ALLA RICERCA DELLE NOSTRE RADICI

Un terrificante urlo di dolore,
attraversa i secoli
e giunge ai giorni nostri
come una gigantesca
eco…….

PREMESSA

Come l'onda del mare
continua ad infrangersi,
sempre
nello stesso scoglio,
finche' l'alta marea
non lo sommerga,

negli abissi profondi……..!

La storia della moderna scienza infermieristica, il nursing, così come oggi la concepiamo con il suo bagaglio culturale, di modelli teorico-concettuali rigorosamente e scientificamente definiti e fatti oggetto di studio ed applicazione, di esercizio professionale quotidiano teso al prendersi cura, al soddisfacimento dei bisogni, al benessere della persona assistita, al miglioramento delle relative tecniche attraverso la ricerca ed il confronto con altre professionalità, di conquiste faticosamente acquisite nell'ambito della dirigenza, dell'organizzazione e della formazione è una storia molto recente, se paragonata al percorso di altre discipline che nel campo della salute e di altri ambiti professionali si sono da moltissimo tempo affermate e le cui immagini e valenze sono di indiscusso prestigio e riconoscimento sociale.

In realtà, come a tutti noi noto, la nostra professione affonda le sue radici in un tempo assai remoto e nasce con l'uomo, anzi, con la donna stessa, primo motore di tutte quelle forme e sfumature dell'assistenza, caratteristica e costante presenza in ogni società, cultura ed etnia.

Un percorso di millenni, travagliato, faticoso, complesso ed occultato che ancor oggi fatica a mostrarsi, offuscato da stereotipi e luoghi comuni che accantonano la professione infermieristica in un mondo confuso di termini ed informazioni devianti ed immagini o rappresentazioni distorte.

Una storia vissuta, nel bene e nel male, in condizioni di povertà o benessere diffuso, svolta in tempo di pace o di guerra, di regime o di democrazia, in situazioni di conflittualità sociale e di valori, di riconoscimento negato, di strumentalizzazione…,ma pur sempre una storia viva, vera e pulsante costruita da "semplici" donne e uomini che, oggi come allora, hanno un unico scopo: essere di aiuto alla

persona, indipendentemente dalla motivazione che li spinge a ciò, sia essa legata a convinzioni personali caritativo-religiose o solidaristico-laiche.

Siamo sempre stati lì al momento giusto, nel luogo giusto ed essendo sempre quello che ci era permesso di essere .

La continuità nel tempo delle varie professioni e delle varie competenze che dinamicamente sempre evolvono nell'ambito della salute, ci lega armoniosamente con il passato e con le persone che, in una sorta di osmosi e simbiosi e nel costante fluire dei giorni, hanno contribuito direttamente ad elevare, evolvere e rendere di spessore la professione infermieristica stessa.

Persone che come noi hanno lavorato sinergicamente per produrre salute a diversi livelli ed in diversi ambiti.

La formazione infermieristica, quel faticato, ricco e competente sapere disciplinare e culturale della nostra professione, che già da tempo sono ufficialmente entrati nelle Università e sono stati riconosciuti dalla maggior parte del mondo Accademico, hanno visto finalmente valorizzato e reso visibile quel saper divenire, caratteristica proprio della mentalità formativa e della natura educativa dell'infermieristica, attraverso le prime nomine di illustri colleghi con il titolo di Professori Associati in Scienze Infermieristiche.

Molti di noi, non l'avrebbero mai creduto possibile eppure rappresenta, con onori ed oneri conseguenti, il nostro qui e adesso, non punto d'arrivo, ma giusta conseguenza di questa evoluzione, un nuovo passaggio storico logico ed inevitabile.

Proprio quel termine saper divenire ci rimanda mentalmente alla visione del tempo, della continuità, dinamicità e capacità evolutiva della nostra professione; rende il tempo realisticamente evidente… quasi palpabile.

Questa è la storia e la storia siamo noi!

E allora perché non ricercare le nostre radici, perché non compiere un viaggio nel tempo fino al cuore della nostra professione, perché non recuperare e custodire i volti, le immagini, le parole dette e scritte, i gesti e gli oggetti, perché non accomunare, condividere e mostrare tutto quello che è stato, che è e che sarà del nostro essere infermieri?
Non serve forse per avere una maggiore conoscenza e coscienza del sé infermieristico, un arricchimento del sapere disciplinare e culturale e per avere una miglior capacità e serenità di giudizio dell'agire dei nostri predecessori e di noi stessi…futuri posteri?
Pensare al proprio passato significa riconoscere di avere una esistenza, un inizio e un *poi*…»
Se dunque è nel proprio passato che affondano le radici dell'identità, singola o collettiva che sia, si capisce perché fin dalla notte dei tempi l'uomo abbia cercato modi per affidare alla memoria la trasmissione del proprio patrimonio culturale: dalla tradizione orale degli aedi ai musei virtuali del XXI secolo.

Florence Nightingale

BREVE EXCURSUS STORICO

Una forma di assistenza infermieristica non formalizzata è probabilmente sempre esistita ed è stata prestata principalmente dalle donne.
Con i *valetudinaria* romani abbiamo la prima forma rudimentale conosciuta di assistenza organizzata.
E', tuttavia, grazie all'avvento del cristianesimo, con la sua filosofia caritatevole verso bisognosi e infermi, che sorgono i primi ospedali.
Inizialmente non si occuperanno di assistere i malati, ma per molto tempo accoglieranno un'intera umanità derelitta: orfani, vagabondi, senzatetto, alienati ecc.
Va inoltre sottolineato come, nei confronti degli infermi, prevalga sull'aspetto curativo, quello caritatevole.
Il primo ospedale, che si occupa soltanto di ammalati viene istituito nel 390.

Nel Medioevo protagonisti assoluti dell'assistenza sono gli ordini monastici e religiosi e ciò continua per molti secoli, anche quando, dal 1500 in poi, il grande progresso scientifico cambia il volto della medicina.

Tra il XIII e il XIV secolo, l'assistenza ai malati conosce un periodo di declino: i laici che prestano assistenza provengono in gran parte dalle file delle prostitute e dei galeotti.
Nel XV secolo si arriva alla costituzione dei primi ospedali "maggiori".

Nel XVI secolo la Chiesa cerca di contrastare la progressiva decadenza dell'assistenza ai malati con la creazione di nuove

congregazioni ospedaliere. In particolare, San Vincenzo opererà riforme precorritrici dell'opera di Florence Nightingale.

Ancora una volta alcuni religiosi si distinguono per dedizione e modernità delle concezioni in campo assistenziale. Fra questi spicca la figura di Camillo de Lellis (1550-1614), fondatore dell'Ordine dei Ministri degli Infermi. Lo storico della medicina Giorgio Cosmacini definisce, ancora ai giorni nostri, De Lellis come *la figura dell'infermiere ideale, protagonista dell'utopia ospedaliera del Seicento*.

La rivoluzione scientifica e quella industriale determinano ulteriori modificazioni nell'organizzazione degli ospedali. Servono infermieri più preparati per svolgere un'attività che si è fatta più complessa.

C'è anche il rovescio della medaglia: non c'è più attenzione per il malato ma soltanto per il caso clinico interessante.

La nuova temperie culturale favorisce l'apparire sulla scena di quella che è forse il prototipo dell'infermiera: Florence Nightingale (1820-1910). Di origini altoborghesi, la "signora della lampada" si distingue nei soccorsi ai militari feriti nella guerra di Crimea e si rivela ben presto un genio pratico, organizzativo, teorico e didattico. Con la Nightingale l'assistenza infermieristica virerà in modo irreversibile verso la scientificizzazione e l'efficienza. La Nightingale creò una scuola per infermiere con un metodo didattico fondato sull'istruzione, la gerarchia, la disciplina, la dedizione, gli elevati standard di comportamento. L'organizzazione scolastica creata nell'Inghilterra vittoriana venne presto imitata da tutte le nazioni più avanzate.

Bisognerà attendere, tuttavia, gli anni Settanta perchè la pratica del nursing divenga diffusa nel territorio italiano, incontrando molte resistenze sia tra le infermiere che tra medici e amministrativi, questi

ultimi restii a concedere dignità ad un lavoro che i più consideravano ancillare.

Molto importante si rivelerà in Italia, ai fini di una modernizzazione delle concezioni assistenziali, prima di allora di quasi esclusivo monopolio concettuale del medico, l'introduzione del concetto di *nursing* e l'esperienza sviluppata in campo infermieristico nei Paesi anglosassoni.
Il termine *nursing* per definire l'assistenza infermieristica, venne introdotto nella nostra nazione soltanto agli inizi del ventesimo secolo, sulla scorta della pubblicazione in Inghilterra del celeberrimo *Notes on Nursing* (1859), un libretto, divenuto presto un *bestseller* tradotto in molte lingue, in cui la Nightingale dispensa consigli *ai milioni di donne che* sono *responsabili della salute dei loro familiari*.

Nel frattempo, Henry Dunant (1828-1910) fonderà la Croce Rossa, un corpo di infermieri volontari che intervengono in caso di guerra o calamità naturali e che in tempo di pace si dedicano all'istruzione del personale sanitario e al trasporto degli infermi.

