano per motivi religiosi all'imbalsamazione. La civiltà egizia fornisce uno dei primi esempi storici di separazione tra corpo e spirito. In Mesopotamia la cura è permeata da un misto di magia, religione,

scienza e astrologia (La storia dell'infermieristica, 2023). Anche nel Codice di Hammurabi (una fra le più antiche raccolte di leggi conosciute nella storia dell'umanità) si trovano indicazioni di medicina e chirurgia. I Greci forniscono contributi notevoli riguardo l'assistenza dei malati. Ippocrate, ritenuto il padre della Medicina, sviluppa criteri di accertamento per i malati, inoltre egli sottolinea l'esigenza di fornire un'assistenza più competente, aprendo la strada al riconoscimento di una figura assistenziale proto-infermieristica. I Romani acquisiscono interamente la cultura greca, introducendo in modo ancor più cogente, la presenza di ulteriori attori nel sistema assistenziale: gli schiavi. Agli schiavi (uomo e donna) vengono affidate tutte quelle attività connesse alla cura del corpo reputate socialmente inferiori. Inoltre, è attribuita a Fabiola una nobildonna romana l'istituzione di quello che può essere considerato il primo ospedale della storia nel 390 d.C. circa chiamato il Valetudinaria (da "valetudo", "buona salute"), l'ospedale romano in cui operavano medici affiancati da servi che, presumibilmente, svolgevano funzioni infermieristiche. Questo ospedale raccoglieva i soldati con gravi traumi bellici o ammalati per le patologie dovute al soggiorno in luoghi insani (La storia dell'infermieristica, 2023). Con la venuta del Medioevo, cura e assistenza vengono garantite soprattutto dal clero all'interno di conventi, monasteri e lungo le vie di pellegrinaggio ed è proprio in questi contesti che nasce il termine infermiere: l'infirmus era il monaco che si dedicava all'accoglienza e alle pratiche di assistenza ai malati e bisognosi, soffermandosi, anziché sull'aspetto curativo, su quello caritatevole, accogliendo un'intera umanità emarginata (Braconi, 2019).

Religione e assistenza sono strettamente legate: nella Bibbia, in particolar modo nell'Antico Testamento, si trovano precise indicazioni su cura e ruolo del medico, inoltre la cura e l'assistenza diventano davvero riconoscibili nell'era dei primi cristiani (La storia dell'infermieristica, 2023). La parabola del buon samaritano, che è una parabola di Gesù, narrata nel Vangelo secondo Luca, mette in risalto la misericordia e la compassione cristiana da mostrare verso il nostro prossimo, chiunque esso sia e ci insegna che amore e compassione non conoscono differenze e pregiudizi. Questa parabola ritrae storicamente il concetto di assistenza. Il Cristianesimo riconosce un valore innovativo alla vita umana, rispetto alla storia passata, e identifica nella compassione, nella carità e nella dedizione al servizio, le opere maggiori di assistenza verso i bisognosi (La storia dell'infermieristica, 2023). Tra le opere di misericordia richieste da Gesù nel Vangelo

secondo Matteo per chiedere perdono dei nostri peccati, egli cita: Dar da mangiare agli affamati; Dar da bere agli assetati; Vestire gli ignudi; Alloggiare i pellegrini; Visitare gli infermi; Visitare i carcerati; Seppellire i morti. La Chiesa sostiene l'esigenza di salvare l'anima prima del corpo e che la malattia è causata dal peccato. Una delle più note forme di assistenza e cura è rappresentata dal Monachesimo, un fenomeno caratterizzato dalla scelta di rinunciare agli interessi della vita mondana per dedicarsi in maniera ottimale alla propria spiritualità. Il Monachesimo in osservanza alla Regola di San Benedetto (480-547) recita: "L'assistenza che si deve prestare ai malati deve venire prima e al di sopra di ogni altra cosa sicché in loro si serva davvero il Cristo" (La storia dell'infermieristica, 2023).

In Oriente e nel mondo arabo in particolare, gli ospedali erano situati presso le moschee. Arabi ed Ebrei possedendo maggiori conoscenze in ambito medico, potevano permettersi di offrire cure migliori. Tra i secoli VIII e XII d.C., gli ospedali si sviluppano con un alto standard di assistenza, a dimostrazione del fatto che la cultura medica arabo-siriaca non è solo elaborazione teorica e culturale, ma applicazione concreta e ricerca clinica (Siccardi, 2020). L'ospedale di Baghdad veniva ritenuto il massimo ospedale della regione nel IX secolo, poiché dotato di farmacia e di un proprio organico medico e di assistenza. Furono noti anche gli ospedali di Damasco e del Cairo (XIII secolo), dotati di aree spaziose, soggiorni, corsie separate a seconda delle patologie, inoltre avevano a disposizione la possibilità di eseguire prestazioni di assistenza domiciliare. Con le Crociate cristiane dell'XI e XII secolo, venne potenziata l'assistenza infermieristica organizzata in corpi militari: nacquero gli ordini dei Cavalieri di Gerusalemme, dei Cavalieri Teutonici, di San Lazzaro e altri ancora che avevano lo scopo dell'espugnazione di Gerusalemme e l'annientamento dei musulmani (Siccardi, 2020).

In Europa, a partire dal XII secolo nascono le prime Scuole mediche e vengono migliorate notevolmente le conoscenze in campo anatomico. Leonardo da Vinci è il primo ad illustrare il funzionamento del corpo umano, permettendo la crescita e lo sviluppo della chirurgia. Successivamente, con il progressivo sviluppo delle autonomie comunali, il crescente ingresso del governo laico nella gestione ospedaliera e l'affido della stessa ad autorità che oggi definiremmo di polizia (mentre l'assistenza era comunque affidata a religiosi), la funzione caritativa degli ospedali venne sempre meno a favore dell'aumento progressivo di quelle di custodia, di schedature e detentive: con l'obiettivo primario di

evitare la diffusione, prima ancora di malattie, di opinioni dal possibile effetto destabilizzante (Siccardi, 2020). Tuttavia, tra il XV e il XVI secolo, durante l'edificazione di grandi ospedali, emerse l'opera caritativa e l'attività infermieristica ospedaliera di alcune sante, tra le quali occupa un posto di sommo rilievo santa Caterina Fieschi a Genova (Siccardi, 2020). Per incentivo dell'arcivescovo di Milano nel 1448 viene fondato l'Ospedale Maggiore di Milano, dove il malato viene isolato, curato e, se fortunato, esce guarito. L'Ospedale è il primo luogo in grado di rispondere a criteri clinici e di larga accessibilità sociale, la struttura infatti, prevede delle stanze singole per i ricoverati, dotate di locali igienici con il ricambio di acqua (La storia dell'infermieristica, 2023). Nei primi anni del Cinquecento se Martin Lutero poté lodare l'organizzazione e l'efficienza degli ospedali italiani, con particolare riferimento alle cure mediche, assistenziali e igieniche (citando l'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze), il progressivo degrado che seguì nei decenni e nei secoli successivi riguardò sia l'ambito dei paesi cattolici sia quello protestante (Germania: luterani, Inghilterra: anglicani) (Siccardi, 2020). L'intuizione "moderna" di Lutero di sostituire all'intervento caritativo e cristiano quello laico e sociale non trovò un'adeguata giustificazione né, tanto meno, competenza ed esperienza: poiché la motivazione sottostante la spinta al lavoro in ospedale era, nella quasi totalità, legata al bisogno della popolazione urbana e rurale della ricerca di un posto di lavoro, ovvero soltanto di una fonte di sopravvivenza. Il progressivo decadimento curativo e assistenziale, al pari di quello sociale, si estese sia nel mondo cattolico che in quello protestante. La figura del medico si distingue sempre di più da quella assistenziale e la funzione di assistenza subisce un forte arretramento valoriale e culturale (Siccardi, 2020). Nel XVI secolo la Chiesa tenta di contrastare la progressiva decadenza dell'assistenza ai malati con l'istituzione di nuove congregazioni ospedaliere. Si fece largo un nuovo scenario della cura e dell'assistenza con la partecipazione di opere di figure emblematiche quali, ad esempio Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de' Paoli. L'attività migliore di Giovanni di Dio è relativa alla edificazione e gestione degli ospedali alla fine del XVI secolo. Gestiva 86 sedi in Italia e 262 in altri Paesi, inoltre istituisce la figura dell'infermiere maggiore e dell'infermiere minore il primo responsabile del funzionamento dell'infermeria e del coordinamento delle attività, il secondo che poteva essere ingaggiato anche tra i laici ed era direttamente coinvolto all'assistenza degli infermi. Camillo de Lellis fondatore dei Ministri degli infermi, i Camilliani, che devono

orientare la pratica quotidiana ad una intensa motivazione, inoltre essi riservano particolare prudenza alla formazione. Con questa nuova organizzazione il personale addetto all'assistenza poteva ricevere una adeguata istruzione. Vincenzo de' Paoli ha una intelligente e quanto mai avanzata intuizione, ritenendo fondamentale curare il malato al proprio domicilio o, se questo non è permesso, provvedendo con ricoveri appositamente organizzati, senza escludere o marginalizzare i bisognosi dal contesto sociale (La storia dell'infermieristica, 2023).

Nel XVIII secolo l'assistenza è garantita in gran parte da istituzioni religiose, attraverso figure laiche e consacrate. La laicizzazione dell'assistenza porta a considerare più la malattia che i gesti di cura, in una concezione medico-centrica, abbandonando il concetto di assistenza di bisognosi e malati. L'approccio olistico è man mano abbandonato a favore di un intervento tecnicistico sempre più orientato alla malattia. Un approccio più biologico e meno umanistico. Le strutture ospedaliere, a padiglioni, ripropongono la suddivisione dei degenti per patologie, secondo criteri organizzativi e igienici direttamente ordinati dal medico. Gli infermieri, laici e religiosi, dovevano essere a conoscenza non più solo delle sacre scritture, ma dovevano conoscere anche il significato delle varie malattie e i medicinali con il quale trattarle, avviando così un processo di laicizzazione della figura dell'infermiere (Braconi, 2019). Nell'Ottocento carità e solidarietà hanno assunto significati distinti poiché oltre all'impegno assistenziale fin da sempre assicurato in maniera quasi esclusiva dalle istituzioni religiose, si aggiunsero le funzioni dello Stato borghese considerato elemento regolatore della società e soggetto responsabile dell'assistenza. Nelle funzioni dello Stato erano previste garanzie previdenziali e forme obbligatorie di tutela per tutti i cittadini che si trovassero nelle più diverse condizioni di bisogno sanitario. Secondo questa prospettiva la solidarietà, da sempre interpretata secondo una concezione del concetto di beneficenza, ora era stabilita sia come diritto, sia come responsabilità civile e dovere politico (Motta, 2002).

Origini del Nursing Chirurgico

Ancora prima di poter parlare di nursing chirurgico, occorre fare un riferimento a quelle che sono state le prime scoperte in campo medico. Nei primi decenni del Diciannovesimo secolo si pose l'obiettivo di trovare strumenti adeguati all'indagine dello stato fisiologico del corpo umano. È da qui che nascerà l'invenzione dello stetoscopio, risalente al 1816.

La spinta inventiva di questo strumento emerse in René Laennec, dall'impossibilità di poter auscultare con l'orecchio i battiti cardiaci a diretto contatto con il petto di una paziente donna. Utilizzò quindi un foglio di carta arrotolato, frapposto poi fra il suo orecchio e il torace, notando così di poter udire i battiti del cuore in maniera più netta e distinta. Tale strumento, fondamentale per la diagnosi delle malattie in particolare quelle cardiache e respiratorie, costituisce ancora oggi il simbolo delle professioni sanitarie. Da questa prima scoperta, nei decenni a venire altri medici hanno ideato l'otoscopio, il rinoscopio, l'oftalmoscopio e il laringoscopio.

I primi sviluppi nel nursing chirurgico risalgono in realtà al XIX secolo, con Florence Nightingale. Florence nasce nel 1820 a Firenze in una famiglia dell'alta borghesia inglese, non nobile ma molto ricca. L'infanzia di Florence procede in modo molto agiato nelle condizioni benestanti in cui era nata, nonostante ciò, la bambina non era felice e, crescendo, ha sviluppato un carattere ostinato e appassionato (Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). Ben presto all'età di 17 anni sentì di essere chiamata a svolgere un compito cristianamente sociale, quello di assistere le persone malate. Nonostante all'epoca la figura pubblica dell'infermiera fosse alquanto degradata, la Nightingale da sempre ebbe il desiderio della naturale scoperta nella vocazione delle donne, sognando quella dell'infermiera come una professione più dignitosamente riconosciuta a livello sociale. È nel 1853, che Florence fu chiamata da Sidney Herbert, l'allora ministro della Guerra, a partecipare in prima persona e ad assumere un gruppo di ulteriori infermiere per prendere parte alla guerra di Crimea, scoppiata poco prima. Il motivo del conflitto ebbe origine da una disputa tra la Russia e la Turchia sul controllo dei luoghi santi cristiani, quando in realtà la Russia cercava di rafforzare il dominio sul Mar Nero e di allargare i confini, mentre Francia, Inghilterra e Regno di Sardegna entrarono nel conflitto in supporto alla Turchia, temevano l'espansionismo russo nel Mediterraneo. Il periodo di pace tra gli stati europei stabilito nel Congresso di Vienna, in questo modo si interruppe. Durante il conflitto le condizioni igieniche e sanitarie erano pessime, numerose furono le epidemie che si diffusero nell'accampamento in cui operava Florence. Inoltre, dal momento che non vi erano tavoli operatori e tantomeno spazi adeguati, gli interventi chirurgici dovevano essere effettuati in corsia. A tal proposito, la Nightingale introdusse proprio il paravento per evitare ai ricoverati di assistere, di prima persona, alle strazianti scene che si svolgevano nei corridoi, come amputazioni di arti o rimozione di materiali,

e che a breve li avrebbero coinvolti. Florence possedeva delle facoltà in campo infermieristico e statistico eccezionali. In generale, possiamo dire che Florence Nightingale durante la Guerra di Crimea sia stata un punto di riferimento, sia per quanto riguarda le innovazioni portate all'interno degli ospedali militari, sia per aver contribuito a spese proprie all'acquisto di indumenti e prodotti necessari alla cura dei malati e dei feriti. È in questo periodo che acquista fiducia da parte del popolo: per le strade si fa largo il nome di Florence, un faro di speranza durante il momento più buio del conflitto. La "signora con la lampada", così venne soprannominata, questa donna straordinaria che operava per le corsie dell'ospedale di Scutari, e che ha contribuito a trasformare per sempre il lavoro infermieristico. Per gli occhi imploranti dei soldati agonizzanti, in preda a febbri, polmoniti o divorati da cancrene, vedere la fioca luce della lanterna di Flo nel cuore di una notte che per alcuni di loro sarebbe stata l'ultima divenne una sorta di visione mistica. Leggenda vuole che i feriti "baciassero", in senso letterale, l'ombra di Florence Nightingale generata dallo stesso lume che reggeva, talvolta aiutata in questo dagli assistenti che l'accompagnavano nelle ronde (Cianci, 2023). Il suo mito vive nella memoria collettiva grazie alla sua impresa in Crimea (Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). Il conflitto si concluse nel 1856 con la stipula del Trattato di Parigi. Il risultato di questa guerra fu definito dagli storici sostanzialmente "inutile", poiché causò un'immane carneficina, circa 500.000 morti, la distruzione di edifici pubblici e delle abitazioni, migliaia di vittime civili, e la diffusione di malattie come scorbuto, tifo, dissenteria, malaria, tubercolosi e la trasmissione del colera trasformatosi in pandemia. Florence uscì dalla guerra di Crimea molto indebolita. Le privazioni di cibo, le scarse condizioni igieniche, il forte stress provato in aggiunta alle malattie che aveva contratto, in particolare la "febbre di Crimea" (oggi sappiamo che si trattava in realtà di brucellosi), le avevano danneggiato molto il sistema nervoso che le causava continui svenimenti. I suoi medici le prospettarono un futuro da persona invalida, le consigliarono di favorire il riposo, cosa che in realtà non accettava minimamente. Le sue condizioni fisiche a mano a mano peggiorarono, ciò nonostante, la sua forza d'animo le permise di portare avanti la sua opera: nel 1859 scrisse *Notes on Hospital* e *Notes on Nursing* dal divano della sua camera sfruttando le conoscenze sviluppate nel corso della Guerra di Crimea. In queste note dispensava numerosi consigli riguardo all'allestimento degli ospedali al fine di fornire: una corretta illuminazione, una ventilazione sufficiente ai

fabbisogni dei pazienti, acqua potabile e cibi sani. Iniziava così a porre le basi dell'Infermieristica moderna istituendo un sistema formativo mirato a creare una professione socialmente riconosciuta. Infine nel 1860 istituì la *Nightingale Training School for Nurses* al St. Thomas' Hospital di Londra. Il corso durava un anno e successivamente le studentesse dovevano affrontare un periodo di due mesi di tirocinio nelle corsie ospedaliere e al domicilio dei malati indigenti. Gli obiettivi principali che Florence voleva raggiungere con l'istituzione delle scuole per gli infermieri furono: formare infermiere che potessero lavorare all'interno dell'ospedale, che potessero insegnare la professione ad altri e formare infermiere di quartiere che assistessero i malati indigenti (Borghini, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). *“L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza è che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle”* (Florence Nightingale). Queste frasi hanno trasmesso l'immenso spirito di dedizione che apparteneva a Florence, influenzando la formazione di intere generazioni di infermieri in tutto il mondo, rimanendo ancora oggi, alla base della pratica infermieristica universale. Florence morì nel 1910. Il suo funerale fu una cerimonia semplice proprio come aveva richiesto, simbolo della sua estrema umiltà.