All'inizio del Novecento la condizione degli ospedali italiani è terrificante. Una visitatrice americana parlerà di *totale assenza di una vera e propria assistenza infermieristica*.
Ben presto subentrano anche da noi rapidi cambiamenti. I progressi compiuti sotto l'aspetto diagnostico e terapeutico portano l'assistenza infermieristica a cercare di adeguarsi al nuovo clima scientifico e tecnologico. Nascono le prime scuole che cercano di reclutare le allieve infermiere fra le signorine istruite della classe media. La "rivoluzione infermieristica" italiana sarà patrocinata da Anna Celli, Amy Turton, Grace Baxter, Dorothy Snell; tanti nomi inglesi a

testimonianza di quanto la svolta italiana debba all'esempio, alle idee e ai metodi della Nightingale.
Con l'avvento del fascismo, lo Stato regolamenta la formazione infermieristica a livello nazionale. Nel 1925 vengono istituite le scuole-convitto per infermiere. Nasce la figura dell'assistente sanitaria. Nel 1940 fa la sua comparsa l'infermiere generico.
Filo conduttore dei cambiamenti che avvengono in Italia è purtroppo, a differenza di quanto accade in altri paesi più civili, l'assoluta subordinazione dell'infermiera al medico. Ciò determinerà guasti e ritardi che durano tutt'ora.
Nel 1954 nascono i collegi delle infermiere professionali e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI).
E' del 1947 il primo contratto nazionale di lavoro per i dipendenti ospedalieri, che pone fine alle macroscopiche disparità di trattamento economico sul territorio nazionale.
Nel 1971 viene concesso anche agli uomini l'accesso al diploma di infermiere professionale, la durata del cui corso viene portata nel 1973 a tre anni.
Mentre cambia l'organizzazione ospedaliera, mutano pure le mansioni dell'infermiere che deve ora occuparsi non solo dell'assistenza diretta al paziente in ospedale, ma di educazione sanitaria, degli aspetti relazionali, del lavoro di equipe e di ricerca.
Un'ulteriore svolta si ha nel 1978 con la legge 833, la cosiddetta "riforma sanitaria". Viene istituito il Sistema Sanitario Nazionale che dovrebbe introdurre criteri di assoluta equità nella cura dei malati.
Nel 1979 gli infermieri cessano finalmente, per legge, di essere considerati "personale sanitario ausiliario".
Nel 1991 si aprono le porte dell'Università con l'istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche.

Teorie del nursing. Un'efficace pratica assistenziale è bene che si sviluppi su solide basi teoriche.

Possiamo brevemente citare:

- modelli incentrati sui bisogni della persona: Virginia Henderson, Dorothea Orem e altri
- modelli incentrati sull'interazione: Hildegarde Peplau, Imogene M. King e altri;
- modelli incentrati sui risultati: Callista Roy, Martha E. Rogers, Rosemarie Rizzo Parse e altri.

Metodologia. La pratica infermieristica, quando è basata su un approccio scientifico ed è metodologicamente corretta, adotta il procedimento del *problem solving*, che consta essenzialmente di quattro fasi: l'accertamento, o individuazione del problema; la pianificazione; l'attuazione del piano; la valutazione.

Negli ultimi anni la letteratura scientifica accredita l'infermiere di alcuni strumenti che rendono più efficace tale procedimento: per esempio la standardizzazione dei dati raccolti dal paziente attraverso questionari prestampati, la formulazione delle diagnosi infermieristiche e dei problemi collaborativi (secondo le definizioni della NANDA), i protocolli, le procedure, la cartella infermieristica, i piani guida e i piani personalizzati.

NELLA NOTTE DEI TEMPI…..
Assistenza infermieristica, pensiero scientifico e antropologia.

Nell'universo variegato della pratica medica le donne hanno sempre svolto un ruolo di primo piano, costituendo una vera e propria "rete sanitaria" piuttosto fitta, in tutte le epoche e in tutti i luoghi. Questa capacità tipicamente femminile di occuparsi degli altri, di prestare loro cure ed assistenza, ha coinvolto nei secoli donne di tutti i generi, dalle contadine alle religiose, dalle nobili alle scienziate. In tutte le tradizioni e le culture la storia dell'assistenza nasce con le donne e da loro passa poi agli uomini. E' come se una sorta di archetipo del "curare" e del "prendersi cura", vedesse la luce in un ambito matriarcale per poi svilupparsi in quello patriarcale.
Così è anche per l'ontogenesi dell'essere umano che vive, è nutrito e curato per nove mesi e per altri ancora da un utero e da un corpo femminile, prima di entrare in contatto con una figura maschile. Da sempre infatti è la donna che si è occupata dell'assistenza: come madre nei confronti dei propri figli, come moglie nei confronti della famiglia, come infermiera nei confronti della comunità. Concretamente, da sempre, le donne hanno fatto propria la tendenza ad al-leviare le sofferenze, a nutrire il corpo e l'anima con tutto quanto la natura offre. Sono sempre state loro a conoscere le erbe, le

pietre, a mescolare gli elementi per farne medicamenti validissimi centinaia di anni prima che nascesse la scienza medica.
Spesso alcune di loro hanno rischiato la vita pur di portare assistenza agli altri, molte sono morte (sante e streghe) nel compimento della loro opera. Il patrimonio di queste donne era immenso; la conoscenza che avevano delle erbe, la raccolta e il loro utilizzo, andava di pari passo con l'osservazione dei pianeti, con i movimenti della luna e delle stagioni, con il ciclo della vita. Un patrimonio culturale di cui qualcosa è arrivato fino a noi e che ancora qualche donna, nel silenzio, contribuisce a tramandare.
L'assistenza ha avuto, in tutte le sue forme, una radice comune: la saggezza popolare caratterizzata dalla profonda conoscenza della natura e dei suoi cicli e dalla corretta interpretazione di segni e sintomi ancor prima che questi fossero analizzati e spiegati dal sapere dotto e accademico.
Occorre indagare l'aspetto antropologico della professione infermieristica, spesso poco considerato o sottovalutato, riportare alla luce verità spesso taciute, ciò che è rimasto di una tradizione tramandata il più delle volte oralmente, da madre a figlia e che ancora oggi sopravvive ai progressi della medicina, della scienza e della società in generale.

Il sapere di queste donne infatti, siano esse nobili o popolane, ha come caratteristica comune la segretezza e si sottrae per secoli alla diffusione e alla commercializzazione, avvalendosi della sola oralità, gestita in un rapporto diretto ed individuale. La scrittura, per chi la conosceva, era usata per memoria privata e non a scopo comunicativo e le conoscenze venivano lasciate in eredità in un ambito familiare e circoscritto che ha sempre favorito la linea femminile.
L'evoluzione della professione infermieristica, con il riconoscimento dell'autonomia professionale e del percorso universitario, ha raggiunto final-mente l'importanza che ha sempre meritato, ma non bisogna prescindere quello che sta alla base dell'essere una *helping profession*: l'aspetto storico, simbolico e arcaico che ci ha condotto fino a qui.
E' importante indagarne le più profonde radici e ripercorrerne il travagliato cammino, per potersi migliorare continuamente e per comprendere non solo il lato tecnico e teorico di una professione tanto difficile e complessa, ma soprattutto quello umano, quello che ci fa affrontare ogni giorno persone diverse, con culture e conoscenze differenti dalle nostre.

Iniziamo allora il nostro viaggio a ritroso nel tempo, quando l'aiutare gli altri non era una ancora una professione ma uno stato d'animo, un modo di vivere la quotidianità al servizio di chi ha bisogno, senza nulla chiedere in cambio.
Il *problem solving* si è sviluppato partendo proprio dal metodo di risoluzione per tentativi ed errori, il primo approccio metodologico usato dall'uomo nel corso della storia per trovare le risposte ad interrogativi non risolti e da esso si è evoluto fino ad arrivare all'attuale metodo di risoluzione dei problemi di tipo scientifico.

Se si fa risalire la nascita del *nursing* moderno al 1860, anno in cui venne fondata a Londra da Florence Nightingale la prima scuola per infermiere, è anche vero che la pratica del *nursing* è antica quanto l'umanità.

Vedremo cos'era il *nursing* prima di allora, chi potevano es-sere le prime vere infermiere della storia e su quali basi fondavano il loro sapere.

A mio avviso erano già da ritenersi *infermiere* le medichesse della Scuola Medica Salernitana come Trotula, che studiavano l'igiene e la prevenzione delle infezioni durante il parto, erano *infermiere* le streghe, che curavano con le erbe le malattie ma erano anche un punto di riferimento per le donne della comunità che si rivolgevano a loro per motivi di disagio psicologico, per un amore tradito o per i malesseri che la società costringeva a sopportare per il solo fatto di essere donna. Erano *infermiere* le levatrici, che senza aver studiato l'anatomia della donna e della gravidanza, fin dai tempi degli Egizi e dei Greci facevano nascere i bambini nelle case: sono le prime ostetriche della storia, in epoche in cui la mortalità infantile era molto elevata e le condizioni igieniche scarse e che per questo, nei periodi di repressione della donna e di paura come il Medioevo, dovettero affrontare condanne e roghi quando qualcosa andava storto. Erano da ritenersi *infermiere* le guaritrici delle nostre campagne o dei paesi di montagna, dove l'accesso alle strutture sanitarie era difficile o troppo distante dalle mura domestiche.

Tutte queste figure hanno sempre assolto i doveri che la professione infermieristica moderna richiede: la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria , in maniera non scientifica, con fare empirico e con mezzi semplici e inusuali, andando per tentativi ed errori o per intuizione, mescolando spesso religione, magia e superstizione alla saggezza, e alle poche conoscenze mediche, ma sempre in un

rapporto stretto e diretto con il corpo e le evoluzioni della vita: la nascita, la malattia, la vecchiaia e la morte.

Il destino delle donne si intreccia da sempre con la storia della medicina. Spesso però nei libri si studia l'evolversi della medicina tralasciando il contributo che le donne hanno portato, da tempi immemorabili, privilegiando invece quello dei grandi studiosi, scienziati, medici.

E' importante analizzare gli stadi attraverso i quali la medicina si è evoluta: medicina istintiva, medicina sacerdotale, medicina magica, medicina empirica e medicina scientifica.

La medicina popolare offre due campi d'osservazione: uno è quello medico, magico e religioso e l'altro è quello farmacologico, basato sull'uso empirico delle erbe con proprietà terapeutiche.

Considerando la medicina popolare per la maggior parte come scienza magica occorre osservare come prevalentemente magica è la medicina al suo stato primitivo.

La medicina nel pensiero primitivo

Prima della scienza e del più umile empirismo è esistita la malattia e con essa è nata simultaneamente la medicina, intendendo con medicina qualsiasi atto, qualsiasi procedimento che abbia lo scopo di allontanare un agente patogeno, un sintomo morboso, un elemento qualunque che turbi lo stato di salute.

La magia costituisce il ponte di passaggio tra la religione e la scienza, diventando di conseguenza lo stato prodromico di quest'ultima. E' logico pensare che l'uomo primitivo, messo davanti ai fenomeni imponenti della natura contro i quali ogni sua azione risultava inutile abbia percepito la sensazione di un qualcosa di più in alto a lui, di un essere o di più esseri superiori, molto più potenti di lui, dal quale o dai quali dipendevano tutte le forze della natura. Di fronte a questa potenza l'uomo primitivo non trovò altro mezzo che la preghiera, l'implorazione, il sacrificio.

Solo in un secondo tempo, con l'instaurarsi del concetto magico, l'uomo si credette capace di intervenire direttamente sui fenomeni e comandarli. Come avrebbe potuto credere di dominare se prima non avesse avuto la sensazione di essere dominato?

Nelle tradizioni cosmogoniche di tutte le civiltà si ritrova un Dio o più Dei all'origine del tutto e solo successivamente nascono i maghi che delle divinità imitano la potenza.

La nascita della magia

La medicina primitiva, da religiosa che era nel suo primo nascere, divenne magica e contemporaneamente l'empirismo indicò all'uomo le proprietà delle erbe e dei *semplici* in genere, allo scopo di alleviare i dolori a lui provocati dalle malattie. Ogni fenomeno della natura veniva considerato un segno divino, fosse esso piacevole, spiacevole o addirittura disastroso.

Nel concetto del bene e del male l'uomo si sentì arbitro del giudizio e le malattie vennero considerate avverse agli uomini. Ogni espressione della natura fu umanizzata e nello stesso tempo divinizzata e ad ogni malattia venne assegnata una personalità soprannaturale e preternaturale che si identificò in genere con un demone, mentre nelle concezioni monoteistiche tutte le malattie provenivano da un'unica divinità come espressione di castigo o di vendetta o come semplice prova di virtù e di pazienza.

Non potendosi opporre alla divinità, all'uomo non rimase che implorare la divinità stessa o chiedere a quelle buone, nemiche dei demoni della malattia, la guarigione, tramite preghiere e sacrifici o per mezzo di scongiuri ed esorcismi e formule particolari. Solo il sacerdote però fu ritenuto capace di tale potere grazie al suo continuo contatto con la divinità.

L'uomo, desideroso di emanciparsi dalla sottomissione incondizionata alla divinità, ebbe l'audacia di volersi sostituire alla

divinità stessa. E così nacque la magia. Accanto all'interpretazione religiosa si aggiunse allora l'interpretazione magica ed accanto ad essa rimase la conoscenza empirica dei rimedi che subiva come le altre, questa nuova interpretazione.

Siccome la conoscenza del bene e del male aveva insegnato all'uomo sia una che l'altra arte, il mago si ritenne capace anche di generare le malattie per mezzo di sortilegi e di fatture, mentre con manovre opposte si credette capace di sciogliere le magie, produrre la guarigione e dare la salute.

In un primo tempo quindi, l'uomo guaritore è un semplice *trait d'union* tra la divinità irata e la persona vittima; è il sacerdote che da una parte ha la divinità e dall'altra ha la persona malata e conosce le parole per intercedere per lui, in un secondo tempo l'uomo, arrogandosi il potere del bene e del male, diviene stregone e mago.

Nelle loro operazioni dirette allo scopo di procurare le guarigioni ma anche le malattie e la morte, essi seguivano, gli stessi principi.

Le leggi della magia

La magia è basata su due principi fondamentali:

• *la legge di similarità* secondo la quale il simile genera il simile, vale a dire l'effetto somiglia alla causa. Secondo questa legge si deduce di poter raggiungere l'effetto desiderato semplicemente imitandolo.

• *la legge di contatto* o *di contagio* secondo la quale le cose che sono venute in contatto reciproco continueranno a interagire a distanza, anche quando il contatto fisico è stato interrotto. Secondo questo principio, qualsiasi azione venga compiuta su un oggetto materiale, influenzerà in uguale misura la persona con cui l'oggetto è stato una volta in contatto, che esso formasse, o meno, parte integrante del suo corpo.

Se la magia omeopatica o imitativa, eseguita tramite un'immagine, è stata comunemente praticata allo scopo di danneggiare qualcuno, è stata, anche se molto più raramente, usata col benevolo intento di aiutare altre persone.

Ad esempio, fra i Batak di Sumatra, in Indonesia,una donna sterile che desidera un figlio intaglia nel legno l'immagine di un bambino e se la pone in grembo, ritenendo che, in tal modo, il suo desiderio si avvererà.

Nell'arcipelago di Babar invece, la donna sterile chiede a un uomo, già padre di molti figli, di pregare per lei *Upulero*, lo spirito del sole. Si fa una bambola di pezza rossa che la donna stringe al seno come se volesse allattarla. Poi il padre prende un volatile e lo regge per le zampe sul capo della donna dicendo: "Oh *Upulero*, serviti del volatile; lascia cadere un bambino, ti imploro, ti scongiuro, lascia cadere un bambino che scenda nelle mie mani e nel mio grembo". Poi chiede alla donna: " E' arrivato il bambino?", e la donna risponde: "Sì, sta già poppando". Dopo di che, l'uomo tiene il volatile sul capo del marito, mormorando parole magiche.

Alla fine il volatile viene ucciso e, posto sull'altare domestico. Al termine della cerimonia, in tutto il villaggio si sparge la voce che la donna ha partorito e le sue amiche vanno a congratularsi con lei.

In questo caso la simbolica nascita del bambino è semplicemente un rito magico destinato ad assicurare, per imitazione o mimesi, che nascerà realmente un figlio e si cerca di potenziare l'efficacia di questo rituale mediante la preghiera ed il sacrificio.

La magia perciò si mescola e si rafforza con la religione.

Questi principi, che si trovano ancora oggi diffusi e sempre uguali in ogni forma di magia e presso qualsiasi popolo, formano la base fondamentale di un ragionamento strettamente coerente e guidato da una apparente logica.

Se si recepisce perciò la magia alle sue origini come il cercare di voler imporre la propria volontà al naturale svolgersi dei fenomeni e di potere regolare a proprio piacere l'ordine delle cose, si può dedurre come la figura dello stre-gone, della strega o della fattucchiera sia sempre risultata antitetica a quella del sacerdote.

La progressione dalla religione alla magia e dalla magia alla scienza va intesa in senso logico, senza credere che l'una abbia mai escluso l'altra.

Come oggi accade, è infatti possibile la coesistenza della religione con la scienza, della medicina scientifica con quella magica, anzi, questi due campi possono integrarsi a vicenda ed è proprio questa caratteristica che ha fatto sì che la medicina popolare sia sopravvissuta al progresso scientifico moderno, divenendo sempre meno appannaggio degli strati suburbani e rurali per divenire possesso della popolazione industrializzata.

Se intendiamo la scienza come lo studio dei fenomeni naturali allo scopo di stabilirne le leggi e riprodurli mediante l'applicazione delle leggi stesse, è necessario riconoscere che la magia tende allo stesso fine. La magia perciò, per riprodurre i fenomeni desiderati, ricorre all' applicazione dei medesimi principi che crede essere quelli che regolano i fenomeni stessi. Nelle origini della magia si devono quindi distinguere due aspetti che poi si sarebbero separati: l'atteggiamento di voler sostituire l'uomo alla divinità nel dirigere l'ordine naturale delle cose e la ricerca delle leggi della natura.

Da magia a scienza

Essendo la magia l'espressione del desiderio di appropriarsi delle cause secondo le quali opera la divinità, con il maturarsi delle conoscenze l'uomo comprese, pur avendo cognizione di queste cause, che non si può sostituire alla divinità ma deve limitarsi solo a conoscere le ragioni per le quali questi fenomeni si realizzano: è

questo il momento in cui avviene la distinzione tra magia e scienza, dove la scienza si distacca dalla magia ed entrambe proseguono per la loro strada per sentieri totalmente diversi.

Se si pensa alla interpretazione fisiologica, secondo Empedocle di Agrigento, basata sull'azione del simile che attrae il simile, alla concezione di collegamento tra microcosmo e macrocosmo di Filolao di Taranto, all'azione farmacodinamica dei medicamenti, alla magia dei numeri secondo Pitagora, ai concetti magici dell'astrologia e a quelli dell'alchimia ci si può facilmente convincere che la scienza in generale, ha avuto la magia come primo impulso.

Ed alla scienza, che aveva riconosciuto la propria impossibilità di sostituirsi alla divinità, la religione non trovò nulla da replicare.

Considerando quindi l'evoluzione del pensiero scientifico nella sua totalità, esso ci appare diviso in due fasi: l'una prescientifica e l'altra scientifica. La prima, imperniata su fattori che esulano da qualsiasi ulteriore evoluzione scientifica si rifugia, per la spiegazione dei fatti nel meraviglioso, nell' ultraumano, nel preternaturale, nel super-naturale.

Storia dell'assistenza in Italia: implicazioni sociali

Dalle origini del cristianesimo, all'unità d'Italia.

Umanizzare significa, letteralmente, "rendere umano, civile, elevare al livello della civiltà di un popolo".

Disumanizzare, al contrario, con il suo prefisso dis-, espressione di valore negativo, è il "togliere le qualità tipiche dell'uomo, ed il suo effetto è la disumanizzazione".