Siamo arrivati agli inizi del diciannovesimo secolo, che è stato definito dagli storici come *“il secolo della Chirurgia”* (Thorwald, 1958). È in questo periodo che la professione chirurgica subisce la sua trasformazione più grande: *“Dolore, emorragia, infezione erano i tre grandi mali che avevano da sempre avvelenato la pratica della chirurgia e frenato il suo progresso; in un attimo, in un quarto di secolo (1846-1873), essi furono privati del loro potere di incutere terrore. Una nuova era stava albeggiando”* (William Halsted). Rilevante ai fini di questa trattazione, è la menzione della prima operazione chirurgica indolore, del 1846, e l'invenzione della anestesia chirurgica. In Nordamerica, un dentista, constatò per caso il potere del protossido d'azoto, che permetteva di garantire l'insensibilità al dolore, in chi lo inalava. Allo stesso modo, un altro gas utilizzato per sfruttare le sue capacità anestetiche, fu l'etere etilico, che permise al chirurgo Warren di poter effettuare l'asportazione indolore di un tumore dal collo. In Italia la prima applicazione dell'etere come anestetico avvenne il 2 febbraio 1847 all'Ospedale

Maggiore di Milano, stesso anno in cui venne introdotto il cloroformio, anch'esso utilizzato come anestetizzante per facilitare il parto. È di qualche anno dopo, in particolare del 1884, l'anestesia periferica (loco-regionale) realizzata tramite un'iniezione di cocaina (Armocida, Dionigi, Dionigi, Boni, & Rovera, 2021). Grazie all'introduzione dell'anestesia si aprirono nuove ed enormi prospettive per la chirurgia, infatti con queste scoperte, da questo momento in poi gli interventi chirurgici complessi potevano essere svolti con più efficienza, dato il maggior tempo che garantiva l'anestesia e avendo anche la possibilità di andare più in profondità nel corpo umano. Considerevole, inoltre, è stata l'invenzione di Jules Péan delle pinze emostatiche, che permise di valicare il limite rappresentato dall'emorragia. Secoli prima in quest'ambito, era stato Ambroise Paré a diffondere la tecnica della legatura dei vasi ai fini emostatici, un metodo che aveva imparato praticando amputazioni in campo militare e che gli aveva permesso di incrementare le possibilità di sopravvivenza dei suoi pazienti. Paré ha delineato accuratamente i passaggi di questa procedura all'interno dei suoi scritti *Dix livres de la chirurgie*, pubblicati nel 1564 (Garbarino & Mazzarello, 2021).

Tralasciando aspetti più strettamente connessi alla professione del chirurgo, una importante scoperta in ambito di infermieristica applicata alla chirurgia fu quella di Joseph Lister. Egli approfondendo le ricerche fatte da Louis Pasteur, un chimico francese, riguardo la dimostrazione della fermentazione di alcuni liquidi causata dalla presenza dei batteri in essi presenti, intuì che il processo di infezione che avveniva nelle ferite era simile al processo appena descritto, da Pasteur elaborato. Lister si propose di cercare una soluzione per eliminare i microbi che abitavano la ferita operatoria, analogamente alla funzione della bollitura dei liquidi per la capacità del calore di bloccare la fermentazione di essi. In poco tempo Lister concepì che la soluzione di acido fenico potesse essergli di aiuto e decise di utilizzare questa sostanza su una frattura esposta che inevitabilmente si sarebbe conclusa con almeno l'amputazione dell'arto interessato. Nebulizzando questa sostanza nell'ambiente operatorio e bagnando le garze che servivano per pulire la ferita chirurgica, le infezioni connesse all'intervento operatorio si abbassarono notevolmente e il tasso di mortalità connesso alle amputazioni diminuì dal 45 al 15%. Lo schema elaborato da Lister si componeva di varie ed articolate fasi: per prima cosa si dovevano rimuovere i coaguli di sangue ed eventuali corpi estranei; successivamente per poter eliminare tutti i germi occorreva, prima detergere la ferita con acido fenico, che avrebbe

determinato la precipitazione della parte proteica dei microorganismi, e poi applicare su tale ferita una garza impregnata con lo stesso acido, per scongiurare future contaminazioni; dopodiché con premura, si passava alla copertura della lesione con un sottile strato di stagno o con un disco di piombo, allo scopo di impedire l'evaporazione dell'antisettico. Una volta che la medicazione era fissata con strisce adesive, si formava una crosta spessa di coaguli di sangue e acido fenico. Sempre per prevenire l'insorgere di nuove infezioni si versava, di tanto in tanto sulla ferita, una soluzione pura di acido fenico, rimuovendo parzialmente il rivestimento metallico sopraccitato. Considerata la proprietà irritante dell'acido fenico, per i tessuti sani e labili che circondavano la lesione, Lister provvide a diluire la soluzione pura in acqua e in olio, così da attenuare l'azione collaterale di essa. La soluzione acquosa, utilizzata per la disinfezione iniziale delle ferite, era più debole rispetto a quella oleosa, che invece era utile successivamente. Con questi risultati Lister nel 1867 pubblicò le sue osservazioni nella rivista "*The Lancet*" con il titolo "*Antiseptic principle of the practice of surgery*" e conquistò la lodevole nomina di essere considerato lo scopritore del metodo dell'antisepsi. Si tratta di quel procedimento atto a ridurre la carica batterica presente in un sito, dando così elevati livelli di sicurezza antinfettiva nelle operazioni chirurgiche con la pratica del lavaggio accurato dello strumentario e delle mani dei chirurghi e con la preparazione della sala operatoria con nebulizzazioni di acido fenico (Muzzi & Panà, 2014). Questa procedura, volta alla neutralizzazione della carica microbica, assumerà il suo vero significato solo grazie alle scoperte di Robert Koch, che verso la fine dell'Ottocento, intraprese ricerche inerenti al bacillo del carbonchio e a quello della tubercolosi, per cui poi riceverà il premio Nobel. A Koch, direttore dell'istituto delle malattie infettive a Berlino, si devono considerevoli innovazioni: dall'introduzione delle lenti a immersione, ai processi di colorazione dei germi. Attraverso i suoi studi rivoluzionari sono stati enunciati quelli che ancora oggi sono conosciuti come i "*postulati di Koch*", ovvero dei criteri scientifici, secondo cui lo sviluppo di una malattia presuppone la presenza di un particolare microorganismo, utilizzati per stabilire questa relazione causa-effetto. Questi assiomi, da sempre utilizzati per provare che un microbo è la causa di una malattia infettiva, sono stati aggiornati più volte. Koch in prima persona si rese conto dei limiti sperimentali insiti nei postulati. Vi erano infatti patogeni che potevano andare a colonizzare il soggetto ospite solo se questo si trovava in specifiche condizioni e altri patogeni che non erano coltivabili in vitro o

adatti all'inoculazione per via animale. Per arrivare alla pratica dell'asepsi, termine utilizzato per riferirsi all'insieme delle misure rivolte alla prevenzione dell'accesso di microrganismi in substrati sterili, dobbiamo attendere Von Bergmann (1836-1907). Costui, professore di chirurgia all'Università di Berlino, introdusse la sterilizzazione a vapore dei ferri e del materiale chirurgico nel 1886, impiegando l'autoclave, apparecchio il cui primo prototipo risale al 1880, ottenendo così importanti esiti nella lotta alle infezioni applicate alla chirurgia (Muzzi & Panà, 2014). Infine, un'importante scoperta, che mi sento di dover rammentare, è stata sicuramente quella dei guanti utilizzati negli interventi chirurgici, anch'essa, come molte, fatta accidentalmente. William Halsted, padre della chirurgia americana, sviluppò dei guanti in gomma per proteggere le mani dell'infermiera che lo assisteva in sala operatoria, allergica alle sostanze chimiche antisettiche. Curioso notare che quella infermiera, Caroline Hampton, diverrà la signora Halsted: si deve ad un gesto d'amore l'introduzione di questi dispositivi di protezione individuale. Con la fine dell'Ottocento si arrivò alla scoperta dei raggi X, e con essa nuove possibilità nella diagnostica e nella progettazione degli interventi. Utilizzati principalmente per diagnosticare fratture o localizzare corpi estranei, si resero essenziali per lo sviluppo di un'indagine accurata delle parti molli del corpo umano.