Lo stesso vale per deumanizzare, in cui il de- indica la privazione, la sottrazione.

Ma umano, cosa significa? "Di uomo, proprio dell'uomo, di persona in cui si realizza pienamente la natura umana", ma anche che è "proprio della natura umana in quanto imperfetta, limitata, contraddittoria".

Scorrendo il percorso storico dell'assistenza agli infermi e della storia degli ospedali, si evidenzia un alternarsi di momenti di espressione di buona umanità a momenti di cattiva umanità o, per essere in linea con il discorso, di disumanizzazione.

E' forse il naturale alternarsi del bene e del male che si intreccia a varie forme di assistenza, a riforme, vicende politiche, guerre, epidemie, carestie, rivoluzioni .

E’ la Chiesa l’unica depositaria del dominio spirituale della carità, e con essa anche dell’ospedalità, che dall’alto medio evo fino alle prime riforme del 1300 e del 1800, mantiene il primato dell’assistenza.
Diaconìe, xenodochi, sono sotto la sua diretta giurisdizione, operata da vescovi, diaconi e suddiaconi.
Ricercando le origini degli ospedali, si comprende che essi sono frutto della rivalutazione dei valori umani e del bisogno spirituale di soccorrere il prossimo, proprie del Cristianesimo.
I suoi principi di amore sono i fondamenti morali che spingono a curare i malati assieme ad un altro principio basilare: quello della carità, che ha dato impulso alla creazione dei primi ospedali, grazie ai fondi ed alle donazioni di possidenti e grazie alla operosa dedizione dei religiosi.
I primi ricoveri sono concessi non solo agli infermi, ma anche ai poveri, ai vagabondi, ai mentecatti, a tutto un popolo di bisognosi privo di ogni bene e di ogni mezzo di sussistenza, come pure della possibilità di alimentarsi.
Si tratta di ospedali primitivi, diaconìe e xenodochi, costruiti per ospitare pellegrini, stranieri e malati, ma abbiamo anche asili, lebbrosari, fino ai “nosocomeion”.
Tali ospizi hanno un loro proprio patrimonio e sono affidati a monaci.
Sorgono gli ordini monastici ed i primi monasteri, in cui alcuni locali vengono adibiti al ricovero, prima per la cura dei soli monaci, poi anche per gente comune.
Si sviluppano al loro interno le scuole per addestrare i diaconi nelle mansioni sanitarie, e le biblioteche in cui si raccolgono antichi codici dell’arte medica, riprodotti dagli amanuensi.

Con il passare del tempo iniziano a svilupparsi strutture più grandi in cui al monaco si sostituiscono gli ordini ospitalieri e compare la figura del medico che sostituisce il monaco-medico.
Ogni ordine monastico ha le sue "Regole" ed in esse è contenuto sempre un capitolo sull'assistenza agli infermi, come per esempio le Regole di S. Pauconio in cui sono nominati i ministri degli infermi e le infermerie.
S. Benedetto è tra i primi a dettare Regole sull'assistenza infermieristica.

Nella sua regola, al capitolo XXXVI, si parla esplicitamente di cura agli infermi "con i principi di massima diligenza e sollecitudine".
Parimenti i monasteri Benedettini sono centri di studi medici e luoghi di assistenza ed inoltre hanno al loro interno orti di "semplici" per la produzione di medicamenti.
Con il passare dei secoli, la nascita di nuovi ospedali o il restauro di quelli vecchi, è dovuta anche ai regnanti, ma la presenza della Chiesa nella loro organizzazione e gestione non viene a mancare.
Altre strutture ospedaliere sorgono intorno all'anno mille e nei secoli seguenti grazie agli ordini monastico-cavallereschi, che con le loro regole rinnovano l'impulso cristiano di caritatevole assistenza e di tutela dei deboli.
A loro si fa risalire anche la creazione di nuovi lebbrosari.
Nell'era dei comuni, intorno al 1300, sono le corporazioni, enti laici, ad assumere un ruolo nella creazione di nuovi ospedali o nella gestione di altri provenienti da precedenti cattive amministrazioni: preludio del moderno concetto di medicina sociale e mutualistica, mentre parallelamente le confraternite svolgono opera di assistenza negli ospedali e, a loro volta ne fondano di nuovi.
Alcune di queste confraternite si trasformano in ordini ospedalieri, finanziati da lasciti e donazioni.

In questi ospedali vigono Regole che definiscono le attività degli ospedalieri, sia nella vita in comune, sia riguardo all'assistenza agli infermi, un esempio è il "Liber Regulae" dell'ordine di S. Spirito in Roma della fine del XII secolo (questo ordine cadrà in decadenza sempre più progressiva fino alla sua soppressione a metà del 1800).
L'assistenza è affidata a religiosi e religiose.
Vi è poi un fiorire, presso alcuni ospedali, di ordini fondati dal personale interno che presta l'assistenza, che è sottoposto alla Regola del proprio fondatore, è vestito con un'uniforme caratteristica e soggetto ad un voto di servizio religioso ospedaliero.
L'evoluzione degli ordini ospedalieri segue percorsi molto vari: dalle bolle di annullamento papali per aver perso le proprie finalità morali, alla abolizione dal servizio del sesso maschile, alla naturale estinzione nel tempo.
L'assistenza che viene prestata in questi luoghi, nel corso di tutto il edio evo, è svolta dal medico-monaco, sostituito in seguito da medici sempre più laicizzati, il cui scopo principale diventerà quello di eliminare la malattia, piuttosto che assistere amorevolmente, e la nuova finalità dell'ospedale sarà produttiva, oltre che caritatevole-assistenziale.
Negli ospedali gli infermi sono collocati su grandi letti che contengono fino a quattro ricoverati, con assieme moribondi e convalescenti, il malato comune con l'infetto, e si procede anche, sullo stesso letto, ad atti operatori.
L'organico ospedaliero comprende varie figure e qualifiche mediche (medici, chirurghi maggiori, barbieri, sottobarbieri), la struttura architettonica assume la forma a crociera con un altare posto al centro, e c'è la divisione di uomini e donne.
Si eliminano in tal modo le lunghe corsie e si determina la possibilità di una migliore sorveglianza delle quattro braccia senza contare, poi, la maggiore comodità di culto.

L’assistenza è abbinata all’accoglienza ed all’ospitalità disinteressate, espressione di carità cristiana.
Gli ospiti sono sempre indigenti, malati, bisognosi di aiuto, derelitti, invalidi.
Inoltre sono accolti bambini privi di famiglia e vecchi non autosufficienti.
L’ospedale è quindi un asilo gratuito, per chiunque ne abbia bisogno.
Con l’avvento delle grandi epidemie di peste del 1300, si modifica l’organizzazione sanitaria sociale.
Sorgono gli Uffici di Sanità, pubblici, che dettano norme igieniche per arginare il male epidemico.
Si sviluppa una prima coscienza sociale nella gestione della salute pubblica, su basi empiriche vengono indicate vie di indirizzo igienico con l’ausilio di medici consulenti o facenti parte degli stessi uffici, anche se la medicina non ha le conoscenze idonee per arginare e debellare il morbo.
Nel 1400 si ha una prima regolamentazione statale dell’amministrazione e della gestione ospedaliera ed una disciplina della professione sanitaria all’interno degli ospedali.
Cambiano molte cose: la medicina non può essere praticata dal clero per ordine di dettati conciliari e papali (ecclesia aborret sanguine).
Alla chiesa rimangono la cura dell’anima e l’assistenza, mentre l’amministrazione passa all’autorità civile .
I religiosi sono coadiuvati da persone pie, i conversi e le converse.
Le mansioni più umili sono però svolte da servitori, di infimo livello: i famuli e le famule.
C’è da sottolineare un periodo di transizione in cui le strutture ospedaliere, sorte per puro spirito religioso di servizio al prossimo, accumulano enormi ricchezze dai proventi di elemosine, elargizioni, donazioni, ed i frati, divenuti estremamente benestanti, iniziano a

gestire le opere pie in modo privatistico, favorendo anche i propri familiari e trasformando gli ospedali “in luoghi di piacere, di crapula”. Frequenti i casi di scandalo e di processi.
Spesso ci si imbatte nelle storie di piccoli ospedali retti da associazioni medievali, andati in rovina morale e materiale per incuria o peggio degli amministratori “che pensavano troppo a sé stessi e troppo poco ai malati”.
Con il passaggio di gestione a settori di potere laico, con l’intervento diretto dello Stato signorile nell’amministrazione degli enti ospedalieri e nella gestione dei possedimenti fondiari, si determina anche un mutamento dell’assistenza, con la concentrazione dei piccoli nosocomi nel sistema degli ospedali maggiori, che assumono anche le finalità di sorveglianza e controllo sociale.
Quindi gli ospedali maggiori, da un lato servono per sviluppare una nuova politica assistenziale medica, non disgiunta da quella spirituale, da un altro lato hanno fini di contenitore di tipo ospiziale e mostrano con la loro sontuosa architettura la magnificenza delle signorie al potere.
Con l’epoca delle signorie prevale infatti il desiderio del principe di apparire munifico e benemerito verso il popolo, costruendo ospedali, vere opere d’arte monumentali, in cui però si sviluppa una inumanità a cui si opporranno i Santi delle riforme ospedaliere, fondatori di ordini dediti all’assistenza.
Anche nei grandi ospedali sono presenti le Regole, che dettano i comportamenti da seguire.
Il Liber Regulae dell’ospedale S. Spirito in Sassia di Roma, invita a che: “un giorno alla settimana i poveri malati venissero ricercati per strade e piazze e trasportati nella casa di S. Spirito per esservi curati con somma premura” e, “i poveri che volessero farsi ospitare nella casa di S. Spirito fossero accolti volentieri e trattati amorevolmente”.