Sviluppi Storici Significativi

Inizio del XX secolo

L'inizio del nuovo secolo portò con sé nuovi approcci alla chirurgia, basati non più soltanto sulla rimozione delle parti considerate "malate", ma anche sul loro rinnovamento, attraverso trapianti o l'installazione di protesi. Del resto già alla fine dell'Ottocento, la pratica professionale si era trasformata profondamente: era assodato che non poteva essere per tutti, ma doveva essere affidata a mani istruite. Le operazioni chirurgiche, sempre più complesse, dovevano rispettare una stretta organizzazione tecnica e dovevano essere realizzate all'interno di strutture ospedaliere. Il "secolo della chirurgia" portò grande prestigio a questa pratica, fra le altre professioni sanitarie, e numerosi furono gli interventi realizzati attraverso metodi innovativi, in vari ambiti. (Armocida, Dionigi, Dionigi, Boni, & Rovera, 2021).

Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento si è registrato in Italia, il passaggio dall'assistenza infermieristica caritativa a quella professionale: due forme diverse di stare

vicino al malato (Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). Concentrando l'attenzione su quello che è accaduto nella penisola italiana, è importante conoscere l'ulteriore sviluppo che ha avuto la professione infermieristica. Il ruolo di questa professione e in generale l'assistenza, viveva un periodo di sconforto, legato a problematiche quali la mancanza di formazione, il basso salario previsto e le condizioni di lavoro in cui si era costretti ad operare. È anche questo il tempo in cui inizia a cambiare la dimensione dell'ospedale moderno, che da luogo di ricovero, si afferma come luogo di cura. Questa evoluzione è stata resa possibile tramite una riorganizzazione dei luoghi di ricovero, dove sono stati introdotti nuovi dispositivi terapeutici "*iniezioni ipodermiche, endovenose, ipodermoclisi, lavature gastriche, massaggi, applicazioni elettriche, radiografie*" (Ospedale Maggiore di Cremona, 1907), che hanno portato maggior efficienza alle cure mediche. Con la trasformazione del ruolo occupato dalle strutture ospedaliere, cambiava anche il modo di organizzare l'istruzione, la formazione, l'aggiornamento e i rapporti professionali (Armocida, Dionigi, Dionigi, Boni, & Rovera, 2021). Sempre più diffusi diventano non solo interventi chirurgici semplici (come le laparotomie, erniotomie ed appendicectomie), ma anche le operazioni su rene, vescica, vie biliari (Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). La popolazione cambiò il modo di concepire l'ospedale, che diviene l'istituzione che ad oggi conosciamo, rispetto al luogo di asilo quale era. Parte proprio dai nobili e borghesi l'intento di recarsi in ospedale per essere sottoposti alle cure, distanziandosi dall'usanza precedente di essere curati nella propria abitazione, essendo disposti anche a pagare per farsi curare. Ciò ha sicuramente comportato un problema dal punto di vista della capienza: i posti letto disponibili non erano affatto sufficienti rispetto alle richieste. Importanti innovazioni sono state realizzate grazie alle nuove scoperte scientifiche e all'ingresso delle nuove tecnologie. Questi avanzamenti non erano però conformi in tutti i territori dell'Italia, infatti soprattutto nei piccoli ospedali si registrava ancora l'arretratezza sul piano tecnologico e terapeutico tipica dell'Ottocento: in questi casi siamo ancora lontani dai progressi della scienza medica e dell'igiene moderna.

Alla luce della trasformazione degli ospedali, il lavoro all'interno di essi viene ridimensionato, sono infatti necessarie nuove figure professionali che possano assistere il medico durante le medicazioni, la somministrazione della terapia e l'utilizzo delle macchine in modo da ridurre il carico di lavoro su un'unica figura. Tali figure avevano

bisogno di una formazione specifica al fine di essere in grado di valutare le condizioni del malato, riconoscere la necessità dell'intervento medico, organizzare e praticare l'assistenza. Queste problematiche legate alla formazione del personale infermieristico professionale sorsero nell'ambito del Congresso dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri del 1906, durante il quale venne evidenziata l'esigenza per i medici di essere affiancati da infermieri ben istruiti. Si rese evidente come il numero degli infermieri non fosse capace di soddisfare i carichi di lavoro che venivano a presentarsi. Allo stesso tempo fu evidenziata l'arretratezza della formazione del personale professionale dal fatto che gli infermieri, passando da un malato all'altro senza aver utilizzato le necessarie cautele in ambito di igiene, si rendevano responsabili della maggior parte delle infezioni ospedaliere. Inoltre la negligenza e l'inadeguatezza tecnica negli interventi infermieristici rischiavano di diventare uno strumento di sopruso nei confronti dei pazienti, che si trovavano a dover far fronte a tale mancanza di cura. Tra le qualità richieste agli infermieri, la più funzionale al lavoro del medico era quella legata al loro spirito di osservazione, poiché con esso potevano essere in grado di individuare segni e sintomi di un paziente malato e comunicarli tempestivamente. Il timore era quello di un rallentamento della modernizzazione clinica degli ospedali nel nostro paese, rispetto agli altri paesi europei e la soluzione che si presentava come più plausibile consisteva in un avanzamento dell'istruzione, a livello professionale degli infermieri. Ricordiamo che rispetto agli altri stati, tra fine Ottocento e inizio Novecento, in Italia erano esigue le scuole e i corsi di formazione adeguati. La specializzazione richiesta al personale infermieristico evidenziava come quello dell'infermiere non fosse un mestiere come gli altri e che necessitava di abilità e conoscenze particolari, ottenibili soltanto attraverso la giusta formazione. Sulla base di queste considerazioni, si rese imprescindibile una sistematizzazione delle scuole professionali. L'immagine dell'infermiere doveva distaccarsi da quella di un semplice "operaio" impegnato nella pulizia, e rivolgersi verso un livello di competenza sempre più elevato. Gli infermieri dovevano invece essere preparati ad instaurare una relazione terapeutica con il malato: *“La medicina e l'assistenza infermieristica infatti, non sono solo scienza ma una pratica entro la quale si creano situazioni di rapporto umano, di aspettative, di emozioni, per cui chi vede l'ammalato come un sistema di apparati dimentica il suo essere persona, le sue aspettative”* (Caramia, 2017). L'impostazione didattica da prendere come parametro era quella

britannica che, innovativa e all'avanguardia sotto tanti aspetti, si basava sull'acquisizione di professionalità durante un periodo di tirocinio. La figura ambita era quella di un infermiere che sapesse intervenire nell'ambito della prevenzione e della cura delle infezioni, in particolare negli aumentati interventi chirurgici (Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi, & Zella, 2021). Emblematica fu la figura di Anna Celli che fu capace di sollevare le carenze e problematicità legate in particolare all'istruzione delle infermiere: troppo teoriche, spesso superflue e inefficaci allo sviluppo di competenze pratiche. La tradizionale istruzione portava ad imparare a memoria le nozioni, senza dare un pretesto per un approccio di tipo pratico; era invece necessaria una vera istruzione tecnica ed una educazione professionale. Il programma di ammodernamento che fu proposto prevedeva l'istituzione di almeno una scuola in ogni provincia, l'omogenizzazione a livello di contenuti, e l'inserimento di un esame finale di idoneità alla pratica (necessario poi per poter esercitare la professione). Gli spunti presi dall'impostazione britannica resero possibili notevoli passi avanti che portarono una vera e propria ridefinizione della formazione del personale infermieristico professionale. Tra le prime scuole per infermiere, che sulla base del modello inglese vennero istituite in Italia verso la fine dell'Ottocento, occorre rammentare quella del Policlinico di Roma del 1895 e dell'ospedale privato Gesù Maria di Napoli del 1896. Entrambe queste esperienze non hanno in realtà riscosso molto successo, poche furono le allieve iscritte. Più significativa si rivelò invece la Scuola-Convitto Regina Elena di Roma, ispiratasi al modello Nightingale, suggerì l'istituzione di altre scuole a Firenze, a Roma e a Milano. Il personale docente doveva essere costituito da infermiere preparate presso opportune scuole, onde formare delle infermiere capaci, migliorare l'assistenza e creare lo spirito professionale (Caramia, 2017). Questi tentativi costituirono la base per una successiva riforma relativa all'assistenza e alla formazione infermieristica, dato che si riteneva sempre più necessaria la progettazione di corsi professionali per infermieri.

Era ormai assodato che in Italia era necessaria una riforma e la prima proposta venne presentata dal Ministero Luzzati con un disegno di legge nel 1910, che prevedeva: *“in ogni provincia del Regno (...) verranno tenuti corsi speciali di scuola per infermieri (...); agli iscritti ai detti corsi, che avranno superato le prove finali di esame, sarà rilasciato il corrispondente diploma di abilitazione (...); a principiare dal 1° gennaio 1913 (...) le istituzioni pubbliche di beneficenza non potranno assumere in servizio in qualità di (...)*

infermieri se non persone munite del diploma”. Tale disegno di legge non sarà però convertito in legge, mancando di approvazione da parte della Camera dei deputati. Numerose furono le critiche sollevate in relazione a tale proposta, e con esse le modifiche relative. Inoltre con il governo Giolitti, la questione dell’istituzione delle scuole di infermieri non fu nella pratica considerata di primaria importanza, non riteneva che tale materia dovesse essere prerogativa dello Stato, anzi la sua politica è stata spesso orientata verso un’impostazione molto limitata nei confronti delle spese pubbliche. Si può affermare che alla vigilia della Prima Guerra Mondiale la questione dell’assistenza e la formazione infermieristica non fosse ancora risolta. È solo con lo scoppio della guerra che si potranno scorgere le prime conquiste e soltanto durante il ventennio fascista che si potrà parlare di una considerevole riforma assistenziale infermieristica.