Nei nuovi ospedali si forniscono piccoli locali, i destri, per ogni posto letto, con i servizi igienici aereati, e si apprestano sistemi fognari efficienti.
Si suddividono i malati in acuti e cronici, e si accentua il carattere dell'ospedale di moderna fabbrica della salute.
Sorgono inoltre, accanto a questi ospedali, i primi lazzaretti, dove vengono relegati e controllati, in quarantena, i sospetti appestati.
Da non dimenticare, inoltre, un'altra istituzione di ricovero, già presente da tempi immemorabili: il lebbrosario.
In questi luoghi il malato è rinchiuso, isolato dal mondo, condannato a trascorrervi il resto della vita in clausura, anche se in essi può godere di una certa tranquillità e sicurezza, contrariamente alla vita randagia e piena di stenti che lo aspetterebbe fuori.
Il lebbroso è considerato dalla società come un morto, e quindi va "sepolto" fuori dal mondo dei sani, rinchiuso in lebbrosari di cui se ne contano, nel mondo cristiano del 1200, ben 19.000.
Anche in questi luoghi l'assistenza è garantita da medici ed infermieri.
Gli ospedali del Rinascimento, i grandi ospedali, sono vere opere d'arte, ma ciò stride nettamente con le condizioni in cui versano gli ammalati.
All'amore per l'arte e per il bello di questa era rinascimentale, si accosta una inumanità che disconosce quel che avrebbe dovuto essere la causa prima, di tutto il movimento spirituale: l'uomo, la sua dignità, i suoi diritti.
Ordini ospedalieri di chiara fama vanno alla deriva, venendo meno i principi cristiani ispiratori dell'assistenza.
Nelle strade delle città circolano reietti, turbe di incurabili, i malati di lue, pieni di piaghe, scacciati dalle proprie case, in totale stato di abbandono e sfuggiti da tutti, oppure folli scherniti da tutti, o poveri e malandati mendicanti.

Dagli ospedali, magnifici a vedersi, giungono testimonianze di opposta natura.
Lutero, nel 1511, descrive così la situazione ospedaliera italiana: “Gli ospedali in Italia sono provvisti di tutto ciò che è necessario; sono ben costruiti, vi si mangia e beve bene, e vi si è serviti con sollecitudine; i medici sono abili, i letti e le mobilia sono puliti e ben tenuti. Quando un malato vi è condotto, gli si tolgono gli abiti in presenza di un pubblico notaio che li registra; poi si mettono da parte con cura, ed il malato viene ricoperto da una veste bianca e deposto in un letto ben preparato. La pulizia è ammirevole”.
Ed ancora, riferendosi a S. Maria Nuova di Firenze: “Apprestato un buon letto con biancheria di bucato, subito dopo sopraggiungono due medici, ed inservienti che portano cibi e bevande, contenuti in vetri tersi che non vengono toccati nemmeno con un dito, ma presentati sopra vassoi. Anche matrone velate, per alcuni giorni servono gli infermi, quindi non conosciute, tornano nelle loro case”.
Di opposta tendenza è la definizione di Bernardino Cirillo, governatore dell’ospedale S. Spirito, fatta quaranta anni dopo: “Qual vomita, qual grida, qual tosse, qual tira il fiato, qual esala l’anima, qual farnetica che bisogna legarlo, qual si duole e si lamenta…Il servizio è pessimo e abominevole…Andrà uno di quelli poltroni a dare il pasto a un infermo, troverà il meschino afflitto e svogliato, prostrato et debile che appena il letto il sostiene et li dirà: bevi su, manda giù, che ti possi strangolare”.
E ancora: “In ospizi dove la carità avrebbe dovuto regnare davvero sovrana regnavano invece l’immondizia, l’abbandono, il luridume, come accadde di trovare a S.Camillo de’ Lellis nell’ospizio dei poveri mendicanti detto di
S. Sisto: un misero carnaio di corpi letteralmente coperti di pidocchi che si gettavano sul santo ed i suoi compagni, invadendo per loro

tramite la casa dei Ministri degli infermi, fino al pane ed alle scodelle di minestra".
Tutto ciò è inserito in una crisi economica che investe tutta la penisola, gli ospedali sono affollati da poveri e si genera un progressivo decadimento della funzionalità e dell'igiene dei vari ambienti, in cui la mortalità è elevatissima, oltre il 90%, anche a causa di ricoveri che avvengono troppo in ritardo; l'ospedale viene vissuto, in ogni caso, come anticamera della
morte.
Nella situazione generale non si possono omettere le deficienze della scienza medica né l'insufficienza numerica e l'inettitudine del personale di assistenza.
Ancora, sul finire del 1500, si parla, rispetto al S. Spirito, di ammalati abbandonati a sé stessi, letti sporchi, medici insufficienti, mortalità elevata, soprattutto infantile, come pure del contegno immorale delle balie e dei fratelli del S. Spirito.
Questa è un'epoca in cui prevale una mentalità idrofobica, legata al pensiero che i pori corporei siano resi beanti e penetrabili dalle abluzioni, ed attraverso questi pori possano penetrare i "semi di pestilenza".
Ne consegue il declino dell'igiene personale, come pure del termalismo.
Ma di nuovo, sul fronte opposto, vi sono testimonianze di viaggiatori inglesi che parlano di ottimi medici, buoni farmacisti e diligenti infermieri, come ad esempio quando si narra di Camillo de Lellis, al servizio nel S. Spirito, che: "se un fratello giudicava troppo repellente un malato, diceva: se ne occuperà Camillo di questa sudiceria".
Camillo, riformatore dell'assistenza ospedaliera, detta le Regole in cui sono descritti i comportamenti da seguire nell'assistenza, uno schema di mansionario infermieristico, scritto per un infermiere ideale dal protagonista dell'utopia ospedaliera del 1600.

Nell'organizzazione dell'attività ospedaliera di questo periodo storico, non vi è ancora sviluppata quella gerarchia che vede medici ed infermieri inquadrati nelle forme gerarchiche di autoritarismo dei primi e di servilismo di molti dei secondi.
I sottoposti, dice S. Camillo, sono "servi degli infermi, non di altri"; il rapporto con i medici è di comunicazione, non ancillare, ed è previsto, per gli infermieri, sia il compito di svolgere un'assistenza di tipo continuativo, sia la consegna giornaliera, relazione da consegnare ai medici, Camillo de Lellis fa parte, assieme ad altri Santi Cristiani, di quell"avanguardia zelante" che vede nel malato un proprio simile, su cui applicare una prassi interventista produttrice di salutare benessere.
Si sviluppa una reazione all'inumanità del Rinascimento, figlio dell'Umanesimo, che produce, accanto ad un eccellere delle arti, delle scienze e della cultura, un abbandono totale di uomini incurabili, piagati, miserabili, respinti dagli ospedali, abbandonati nelle strade e nelle piazze dove, rifuggiti da tutti, arrivano a morire.
La stessa reazione si sviluppa contro il degrado e l'abbandono dei malati in tanti ospedali, assistiti da infermieri e inservienti che svolgono la loro attività per solo scopo di lucro.
La riforma cattolica copre un lungo arco di tempo, che va dalla metà del 1500 alla metà del 1600, e le figure emergenti sono quelle di Vincenzo de Paoli, con il suo ordine Le Figlie della Carità, Giovanni di Dio, con il Fatebenefratelli, e , già ricordato, Camillo de Lellis con i suoi Ministri degli Infermi.
Viene dato nuovo impulso all'assistenza, con rinnovata finalità di pia cristianità da questi riformatori che fondano gli ospedali per "Incurabili", quelli per convalescenti e per i pazzi, recuperando quello spirito di fratellanza e di carità verso ogni bisognoso, perso nel corso del tempo.

Vengono inoltre creati asili destinati a delinquenti e criminali, ottenendo risultati rieducativi invano attesi dai sistemi brutali dell'epoca.
Bisogna ricordare che questi ordini, però, non riescono a sopperire alle esigenze assistenziali del momento, e quindi non può mancare la presenza negli ospedali di laici salariati.
Si tratta per lo più di personale scadentissimo appartenente agli strati sociali più infimi e "poco adatto ad esplicare persino le più semplici mansioni presso i malati".
L'esigenza molto sentita di una vera umanizzazione nel rapporto con il malato, esige che all'antropologico farsi prossimo, si unisca uno specifico cooperare tecnologico, al fine di assicurare prestazioni premurose ma anche efficienti.
L'Ospedale Maggiore di Milano nel 1687 istituisce l'obbligo "ai serventi che siano iscritti alla scuola di anatomia e non possano ottenere promozioni se non l'abbiano frequentata con assiduità e profitto", ed inoltre che "non sia nominato servente chi non sappia leggere e scrivere".
Ai serventi si fa obbligo di "rifare i letti non solo al mattino, ma anche alla sera" e di "profumare tutte le infermerie ogni mattina con essenza di ginepro"; e si prescrive l'obbligo dell'alfabetizzazione e della conoscenza di basi anatomiche.
In base a varie testimonianze, la determinazione ad umanizzare l'assistenza da parte degli ordini religiosi Ospedalieri fondati dai Santi riformatori, non riesce a creare un cambiamento generale di una situazione generatrice di infezioni e malattie, in un ambiente "sotto ogni aspetto, dei più ributtanti".
Nel contempo cresce il bisogno di considerare l'uomo nella sua dignità, e da questo deriva l'affermazione del diritto dell'individuo ad avere assistenza.

L’illuminismo e le idee rivoluzionarie dell’affermazione dei diritti dell’uomo, producono nuove spinte umanizzatrici e moralizzatrici.
L’ospedale assume, sempre più l’aspetto di luogo deputato alla cura della salute, invece di essere quel luogo di ricovero indifferenziato che lo ha contraddistinto per così tanti anni.
Si comincia così a rilanciare l’istituzione ospedaliera raggruppando i malati per omogeneità di patologie e si presta maggiore attenzione all’igiene ed alla ventilazione delle corsie, nonostante vi siano enormi squilibri tra i vari stati della penisola.
L’assistenza inizia ad essere delegata anche a studenti di medicina, incaricati di svolgere mansioni infermieristiche, dalle “chiamate dei malati”, al “distribuire medicamenti”, al “visitare frequentemente i malati gravi”.
Questi compiti sono assolti da infermieri “matricolati in chirurgia” e “sottoinfermieri nominati tra giovani studenti di chirurgia, capaci di sostenere le
veci dell’infermiere e di prestargli l’occorrente aiuto in sua assenza o impotenza”.
Non mancano ovviamente i serventi e le mansioni loro attribuite: “mattina e sera, avanti il pasto, i serventi di guardia dovranno portare e offerire l’acqua agl’ infermi per lavarsi le mani e questa tiepida in stagione fredda. I letti dovranno essere rifatti di frequente e mantenuti asciutti e puliti.
Quando una coppia di serventi che rifà il letto s’incontra in un malato che non si possa alzare da per sé, uno di essi prenderà il lettuccio portatile per stendervi sopra un lenzuolo pulito e caldo d’inverno, ove collocherà con la debita custodia e diligenza il malato medesimo, per rimetterlo nuovamente
nel proprio letto dopo che sia rifatto”.
Queste mansioni evidenziano la presenza di diritti anche per i malati, diritti che si affermano con la rivoluzione francese del 1789.

Parallelamente allo sviluppo della scienza medica, l'ospedale si trasforma, seguendo il nuovo orientamento clinico, e si comincia a pensarlo, costruirlo ed organizzarlo come luogo di applicazione di una scienza medica di crescente complessità.
Nel corso di questo secolo, muta anche l'architettura ospedaliera che si sviluppa secondo il principio dei padiglioni, e si cerca di mettere a profitto gli insegnamenti delle epoche precedenti evitando gli inconvenienti delle vecchie costruzioni.
Nel 1800 si inizia a parlare di rivalutazione ospedaliera, i medici vogliono separare la propria professione dalla professione infermieristica e vi è l'introduzione di Cartelle Cliniche**,** apparati strumentali necessari per l'assistenza al malato, e la costruzione di nuovi reparti.
Pian piano l'Ospedale da ricovero dei moribondi, diventa sempre più fabbrica di salute.
La situazione peggiora con la collocazione di questi Ospedali nei centri cittadini, determinando alto rischio di contagio.
Durante la trasformazione dell'Ospedale, si inserisce una nuova figura, quella del "Direttore Medico" che dà una nuova organizzazione all'assistenza.
Viene così abolita la figura del siscalco, sorta di fac-totum non medico, amministratore e gestore di ogni cosa all'interno dell'ospedale.
Tra gli scopi di ciò, c'è quello di liberare i medici dalla soggezione ad un incompetente.
Si istituiscono rigidi regolamenti ospedalieri con specificati orari di servizio, divise per il personale, criteri per la distribuzione dei medicinali.
Non in tutti gli ospedali c'è questa rivalutazione, e si determina una grande disomogeneità sul territorio, in cui permangono situazioni disastrose.

Con il diffondersi dell'epidemia di colera, l'ospedale diviene un vero e proprio luogo di disperazione.
Relativamente al personale di assistenza, il Baldini, medico napoletano vissuto a cavallo tra il 1700 ed il 1800, scrive: "è dovere che gli infermieri sieno altresì istruiti di principi medici, affinchè possano conoscere le malattie. L'arte di assistere gli ammalati non puossi apprendere d'una maniera empirica, avvegnachè i fatti son più delle volte difettosi" e inoltre: "sieno attenti e vigilanti verso gli ammalati, per poter a tempo prevenire i loro bisogni e aiutarli nelle loro funzioni…..sieno gli infermieri dotati di dolcezza nelle parole e nei fatti, acciocchè tengano gli infermi in allegria.
Essi possono sovente far più di bene portandosi con umanità e con compatire la languente umanità, di quello che somministrando medicamenti…".
Il bisogno di una nuova formazione per chi eroga assistenza infermieristica è molto sentito e, oltre al manuale: "L'Infermiere Istruito" scritto a Napoli dallo stesso Baldini nel 1790, vengono pubblicati: il "Manuale dell'Infermiere" scritto da Emesto Rusca a Milano nel 1833 e "Pedagogia dell'Infermiere" scritto da Cattaneo sempre a Milano nel 1846.
Per migliorare la preparazione infermieristica vi è l'istituzione della Scuola Medico Chirurgica e Chimico Farmaceutica per i giovani infermieri del Fatebenefratelli nell'Ospedale di Santa Maria Nuova fondata a Napoli nel 1853.
Cresce il sentimento che quella infermieristica sia un'arte che si apprende con lo studio e che "non può avere l'uomo che si toglie all'aratro per impiegarlo intorno agli ammalati".
Negli ospedali nascono poi gli ospiti paganti: benefattori che pagano la degenza per alcuni poveri, o benestanti che versano denaro per il proprio ricovero.

L’ospedale comincia ad assumere i connotati di ospedale produttivo, non solo in termini terapeutici, ma anche economici.
Le istituzioni Ospedaliere vengono caratterizzate più come realtà economiche che come centri di assistenza vera e propria, ad essa dedicano solo una parte delle risorse, mentre gli organici comprendono “più avvocati, contabili e tesorieri, che medici”.
Dopo l’unità d’Italia, la classe dirigente liberale, mentre procede all'espropriazione del patrimonio degli enti ecclesiastici, sancisce, con la Legge sulle Opere Pie del 1862, una loro autonomia economica ed istituzionale, riconoscendo loro “una funzione caritativo-assistenziale, che lo Stato Unitario non ritiene di potere o di dovere assumersi”.
“Lo Stato liberale non ‘assisteva’: partendo dalla equiparazione a virtù civile del momento caritativo individuale e religioso, esso si poneva piuttosto come garante del buon funzionamento delle istituzioni private deputate alla beneficenza e ne sorvegliava la gestione patrimoniale, identificando la gestione ottimale degli enti con l’incremento dei loro capitali e delle rendite, e con la tesaurizzazione degli introiti”.
La legge 3 agosto 1862, chiamata la “grande legge”, intende regolare la pubblica beneficenza e qualifica come Opere Pie: tutti gli “istituti di carità e beneficenza e qualsiasi ente morale avente in tutto o in parte per fine di soccorrere le classi ‘meno agiate’ , tanto in stato di sanità che di malattia, prestare loro assistenza, educarle, istruirle ed avviarle a qualche professione che avevano per scopo il soccorso alla gente povera, sia sana, sia malata”.
Grandi sono le resistenze degli amministratori ospedalieri orbitanti nell'area politica e culturale di istituzioni religiose, nei confronti dei medici che cercano di aprirsi nuovi spazi di potere all'interno degli Istituti.
Il medico stenta ad affermarsi sia perché prevale negli ospedali la pietas cristiano-barocca: sono ancora i religiosi ad imporre

l'organizzazione dei servizi anche agli stessi medici, sia perché l'ospedale è ancora luogo di ricovero non solo di malati acuti ma anche di cronici ed incurabili, ma anche perché è luogo usato "per controllare i movimenti delle 'classi
pericolose' nel contesto urbano" secondo il volere degli amministratori interni e delle autorità locali.
Diversamente dai paesi europei, nei quali a partire dalla riforma protestante si è avviato un processo di laicizzazione della beneficenza e di controllo pubblico delle istituzioni ospedaliere, in Italia già dalla reazione controriformista del 1600 si è avuto l'effetto di accentuazione dell'ingerenza della Chiesa, che si mantiene tuttora figura centrale della vita ospedaliera.
I religiosi scatenano una battaglia contro la modernizzazione e contro il desiderio di gestione del potere da parte dei medici.
Dal punto di vista igienico le infezioni contribuiscono ad elevare il tasso di mortalità, le medicazioni antisettiche hanno un costo elevato e per questo vengono applicate solamente nei grandi Ospedali.
Si sente il bisogno di personale infermieristico competente, e per questo nel 1880 nasce una scuola di istruzione per infermieri nell'Ospedale Maggiore di San Giovanni di Torino che tutti gli infermieri, a turno, sono tenuti a frequentare.
I sanitari del nosocomio così si esprimono: "il servizio d'assistenza…..non è nel suo assieme molto ben compiuto: non sempre per mancanza di buona volontà da parte degli infermieri, ma perchè molti di essi non hanno la debita istruzione".
E ancora: "senza una assistenza attiva e intelligente non è possibile nei più dei casi la cura razionale di alcuna grave malattia".
Altri corsi sono istituiti negli ospedali di Verona, Bologna, Milano, Vercelli, Pisa e Firenze.