La Prima Guerra Mondiale, scoppiata nel 1914 e conclusasi nel 1918, ha sicuramente accelerato lo sviluppo del nursing chirurgico, con infermieri che hanno giocato un ruolo cruciale nel trattamento delle ferite di guerra. L’evento bellico, che durò quasi cinque anni, e coinvolse imperi e nazioni dei cinque continenti è conosciuto generalmente come Grande Guerra. L’elencazione delle singole storie, il riportare alla luce personaggi, contesti e drammi mostra la peculiarità che, all’interno del difficile quadro organizzativo della sanità in tempo di guerra, investì la professione infermieristica (Cotichelli, 2018). Le vittime in totale furono quasi 18 milioni. L’Italia mobilitò, solo per l’Esercito, 5.728.277 uomini, di cui 4.199.542 in zone belliche. Si registrarono 680.071 morti, 990.000 feriti (16,57% dei mobilitati), e 462.812 invalidi (Ferrajoli, 1968). Si può dedurre come, in campo sanitario, un sostanzioso allestimento di mezzi e uomini fu progressivamente mobilitato. La sanità in campo militare era formata dai soldati del Corpo della Sanità Militare e dall’apparato della Croce Rossa Italiana (personale medico e “Dame della Croce Rossa”, cioè crocerossine volontarie) affiancato dal personale infermieristico sempre volontario facente parte di vari comitati assistenziali quali i Cavalieri di Malta, quelli dell’Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro e i Gesuiti. Decisivo fu anche l’aiuto dato dagli Alleati, infatti nel 1918 operavano al fronte italiano centinaia di militari provenienti dalla sanità britannica e statunitense, con compiti di ambulanzeri ma anche barellieri e infermieri (Randolfi, 2015). Dal punto di vista del nostro paese, solo al fronte furono allestite 453 unità sanitarie di cui 233 ospedaletti da campo da 50 letti, 174 ospedali da campo con 100 e 46 fino a 200 (Ferrajoli, 1968). I feriti trasportabili

erano classificati in: gravissimi, gravi trasportabili per intervento urgente, gravi trasportabili a breve distanza, trasportabili a lunga distanza e feriti leggeri. La Croce Rossa mobilitò 3.487 ufficiali, 8.400 infermiere, 14.650 sottufficiali e truppa, 349 cappellani, 4.122 borghesi aggregati che si fecero carico di assistere 1.205.754 militari per un totale di giornate di degenza di 21 milioni (Cerutti, 2017). Come sopra citato, in Italia la formazione infermieristica era assai arretrata, cosa che ha comportato un limitato numero di infermiere a carattere professionale disponibile. Sul territorio italiano erano presenti soltanto una trentina di scuole con una bassa partecipazione ai corsi e un numero scarso di diplomate (Cotichelli, 2018). Poiché durante la Grande Guerra le figure maschili erano impiegate sul fronte di battaglia, spettava alle figure femminili l'assistenza alle vittime belliche, impegnate nei luoghi di battaglia, nelle corsie degli ospedali da campo, dimostrando un inedito protagonismo femminile che si ripercuoterà negli anni successivi e in particolare durante il periodo fascista. Il materiale che il personale medico e infermieristico aveva in dotazione era composto da borse di sanità contenenti garze, bende, lacci emostatici, filo per sutura, siringhe, disinfettanti tra i quali iodio, alcool e acqua, etere e cloroformio come anestetizzante, antiparassitari come antitifina e naftalina, fiale di morfina. È importante sottolineare come allora non esistevano antibiotici e che la trasfusione di sangue non veniva ancora utilizzata (Randolfi, 2015). È opportuno rimembrare che il personale sanitario era costretto ad operare assistenza in situazioni esasperate e molto spesso accadeva che essi stessi erano vittime dei bombardamenti o di malattie come tifo, colera, febbre da trincea, tetano, gangrena e tubercolosi. La sieroprofilassi, di conseguenza, divenne uno dei primi strumenti di intervento sanitario permettendo, nel corso del conflitto, di ridurre la morbosità di importanti malattie (Cotichelli, 2018). Il tifo, ad esempio, passò dal 17,9% del 1915 all'1,3% del 1918 (Casarini, 1929). Medici e infermieri assistevano i feriti di guerra in seconda linea rispetto a quelle di combattimento, in luoghi che vennero denominati Posti di Medicazione. Le infermerie campali, figure che operavano negli ospedali da campo erano sistemate in punti defilati o il più possibile al riparo dal fuoco nemico. In questi luoghi venivano grossolanamente fasciati e medicati i feriti, che non erano riusciti autonomamente ad arrestare le emorragie, a fasciarsi gli arti rotti, maciullati o che rischiavano il dissanguamento. I feriti successivamente dovevano raggiungere gli Ospedaletti da Campo, se riuscivano a piedi, altrimenti in groppa a muli, a spalla o in autoambulanze nel

caso in cui fossero impossibilitati. Qui il personale che si occupava delle pratiche chirurgiche della Sezione di Sanità operava i feriti più gravi, medicava, disinfettava e mandava verso le retrovie i meno urgenti (rispedendo in linea quelli considerati abili), somministrava adrenalina ai dissanguati e morfina come sedativo ai più sofferenti oppure lasciava agonizzare quelli per cui ogni intervento sarebbe stato inutile. A questi molto spesso venivano tolte le bende, per applicarle, in caso di penuria di garze, a qualche altro ferito considerato “salvabile”, prima che fossero morti, e magari ancora in stato di semicoscienza (Randolfi, 2015). Le grandi aree dedite al servizio ospedaliero in campo bellico furono predisposte nelle zone immediatamente dietro al fronte di combattimento e collocate in prossimità di grandi strade, ferrovie o dentro alle scuole. Inoltre, per agevolare il più possibile le strutture ospedaliere in zona di guerra i feriti vennero anche ricoverati in Navi Ospedale come la Albaro, la Menphi, la Po, la Principessa Giovanna, o nei 59 Treni Ospedale. Si trattava di convogli da 360 posti che raggiungevano le stazioni avanzate del fronte, con l’obiettivo di caricare i pazienti per poi ripartire verso l’interno e fermarsi nei rami morti delle grandi stazioni, come Mestre, Torino, Padova e Verona per mettere al sicuro i malati e curarli (Randolfi, 2015). Di fronte agli scenari assistenziali in campo bellico era sempre più forte la necessità di un aumento numerico del personale sanitario, indicato dal concetto di un’assistenza sanitaria di massa con caratteristiche qualitative e quantitative uniche. Veniva richiesta una maggiore presenza del personale sanitario, nello specifico infermieristico, adeguatamente preparato e più competente. Più infermieri quindi e con una preparazione migliore di quella adottata fino ad allora (Cotichelli, 2018).

Con la fine della Grande Guerra le problematiche legate alla formazione infermieristica si presentano in maniera incombente, e conducono il paese a porre il quesito all’ordine del giorno, con un considerevole ritardo rispetto alle scelte già fatte in altre nazioni, come ad esempio Regno Unito e Stati Uniti (Cotichelli, 2018). È nel 1917 che la formazione infermieristica divenne una vera e propria “quaestio” nazionale. Nel 1921 venne proposta una mozione, che riscontrò un certo successo, ma non riuscì ad affermarsi, a causa del periodo politicamente complesso che l’Italia stava passando, subito dopo la fine della Prima guerra mondiale (Falli, 2023). Negli anni immediatamente successivi, si struttureranno gli interventi che porteranno all’emanazione della prima legge sulle Scuole-Convitto. Con il Regio Decreto Legge del 15 agosto 1925 numero 1832, si andava