Sempre in questo periodo si afferma, in Inghilterra, la riforma assistenziale di Florence Nigthingale che si diffonde in Francia, Germania, Scandinavia, Russia e Stati Uniti.
Questa riforma si centra sul modello di formazione infermieristica e sui requisiti delle infermiere.
Nel 1860, in Inghilterra, la Nigthingale apre la prima scuola infermieristica di tipo autonomo, riservata solamente alle donne, in cui sono previsti corsi
di anatomia, fisiologia e igiene, ed il conseguimento di una preparazione tecnica durante un tirocinio clinico.
Una infermiera modello deve saper muovere i malati, nutrirli, accudirli, arieggiare o scaldare le stanze ed infine, essere in grado di fare un resoconto al medico sulle condizioni del malato.
La pulizia e l'igiene sono i due elementi fondamentali della Nigthingale.
Per le allieve capaci, che saranno un giorno le direttrici delle scuole, viene fatto un corso speciale sull'amministrazione ospedaliera.
La formazione è centrata specialmente sull'aspetto morale delle allieve, ogni forma di civetteria è punita con l'espulsione, viene richiesta anche la castità, paragonabile a quella degli ordini religiosi.
Inoltre le allieve sono costrette a stare in convitto, una casa di formazioneprofessionale e di disciplina morale.
A capo di essa vi è la Home Sister che controlla e incoraggia la formazione delle allieve.
Con questa scuola la Nigthingale fornisce una preparazione all'attività infermieristica, a donne di alta e media borghesia.
Viene considerata la signora ideale, sempre attenta alle necessità dei malati, pronta ad imporre disciplina ai lavoratori e "collaboratrice" obbediente del medico.
L’eco di questa riforma, diffusasi rapidamente in altri paesi, raggiungerà l’Italia solo nel primo decennio del 1900.

Nel tardo 1800, con la industrializzazione, la conseguente urbanizzazione e la scoperta della batteriologia, l'ospedale è ancora vecchio e statico all'interno di una situazione sociale in cui tutto è in movimento.
Le condizioni igieniche sono realmente compromesse e vi è un grande afflusso di malati. L'ospedale è luogo di mortalità, per le condizioni igieniche e le patologie infettive, diffuse specialmente tra gli strati sociali più poveri.
Ma la situazione sanitaria è terribile in tutta Italia, "un paese malato" in cui è radicato un "diffuso malessere sanitario" ed in cui imperversano "la tisi, la scrofola, la rachitide, la pellagra, la malaria, la sifilide, il vaiolo, la difterite…i contagi esotici"

Dall'unità d'Italia al secondo dopoguerra.
Inizia ad emergere, in Italia, il "supremo principio" che "lo Stato deve vigilare e tutelare la pubblica salute", come viene affermato nel 'Codice per la pubblica igiene' , e che "l'igiene pubblica deve essere comandata" e non semplicemente raccomandata.
Nel 1865 si ha la prima legge organica in materia di sanità, L.2248 del 20 marzo,in cui viene affidata la tutela della salute pubblica al Ministero dell'Interno, ai prefetti ed ai sindaci.
Nel 1888 viene istituita, con la 'riforma sanitaria', la Direzione Generale di Sanità Pubblica' presso il Ministero dell'Interno (legge

Crispi-Pagliani del 22 dicembre, n. 5849), che “segna il più importante momento di svolta nella storia della sanità in Italia, quanto meno fino al secondo dopoguerra”.
Con la riforma si vuole affidare la gestione della politica sanitaria a tecnici della salute, togliendola dalle mani di burocrati dell’amministrazione, tramite la istituzione di un sistema piramidale che ha al vertice igienisti coadiuvati dal Consiglio Superiore di Sanità, e passando per i medici ed i consigli provinciali, arriva ai medici condotti, qualificati come ufficiali sanitar1.
Nel 1890 si ha, con la legge Crispi, ‘Legge sulle Istituzioni pubbliche di beneficenza’, n. 6972, del 17 luglio 1890, la statizzazione degli enti ospedalieri, una riforma in campo ospedaliero per dare risposta agli squilibri ed alla disastrosa situazione sanitaria esistente nel paese.
L’ospedale passa così, da essere una ‘opera pia’ sostenuta da donazioni ed elargizioni, ad essere un servizio di pubblica assistenza sostenuto da stanziamenti e finanziamenti programmati.
La riforma crispina delle Opere Pie del 1890 disciplina, in maniera unitaria, il diritto all'assistenza ospedaliera e conferisce così agli ospedali una connotazione di prevalente interesse e finalità di carattere pubblico.
I componenti dei Consigli Ospedalieri sono nominati dai Consigli Comunali, espressione di una volontà derivante da elezione popolare.
Le direttive della Legge iniziano a modificare gli equilibri interni degli ospedali.
Le nuove disposizioni prevedono una serie di adempimenti formali in particolar modo nella gestione finanziaria, ma permane ancora un predominio della componente burocratica, anche se la sua tradizionale egemonia comincia ad essere minacciata dal riconoscimento di funzioni sanitarie che la Legge attribuisce agli Ospedali.

Con la riforma si inizia a determinare un mutamento nella gestione degli Enti Ospedalieri, a favore della comunità medica, che si fa sempre più forte grazie ai nuovi apporti tecnologici di fine secolo ed alla costituzione di un nuovo ordine clinico.
Inoltre vi sono nuove disposizioni che stabiliscono i criteri per il ricovero: gli Ospedali sono obbligati ad accogliere i malati poveri residenti da almeno cinque anni nel comune e i residenti di altri comuni in caso di urgenza, quindi devono cominciare ad erogare un servizio di pubblica assistenza, tentativo che rappresenta uno sforzo per modernizzare e
razionalizzare.
La legislazione crispina opera quindi un taglio netto rispetto al passato, ponendo una premessa indispensabile per far avanzare il paese sulla strada di una riorganizzazione amministrativa e strutturale della Sanità Pubblica.
Queste norme rispondono all'esigenza di una “società civile in
trasformazione che reclama ormai un uso più moderno ed efficiente delle risorse della carità ospedaliera”.
La Legge del 1890 non dà molti strumenti di intervento specifico per il rinnovamento ospedaliero, delinea però "la cornice istituzionale” che fa da sfondo ed agevola questo rinnovamento.
Questo disegno però si scontra duramente con il mondo cattolico, che vede compromessa sia la gestione materiale che quella spirituale delle istituzioni.
La Legge prevede infatti che le istituzioni eroghino assistenza, senza distinzione di culto religioso o di opinione.
L'opposizione cattolica riuscirà con gli anni successivi a neutralizzare il tentativo della riforma crispina.
Sorgono nel frattempo nuovi ospedali, basati su nuovi crireri di igiene ospedaliera e di ingegneria: si tratta di ospedali con capienza di 300-400 letti, con padiglioni isolati (di 20-40 letti), circondati da giardini.

La trasformazione degli ospedali comprende anche l’avvento di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche, che danno sempre maggiore impulso alla caratterizzazione in senso curativo del ricovero, rispetto all'aspetto di ospizio, luogo per cronici e luogo di morte, del secolo precedente.
Si va determinando un nuovo ordine clinico.
La classe medica in questo scenario acquista sempre maggiore potere e cerca di affermare la propria capacità di gestione sanitaria e amministrativa degli ospedali.
Altro elemento che caratterizza questo mutamento è dato dall'utenza.
Dai ricoveri per soli poveri, si passa ai ricoveri di proletari e salariati (forza lavoro che, se malata, non produce), che in gran numero si rivolgono agli ospedali, tanto da determinare un aumento dei posti letto (più 58% dal 1885 al 1914); sempre più pressante è poi la richiesta delle classi medie di poter accedere ai ricoveri, pagando una retta di degenza che permetta di non confondersi con gli utenti poveri, per poter effettuare indagini diagnostiche e terapie, anche chirurgiche, non effettuabili a domicilio né possibili nelle costose case di cura private (quel che segna la differenza dei "paganti", è relativa solo all'aspetto alberghiero).
Le amministrazioni scoprono così che l'ospedale può divenire macchina produttiva, e quindi, oltre alle donazioni ed ai contributi di enti locali statali, non sempre puntuali nei rimborsi, le rette di degenza vanno ad impinguare le casse delle Opere Pie.
Ma ciò non basta a far "quadrare i conti" di strutture i cui costi gestionali crescono in misura proporzionale alle nuove strumentazioni diagnostiche e alle nuove terapie, a cui si somma l'inadempienza retributiva degli enti locali.
Il risparmio viene effettuato sulle spese relative al personale di assistenza, costretto a turni di lavoro inumani, per nulla affatto incentivato, come pure non istruito né preparato professionalmente.

La classe medica desidererebbe avere un personale infermieristico all'altezza della situazione, sia per non vanificare gli sforzi e le potenzialità diagnostico-terapeutiche mediche**,** sia per una propria immagine da mantenere, sia per la necessità di una nuova divisione del lavoro e della definizione di nuove figure professionali capaci e fidate che svolgano quel lavoro tecnico che oramai impegna eccessivamente il medico: medicazioni, somministrazione di terapie, uso di macchine.
"Condizione indispensabile acchè l'opera del medico negli ospedali sia resa veramente proficua e sollecita è che essa sia coadiuvata da un personale di infermieri intelligente e colto".
"La guarigione degl' infermi è affidata alla natura, al medico e a quelli che li assistono".
"…i benefici morali e materiali che un infermo ritrae dal suo ricovero in ospedale, non dipendono solo dalla abilità e devozione dei medici, dalla larghezza dei mezzi, dalla modernità degli impianti nosocomiali, ma anche dalla amorevolezza, la prontezza, la sapienza ed abilità dell'infermiere".
Questi i desideri della classe medica rispetto ad una realtà da cui emergono affermazioni del tipo: "…troppi sono i casi di infezione tifica insorta in molti, da tempo ricoverati…per altra malattia. E certo…più di una volta il tramite dell'infezione furono gli infermieri che…male applicarono cautele prescritte e passarono dall'uno all'altro malato…senza avere curato a sufficienza la pulizia, la disinfezione della propria persona".
La situazione è talmente grave e degenere da sviluppare infinite critiche ed accuse a vari livelli (articoli di giornali e riviste, interrogazioni parlamentari), nonché prese di posizione di uguale tenore da parte degli stessi rappresentanti sindacali degli infermieri e degli stessi medici.