a regolare la formazione infermieristica di base e l'istituzione delle relative scuole professionali. Questo decreto, rubricato “*Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici*”, si presentava come una sintesi ed una sorta di prima risposta alle questioni riesumate dalla guerra, legate alla formazione del personale, alla sua composizione numerica e alla necessaria modernizzazione per rispondere ad una sanità ancor più di massa (Cotichelli, 2018). Questa norma indicava innanzitutto che l’assistenza infermieristica doveva essere affidata a personale esclusivamente femminile, che tali dovevano provenire da classi di civile condizione e dovevano essere addestrate in Scuole-Convitto. Queste scuole dovevano inoltre essere annesse a scuole superiori di perfezionamento, oltre che essere istituite in ambienti nei quali non mancasse alcun conforto della vita, dovevano dunque essere associate ai grandi ospedali. Si prevedeva poi che fosse necessario l’internato, un ordinamento e la prospettiva di una carriera gerarchica; che le infermiere dovessero essere nubili o vedove senza prole; infine, che l’assistenza professionale dovesse essere ben distinta dall’assistenza volontaria (Caramia, 2017). Il Regio Decreto, che a breve festeggerà il suo centenario di vita, era nato proprio allo scopo di legittimare una figura che fino ad allora era stata progettata in diverse modalità e senza alcuna uniformità sul piano nazionale. Una legge fondamentale che aveva permesso il passaggio, da una situazione di assistenza infermieristica volontaria sostanzialmente spontanea e non regolata in percorsi di formazione, ad una effettiva configurazione di una moderna infermiera. Infatti, fino a quel momento, un ruolo importante era rivestito dalle “infermiere volontarie” della Croce Rossa Italiana, presenti in larga parte nell’ambito dell’assistenza ai soldati durante la Grande Guerra. Alcuni però criticarono tale legge in quanto i medici monopolizzarono il campo di formazione delle scuole per infermiere, nelle quali il conseguimento di un titolo di studio non sempre era espressione di una seria preparazione e consapevolezza di svolgere un importante compito (Caramia, 2017). Il RD n.1832, sarà convertito nella Legge 562 del 1926 e troverà attuazione con un regolamento del 1929, andando a regolamentare i requisiti di accesso ai corsi per infermiere professionali (Falli, 2023). Occorre a questo punto ricostruire i passaggi che hanno portato dall’esperienza di Florence Nightingale, alle Scuole-Convitto e all'attuale disciplina scientifica infermieristica. Ricordiamo che in Italia, si instaura nel 1922 il Regime Fascista di Benito

Mussolini, che durò per circa vent'anni fino al 1943. È nell'ottica di un processo di entificazione del sociale, che aveva lo scopo di realizzare un'organizzazione statale dello spazio sociale, che si inserisce l'immagine enfatizzata della "nubile infermiera", concepita come di naturale predisposizione. Il ruolo della donna infermiera durante il fascismo è cresciuto conseguentemente alle forti discriminazioni subite. Infatti, le donne, escluse da ogni tipo di carica o posizione di prestigio, potevano aspirare soltanto a trovare affermazione nell'ambito del matrimonio e della famiglia, o lavorando come infermiera o segretaria. Ricordiamo che durante il periodo corporativo la figura della donna era riconosciuta in riferimento alla funzione che svolgeva, che in sostanza le era stata attribuita, nel contesto sociale e politico. "Il fascismo propose un modello femminile, quello di moglie e di madre prolifica, funzionale alla creazione dello Stato totalitario, che doveva però fare i conti con la presenza delle donne in tutti i settori lavorativi. Il regime agì con 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" (Ropa & Venturoli, 2010). È stato proprio grazie alle organizzazioni dei Fasci Femminili che si arrivò alla nascita dell'Associazione Infermiere Diplomate ed Assistenti Sanitarie nel 1929 (Rocco, 2019). Sulla base di quanto ottenuto con il Regio Decreto n.1832 del 1925, saranno successivamente introdotte una serie di disposizioni che portarono a compimento l'attuazione della riforma in ambito infermieristico. Ad esempio, con il RD del 22 maggio 1940 n. 1310 si arrivò alla legalizzazione di una nuova posizione, ossia quella rivestita dall'infermiere generico. Fu grazie a tutta una serie di riforme attuate nel corso degli anni Quaranta del Novecento che si ottennero importanti risultati in ambito di organizzazione assistenziale ospedaliera. Da considerare come nonostante tutti questi passi avanti, il ruolo dell'infermiera veniva ancora messo in secondo piano e paragonato a quello di una semplice ausiliaria del medico. In realtà spesso ancora accade che a questa figura non siano riconosciute le competenze che dimostra.

Metà del XX secolo

Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, conclusasi nel 1945, si è assistito ad una progressiva evoluzione della professione e dell'assistenza infermieristica (Caramia, 2017). Tutto ciò grazie alla maturità professionale delle infermiere, al grande senso di

responsabilità e alla consapevolezza del proprio ruolo; per merito degli sforzi profusi degli organi di rappresentanza professionale, Collegi e Federazione IPASVI e grazie all'evoluzione culturale della popolazione, che ha maturato la consapevolezza della sua responsabilità nella tutela della sua salute, ed è sempre meno disposta a subire disagi, ritardi, disservizi ed errori (Frezza, 1956). Gli anni 1950 e 1960 hanno visto l'introduzione di nuove tecnologie chirurgiche, come i ventilatori meccanici e i monitor cardiaci, richiedendo agli infermieri chirurgici di acquisire nuove competenze. Infatti, nel 1950, una nuova epidemia di poliomielite, permise allo statunitense Bjorn Ibsen di avere una intuizione per introdurre la ventilazione a pressione positiva. Intervenendo sulla ventilazione si riuscì a ridurre notevolmente la mortalità dei pazienti affetti da poliomielite (Ambroggi, 2023). Inizialmente la ventilazione veniva praticata manualmente per la mancanza di ventilatori meccanici. Nel 1954 Henning Ruben ideò un sistema autoestensibile, il pallone Ambu, utilizzato per la ventilazione manuale. Mentre il pallone Ambu era uno strumento di facile impiego, il ventilatore meccanico era una forma di terapia strumentale che richiedeva maggior praticità da parte degli infermieri che lo utilizzavano. Il ventilatore meccanico ha la funzione di spostare volumi di aria dall'interno all'esterno del sistema polmonare, con l'obiettivo di assicurare corretti scambi gassosi, per garantire un'adeguata ossigenazione e per rimuovere l'eccesso di anidride carbonica dai polmoni. Inoltre, ha l'obiettivo di ridurre lo sforzo respiratorio di un paziente che ha esaurito, o sta esaurendo, le sue riserve energetiche a causa di un aumento eccessivo del lavoro polmonare (Vannini, 2016). Ogni ventilatore ha un monitor e dei comandi che permettono di scegliere la tipologia di ventilazione più adatta, impostare i valori dei volumi, la frequenza respiratoria, la PEEP e molto altro (Vannini, 2016). Con lo sviluppo delle tecniche di intubazione furono maggiormente impiegati i ventilatori a pressione positiva, specialmente negli ambienti chirurgici. La crescente necessità di conoscenze specialistiche su metodi, macchine e attrezzature ha portato a un aumento dei percorsi di formazione specialistica per tutti coloro che sono coinvolti nell'assistenza ai pazienti chirurgici e non solo. È ricordare l'Accordo di Strasburgo del 1973, sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali. Questo Accordo Europeo aveva l'obiettivo di far crescere la qualità della formazione e consentire la possibilità per gli infermieri di lavorare nei vari Stati firmatari dell'Accordo. Inoltre, il decennio 1990/2000 è stato denso di cambiamenti normativi, importanti per aver portato

la formazione infermieristica all'interno delle università (Salvarani, 2017). L'attivazione dei Diplomi Universitari in scienze infermieristiche comportava che la professione infermieristica e quella ostetrica non erano più arti ausiliarie, ma venivano denominate professioni sanitarie e da questo momento l'Infermiere è "l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica" (Caramia, 2017). L'introduzione della formazione nelle Università è il risultato di numerose battaglie che coinvolge tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità che gli infermieri si trovano a svolgere nelle diverse strutture del sistema sanitario italiano. Con la possibilità di intraprendere percorsi formativi sempre più articolati e diversificati, che li rendano protagonisti attivi e competenti di un mondo sanitario in continuo sviluppo. La Laurea specialistica e i Master successivamente introdotti rappresentano un'opportunità per gli infermieri per diventare ancora più competenti ed esercitare specifiche funzioni in diverse aree. Il ruolo dell'infermiere specializzato in sala operatoria è diventato sempre più rilevante. La prima dichiarazione ufficiale che definiva l'assistenza infermieristica in sala operatoria è stata sviluppata nel 1969. L'attuale dichiarazione dell'AORN (Associazione degli infermieri perioperatori registrati) spiega il termine "assistenza infermieristica perioperatoria" come "la pratica infermieristica rivolta ai pazienti sottoposti a procedure operatorie e altre procedure invasive" e definisce l'infermiere perioperatorio come "L'infermiere registrato che, utilizzando il processo infermieristico, sviluppa un piano di assistenza infermieristica e quindi coordina e fornisce assistenza ai pazienti sottoposti a procedure operatorie e altre procedure invasive" (Nagle, 2006). L'assistenza infermieristica perioperatoria non è più un "lavoro tecnico che chiunque può fare". Gli infermieri perioperatori sono infermieri qualificati e competenti che si prendono cura dei pazienti prima, durante e dopo l'intervento chirurgico (Nagle, 2006). Questi infermieri hanno le competenze e le conoscenze necessarie per valutare, diagnosticare, pianificare, intervenire e valutare i risultati degli interventi, inoltre questi infermieri di sala operatoria affrontano le risposte fisiologiche, psicologiche, socioculturali e spirituali dei pazienti chirurgici (Girard, 2006), (Rothrock, 1996). All'interno di un Blocco Operatorio, ad oggi, operano infermieri che rivestono ruoli diversificati, indispensabili per le caratteristiche delle attività che devono svolgere e per l'organizzazione del lavoro. L'infermiere di sala operatoria o infermiere circolante è colui che dispone la sala

operatoria di tutti i suoi presidi necessari all'intervento chirurgico verificando il funzionamento della strumentazione elettromedicale; si occupa di sanificare la sala operatoria dopo ogni operazione; verifica la corretta preparazione della persona assistita all'intervento chirurgico, che può inficiare sull'asepsi e collabora al controllo della sicurezza durante tutto l'iter operatorio compilando le check-list per la sicurezza della sala operatoria. L'infermiere strumentista è il garante della sterilità, avendo cura di scegliere e porgere i presidi da utilizzare al chirurgo; è il responsabile della preparazione del campo chirurgico e collabora a stretto contatto con il chirurgo. L'infermiere di anestesia è colui che collabora con il professionista anestesista, deve anch'esso appurare la valida preparazione del paziente prima dell'intervento chirurgico, deve preparare tutti i presidi anestesiolgici e i farmaci di cui ha bisogno l'anestesista, inoltre sorveglia il decorso dell'anestesia durante tutto l'intervento chirurgico e si occupa di risvegliare la persona assistita. Ad oggi l'associazione più importante che riunisce molteplici attori dell'assistenza perioperatoria è l'AORN (Association of Peri-Operative Registered Nurses), fondata nel 1949 negli Stati Uniti, con l'obiettivo di creare una comunità nazionale per infermieri perioperatori che cercavano di condividere le migliori pratiche per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico. Ad oggi l'AORN conta più di 40.000 iscritti, infermieri di sala operatoria, aderenti alla formazione infermieristica, o impegnati nella ricerca perioperatoria. L'*AORN Journal* è la rivista infermieristica ufficiale dell'associazione che offre studi di revisione delle evidenze scientifiche. Tra le dichiarazioni dell'AORN, viene affrontata l'importanza dei programmi di orientamento e di specializzazione infermieristica nello sviluppo e nel mantenimento di personale perioperatorio competente (Harper, 2003); garantisce risorse per promuovere progressi nell'istruzione e nella ricerca dell'assistenza chirurgica perioperatoria. Inoltre, le raccomandazioni fornite dall'AORN offrono utili indicazioni su un'ampia gamma di argomenti relativi alla sicurezza dei pazienti perioperatori e del personale sanitario al fine di fornire un ambiente sicuro per ogni paziente sottoposto a un intervento chirurgico o ad altre procedure invasive, standardizzando le procedure di assistenza perioperatoria e dimostrando come le migliori pratiche possano essere implementate nell'ambiente di lavoro quotidiano (Hughes, 2013). L'AORN ha permesso di plasmare, un network, una comunità di professionisti di sala operatoria che consenta la condivisione delle migliori pratiche basate sulla testimonianza di dati scientifici, che riguardano tutte le fasi

dell'assistenza infermieristica perioperatoria, utilizzando linee guida basate sull'evidenza, formazione continua e risorse per la pratica clinica.

Fine del XX secolo

Negli anni '80 e '90, l'evoluzione riguardo la tecnologia chirurgica è stata sorprendente. Questi cambiamenti hanno contribuito allo sviluppo di apparecchiature, anestetici e farmaci. A partire dalle apparecchiature, il campo della fibra ottica ha rivoluzionato la chirurgia. Laparoscopia, artroscopia ed endoscopia sono tutte eseguite con endoscopi in fibra ottica, considerati minimamente invasivi (Poole, 1999). Le incisioni sono piccole, con poca o nessuna perdita di sangue, consentendo tassi di infezione ridotti e minor dolore nel periodo postoperatorio. Un tempo, questi endoscopi erano utilizzati principalmente per le procedure diagnostiche. Oggi, interventi chirurgici più grandi come appendicectomie, isterectomie, escissione di gravidanze ectopiche, riparazioni del legamento crociato anteriore, colecistectomie, riparazioni di ernie e vagotomie iatali possono essere eseguiti tramite una sonda endoscopica (Poole, 1999). Anche gli anestetici si sono evoluti. L'etere non fu più utilizzato come gas anestetico standard; i nuovi gas anestetici, come il Protossido D'Azoto, l'Alotano, l'Isoflurano e il Desflurano hanno la possibilità di causare meno problemi di brividi, nausea e vomito postoperatori. I pazienti, in questo modo, possono svegliarsi rapidamente dopo l'intervento operatorio. Insieme agli anestetici, sono migliorati i farmaci per il dolore, la nausea e il vomito. Con l'utilizzo delle tecniche laparoscopiche e l'impiego di migliori anestetici e farmaci, i pazienti riescono ad eseguire interventi chirurgici minori in regime ambulatoriale. Con meno di 90 minuti di tempo per lo svolgimento dell'intervento chirurgico, con una perdita di sangue minima e tempi di recupero ridotti, i pazienti sono in grado di tornare a casa entro poche ore. L'introduzione della chirurgia laparoscopica e altre tecniche minimamente invasive hanno permesso di cambiare significativamente il ruolo degli infermieri chirurgici, che dovevano adattarsi a nuove procedure e tecnologie. L'emergere della pratica basata sull'evidenza ha portato a un approccio più scientifico e sistematico nel nursing chirurgico. L'uso della frase "basato sull'evidenza" sta entrando sempre più nella retorica dello sviluppo dell'assistenza infermieristica e sanitaria. Come derivato del concetto di medicina basata sulla evidenza (EBM), questo argomento ha da sempre catturato l'attenzione degli amministratori della sanità riguardo alla sua potenziale

razionalizzazione dei costi nella fornitura di assistenza sanitaria (French, 1999). Il concetto di EBN (Evidence Based Nursing) è spesso collegato a quello dell'EBM (Evidence Based Medicine). Il concetto è ancora molto poco sofisticato come costrutto scientifico e ciò può portare a molti problemi associati al suo uso ed abuso. Molte pratiche di infermieristica negli anni '90 sono basate su esperienze, tradizioni, intuizioni, buon senso e teorie non testate (Burrows & Mcleish, 1995). Con Evidence Based Nursing (EBN) si intende un processo per mezzo del quale gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, all'interno di un determinato contesto di risorse disponibili (DiCenso, Cullum, & Ciliska, 1998). Se dovesse sussistere una condizione di incertezza o di carenza informativa nella pratica clinica degli infermieri, le prestazioni erogate risulterebbero difformi e non ottimali esponendo i pazienti a rischi aggiuntivi e allo stesso tempo si determinerebbero costi ingiustificati, che potevano essere evitati. È in tale scenario che interviene l'Evidence Based Practice (EBP), uno strumento per contrastare gli errori sistematici (bias) che nascono da un processo di decision-making che non si fonda su evidenze scientifiche (IacuanIELlo, Di Santo, Palladini, & Caputo, 2017).

DISCUSSIONE

Dall'analisi della letteratura presa in esame in merito all'assistenza infermieristica applicata alla chirurgia, la sua storia e il suo sviluppo, sono molti gli aspetti, i pensieri e le riflessioni emerse. Alla luce dei dati ottenuti, ho percepito considerazioni di inferiorità nella pratica infermieristica, evidenziate soprattutto nel periodo fascista quando il lavoro dell'infermiera era riservato solo alla figura femminile, ritenuta meno abile rispetto a quella maschile, pertanto i doveri che doveva adempiere erano considerati altri, come la cura della casa e dei figli. Inoltre, da questa revisione è emerso, che la funzione di assistenza infermieristica ha da sempre subito un forte arretramento valoriale e culturale, vittima della carente importanza che gli veniva attribuita. La formazione riguardo questa professione in passato era molto scarsa, cosa che ha comportato da sempre un limitato numero di infermiere a carattere professionale disponibile, in relazione ai carichi di lavoro che venivano a presentarsi. Ad oggi, grazie all'Evidence Based Nursing e ai percorsi di specializzazioni disponibili in ambito infermieristico, la professione sta acquisendo sempre di più maggior rispetto, rimanendo però molto spesso ancorata al suo passato.

Perciò esorto chiunque a produrre materiale utile, con risultati validi e supportati da studi clinici, per l'avanzamento delle conoscenze di questa professione e per consentire l'erogazione della migliore assistenza. I risultati che ho ottenuto tramite questa revisione della letteratura sono applicabili per lo sviluppo di ulteriori conoscenze in ambito storico, poiché penso che analizzare le radici dell'infermieristica e scendere in profondità alle origini, sia fondamentale per lo sviluppo di questa professione in crescita e alla ricerca sempre di più di un'affermazione. In relazione ai dati rilevati, mi aspettavo di trovare una letteratura molto più sostanziosa, mentre invece in alcuni passaggi della ricostruzione storica ho avuto difficoltà nel reperire delle fonti pertinenti. Punto di forza principale di questo studio è rappresentato dal fatto di aver eseguito una revisione di tipo storico, che denota fondamentali implicazioni nella realtà odierna. Inoltre, altro punto di forza è la ricostruzione cronologica degli accadimenti che permette al lettore di correlare gli avvenimenti a precise epoche storiche. Mentre i punti di debolezza sono stati: il tempo limitato a disposizione e la difficoltà a reperire materiale appropriato. Trattandosi di una ricerca storica, sono presenti ostacoli intrinseci legati alla difficoltà di individuare fonti attendibili e dati affidabili. Occorre poi considerare che non sempre è possibile avere una dissertazione completa delle fonti, poiché molte informazioni potrebbero essere andate perse.

CONCLUSIONI

Il risultato di questa analisi ha portato a comprendere come la storia affascinante e complessa dello sviluppo del nursing chirurgo, sia stata fondamentale per come la professione ad oggi viene praticata. Soltanto tramite un'analisi critica della storia è possibile ricostruire le radici su cui si fonda l'assistenza moderna. Storicamente erano la religione o una certa concezione e interpretazione del mondo a dare metodi e strumenti per affrontare i "mali" di cui le persone erano affette, mentre ad oggi la professione è supportata da evidenze scientifiche che permettono le più efficaci pratiche di assistenza infermieristica. Per immaginare il futuro, bisogna imparare dal passato per creare un nuovo domani. La comparazione con le molteplici esperienze straniere, prima fra tutte quella inglese devota a Florence Nightingale, è stata decisiva per il nostro paese. È attraverso la serie di innovazioni e scoperte che si sono susseguite in particolare durante tutto il Novecento, che possiamo ad oggi parlare di infermieristica applicata alla

chirurgia. Ad oggi, la tecnologia in sala operatoria costituisce uno degli ambiti più dinamici e in rapida espansione della medicina odierna. Per gli infermieri tutto ciò rappresenta una possibilità per crescere professionalmente, ma anche sfide che comportano una costante riqualificazione della propria formazione. I programmi di formazione specialistica e le certificazioni ottenibili sono strumenti importanti per apprestarsi al meglio a queste nuove pretese e rappresentano delle risorse che non solo migliorano le prospettive di carriera degli infermieri, ma contribuiscono anche a miglioramenti complessivi nella qualità dell'assistenza sanitaria.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ambrogi, F. (2023). Cenni storici sulla ventilazione meccanica. Minerva Medica.
- Armocida, G., Dionigi, R., Dionigi, G., Boni, L., & Rovera, F. (2021). Cenni di storia della chirurgia.
- Borghi, L., Dimonte, V., Manzoni, E., Siccardi, M., & Zella, G. (2021). *Florence Nightingale e l'Italia*. FNOPI.
- Braconi, M. G. (2019). Dal curare al prendersi cura: uno sguardo al passato per un' infermieristica del futuro.
- Burrows, D. E., & Mcleish, K. (1995, July). A model for research-based practice. *Journal of Clinical Nursing*, p. p. 243-247.
- Cameron, J. (1921). The passing of the barber-surgeon.
- Caramia, G. (2017). Tratto da Evoluzione Storica dell'Assistenza Infermieristica nei Secoli: www.bambinoprogettosalute.it
- Casarini, A. (1929). *La medicina militare nella leggenda e nella storia. Saggio storico sui servizi sanitari negli eserciti*. Roma.
- Cerutti, E. (2017). *Bresciani alla Grande Guerra: una storia nazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Cianci, B. (2023). *Una lanterna nel buio*. Editori Laterza.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie: De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. INTER EDITIONS.
- Cotichelli, G. (2018). *Lettere dalla Facoltà*. Tratto da Note storiche sugli infermieri durante la Prima Guerra Mondiale: <https://letteredallafacolta.univpm.it/note-storiche-sugli-infermieri-durante-la-prima-guerra-mondiale-2/>
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1:38-40.
- Dimonte, V. (2009, Maggio). Considerations about the history of nursing.
- Falli, F. (2023). Il tempo vola: si avvicina il primo centenario delle scuole convitto. *L'infermiere*.
- Ferrajoli, F. (1968). Il servizio sanitario militare nella Guerra 1915 – 1918. *Giornale di Medicina Militare*, pag. 501 – 516.

- French, P. (1999). The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, p. 72-78.
- Frezza, A. (1956). *Storia della Croce Rossa italiana*. Roma: Alto Patronato della Croce Rossa Italiana.
- Garbarino, M. C., & Mazzarello, P. (2021). Cenni di storia della chirurgia.
- Girard, N. J. (2006). Standards, recommended practices, and guidelines. *AORN Journal*.
- Harper, M. G. (2003, June 27). The Association for Nursing Professional Development National Preceptor Practice Analysis Study: An Exploration of Precepting in Perioperative Settings. *AORN Journal*.
- Hughes, A. B. (2013, July 26). Implementing AORN Recommended Practices for a Safe Environment of Care.
- IacuanIELlo, F., Di Santo, S., Palladini, D., & Caputo, P. (2017, Marzo 14). *Evidence Based Nursing, che cos'è e come metterla in pratica*. Tratto da Nurse24.it: <https://www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/evidence-based-nursing-che-cos-e-come-metterla-in-pratica.html>
- La storia dell'infermieristica*. (2023, Ottobre). Tratto da Università di Torino: https://elearning.unito.it/medicina/pluginfile.php/439477/mod_resource/content/1/10%20OTTOBRE%202023_LA%20STORIA%20DELLINFERMIERISTICA.pdf
- Manzoni, E. (2017, Maggio 12). L'infermiere, dal passato al presente. IPASVI Grosseto.
- Morsello, B., Cilona, C., & Misale, F. (2017). *Medicina Narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*. Roma: Roma TrE-Press.
- Motta, P. C. (2002). I Valori nella Sanità e nell'Assistenza Infermieristica. In *Introduzione alle scienze infermieristiche* (p. 272). Carocci. Tratto da 5. i valori nella sanità - e nell'assistenza infermieristica: <https://iris.unibs.it/retrieve/handle/11379/16138/688/02a.pdf>
- Muzzi, A., & Panà, A. (2014, Gennaio 01). The culture of public health and the nursing profession: an opportunity not to miss.
- Nagle, G. M. (2006, June). Perioperative nursing.
- Ospedale Maggiore di Cremona. (1907). *Memoriale sulle riforme nei servizi e miglioramenti economici*. Cremona.

- Page, M. J. (2021, March 29). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews . *BMJ*, p. 372.
- Poole, E. L. (1999, August 14). Ambulatory surgery: the growth of an industry.
- Randolfi, M. (2015). *Il Piave mormorava – Le infermiere italiane nella Prima Guerra Mondiale*.
- Rocco, G. (2019). *Donna e professione infermieristica: immagine dell'infermiera nel periodo fascista dal 1935 al 1943*.
- Ropa, R., & Venturoli, C. (2010). *Donne al lavoro. Un'identità difficile. Lavoratrici in Emilia Romagna (1860-1960)*. Bologna: Compositori.
- Rothrock, J. C. (1996). *Perioperative nursing care planning*. Mosby, St. Louis.
- Salvarani, V. (2017). *Proteggere l'infermiere dal burnout: dati preliminari sull'importanza di introdurre la mindfulness all'interno della formazione infermieristica*. Milano.
- Siccardi, M. (2020). *VIAGGIO NELLA NOTTE DI SAN GIOVANNI*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Thorwald, J. (1958). *Il secolo della chirurgia*. Milano: Feltrinelli.
- Vacca, E. (2018, Agosto 12). *I barbieri nella storia*. Tratto da Perle di Strega: <https://emanuelavaccascriptrice.wordpress.com/2018/08/12/i-barbieri-nella-storia/>
- Vannini, C. (2016, Novembre 2016). *Ventilazione meccanica e monitoraggio in Terapia Intensiva*. Tratto da Nurse24.it: <https://www.nurse24.it/studenti/ventilazione-meccanica-e-monitoraggio-in-terapia-intensiva.html#:~:text=Obiettivi%20della%20ventilazione%20meccanica&text=Ha%20inoltre%20l'obiettivo%20di,eccessivo%20del%20lavoro%20dei%20polmoni.>

RINGRAZIAMENTI

“A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare tutte le persone, senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.

Ringrazio il mio relatore Prof. Lombardi Fortino Domenico per la sua immensa pazienza, la sua disponibilità e i suoi consigli.

Ringrazio i miei genitori. Grazie per avermi sostenuto nei momenti difficili e per avermi permesso di portare a termine gli studi universitari.

Un ringraziamento a tutti i miei amici e compagni di corso, vi voglio bene.

Infine, un ringraziamento speciale a Irene. Non so se ce l'avrei fatta senza di te. Grazie pupa.”