“Degradanti giù da questo altare…corrono quattro file di letti, che ospitano tutte le brutture, le deficienze, le anemie e le intemperanze del genere umano; su questo nero oceano, dai crani spelacchiati e dai riccioli infantili si alternano, delle infermiere irritate, insolenti e mal vestite passeggiano con la scopa in mano, seminando della nera segatura, alternando l’offerta di una scodella di minestra o di una pozione o di una mala parola o di una invettiva”.
“Brutture e soperchierie…nell’Ospedale venivano commesse a danno dell’immensa pletora di diseredati (infermi e personale)”.
L'assistenza infermieristica è "manchevole sotto tutti i riguardi", viene detto, e viene svolta da una “servente ignorante di qualunque più elementare regola scientifica riguardo al servizio degli ammalati…, ineducata, ignorante, e proveniente da un gradino della scala sociale ancor più basso di quello da cui vengono le persone di servizio”.
Nel 1907, in un’interrogazione parlamentare al Ministro dell’Interno, sul trattamento degli ammalati da parte di alcuni infermieri del Policlinico di Roma, emerge che: “…ricoverato all’ospedale del Policlinico, pagando una retta giornaliera…, un modesto insegnante…dopo quattro giorni di degenza all’ospedale…ha dovuto uscirne…per l’abbandono nel quale esso era lasciato”, o, di un altro ammalato: “… condannato a restare avvolto nelle immondizie per varie ore senza che un infermiere si degnasse di pulirlo e di prestargli le cure necessarie”.
Viene inoltre rimproverato agli infermieri di avere scarsa capacità di osservazione: “…quando si interrogano gli infermieri sulle morti così dette improvvise, si ha sempre la stessa risposta: il N. 21 stava riposando, quando è morto…senza alcun segno! Oppure : il N. 27 aveva passato le
prime ore della notte dormendo tranquillamente e poi è morto d’improvviso!”; ed inoltre agli infermieri si rimprovera di non avere

spirito di autonomia professionale affermando: "…in quale Ospedale d'Italia gl'infermieri o le suore misurano la temperatura oppure prendono il polso degli ammalati, senza avere avuto l'ordine dai sanitari, ma di propria iniziativa?".
Non bisogna dimenticare che per personale infermieristico si intendono tutti quelli che prestano lavoro in corsia, dagli addetti alle pulizie a quelli destinati all'assistenza al malato, con notevole promiscuità di interventi. "…le mani degl'infermieri sono ruvide, callose, sporche; le unghie senza
alcuna pulizia. E del resto sarebbe mai possibile…di pretendere delle mani pulite da un personale che è obbligato -pure avendo l'assistenza degli ammalati- a lavare i pavimenti, a pulire le latrine, le scale, ecc.?".
Gli stessi medici, solidali almeno agli inizi del secolo, per posizione ideologico-politica di classe, con gli infermieri e con gli stessi malati, sentono la necessità di una figura infermieristica professionale preparata ad assolvere i compiti sempre più complessi ed impegnativi, relativi alle prescrizioni terapeutiche ed alle procedure diagnostiche, conoscitrice di norme e principi igienici (agli infermieri viene addebitato l'alto numero di infezioni crociate ospedaliere e l'aumento dei tempi di ricovero soprattutto in relazione alle complicanze postoperatorie); chiedono che l'infermiere sia soprattutto abile osservatore, capace di prendere iniziative autonome rispetto alla cura del paziente, senza dover necessariamente aspettare un ordine dal medico.
Il medico vorrebbe, in pratica, un fedele servitore che lo alleggerisca dai gravosi impegni diagnostico e terapeutici, che osservi e riferisca, che pratichi assistenza in sua vece.
In questo atteggiamento si riconferma il taglio che si vuole dare alla professione infermieristica in Italia, con la creazione di personale subalterno e funzionale alla classe medica, in cui anche gli ambiti di

autonomia e di gestione siano sempre e solo relativi ad un operare di carattere para-medico, in cui, in assenza del medico, si sappia valutare il malato e si sappia comprendere quando ci sia bisogno di chiamare il medico.
Le stesse prime scuole per infermieri, per lo più brevi corsi di qualche mese, sono impostate su nozioni mediche semplificate.
Le rappresentanze intellettuali della categoria degli infermieri, organizzate prima nelle Leghe, e poi, nel 1904, nelle Federazioni, si trovano favorevoli ad un miglioramento culturale e professionale degli infermieri, alleate su queste posizioni ai medici di tendenze socialiste.
Le stesse Leghe criticano le negligenze e le trascuratezze degli infermieri, e promuovono l'allontanamento dal servizio di assistenza di tutti quanti svolgono nefandamente la propria attività negli ospedali, sia nei riguardi dei malati, che dell'ambiente in cui si trovano ad operare.
C'è da ricordare tuttavia che le pessime prestazioni, come evidenziato da medici, Lega e suffragato da dati storico-statistici, sono dovute a tantissimi fattori: il reclutamento del personale al di fuori di qualunque criterio culturale o di attitudine lavorativa, basato per lo più su forza fisica e carattere remissivo, come in casi del tipo: "Essendovi bisogno urgente di nominare due infermieri e mancando i concorrenti, il Direttore dovette telegrafare al Sindaco di un paese vicino -un grande vivaio di infermieri- perché
gli mandasse almeno una persona da nominare infermiere. Venne giù dalla montagna un contadino, analfabeta, che fu vestito da infermiere e incaricato subito di assistere ammalati, così di giorno come di notte".
O come negli ospedali di Roma che: "…hanno un'amministrazione che si assume anche l'incarico di scegliere il personale di assistenza.

Ed allora…ancora oggi vengono accolti tra gli infermieri, persone tolte dai trivi e dai quadrivi…”.
Le retribuzioni del personale infermieristico sono tra le più basse di tutti i "mestieri" (il che determina quel malcostume diffuso legato a mance e ruberie sul vitto o sulle suppellettili dell’ospedale), con l'aggravante che, in ogni realtà ospedaliera la retribuzione inizia ad essere corrisposta dopo
un periodo che può variare da qualche mese a due anni.
I turni lavorativi sono massacranti (fino a 70 ore settimanali) e le condizioni degli ambienti di riposo e di ristoro orrende: “…gli infermieri, a causa dei lunghi turni, devono mangiare all’interno del luogo di lavoro, in squallidi locali che somigliano a delle volgari cantine…”; come pure per i locali dove gli infermieri alloggiano: “…sono quasi da per tutto…male tenuti, sporchi, a volte disgustanti”.
Inoltre i rischi infettivi sono elevati, come pure la mortalità in età prematura (pare dovuta soprattutto alle dure condizioni di lavoro ed ambientali); il crescente rapporto posti-letto/infermiere (un infermiere per 50-60 pazienti); l'assenza di scuole professionali, di assicurazione e previdenza, la pessima considerazione sociale, l'impossibilità di avanzamento di carriera (si è sempre sottoposti a capo-sala suore e, ovviamente ai medici).
Gran parte delle responsabilità di questa drammatica situazione è imputata alle amministrazioni ospedaliere: “…le quali domandano a questo personale quello che non sa, né può dare”; si addossa loro la responsabilità del reclutamento del personale “…effettuato finora in modo assolutamente empirico”, come dichiara, nel 1908, lo stesso capo del governo Giolitti nel corso della discussione del disegno di legge ‘Per gli ospedali riuniti di Roma’.
Nel 1905 la Federazione denuncia, in un “Memoriale" inviato al Ministero dell'Interno, le condizioni degli infermieri, in cui si afferma:

“La vita che trascina l’infermiere degli Ospedali non è paragonabile a nessuna classe, primo il lavoro lungo ed estenuante, 12 ore al minimo nelle 24, il pericolo permanente di contrarre da un momento all’altro una malattia contagiosa; terzo, i salari impossibili; quarto, il numero enorme di malati affidati alla vigilanza di un solo infermiere.”.
Il sindacato afferma inoltre: “…è cardine della fisiologia…che un lavoro proficuo non può essere reso se non quando alle membra stanche segua un periodo sufficiente di riposo” e che “il turno gravoso, lungo ed inumano attuale abbia da essere ridotto ad otto ore su ventiquattro” in quanto “dodici ore di servizio sono…dodici ore di lunga prigionia; eppure egli, oltre alla sofferenza fisica è soggetto anche a quella morale nel vedersi e sentirsi impotente a portare soccorso ai troppi infelici confidati alle sue cure”.
Si decide così di iniziare un'agitazione per il miglioramento delle condizioni di lavoro (riduzione dell'orario di lavoro a 8 ore al giorno, retribuzione in caso di malattia, pensione, invalidità, morte).
Inoltre la Federazione formula, nel 1906, un "Regolamento-Tipo" che propone allo Stato come legge obbligatoria per ogni ospedale, in cui sono enunciati diritti e doveri del personale ospedaliero, al fine di tutelarne l'immagine.
Nel regolamento, tra le colpe più gravi da punire, vi sono: “…il maltrattamento dei malati sotto qualsiasi causa o pretesto; l’aver trascurato di attendere a qualche prescrizione dei sanitari da cui ne sia risultato nocumento alla salute dell’infermo; le risse tra i compagni; l’ubriachezza abituale; l’indebita esportazione anche temporanea di cose appartenenti all’Istituto, al personale, agli infermi”.
C’è un diffuso riconoscimento del valore dell’iniziativa, come tra l’altro è dimostrato da dichiarazioni di questo tipo: “…mi compiaccio grandemente del regolamento-tipo da voi compilato che è ispirato ad una coscienza altamente etica, la quale vi detta la necessità che avete

d’istruirvi per essere i veri collaboratori dei sanitari; v’insegna come l’infermiere non conscio dei propri doveri sia di maggior danno che di vantaggio all’umanità sofferente”.
Il sindacato, tra l’altro, come già riferito, si dichiara anch’esso favorevole ad eventuali epurazioni dagli ospedali degli elementi peggiori, come proposto da alcuni politici, purchè, oltre ad affrontare il sintomo, si affronti la patologia, la causa del male, con altre riforme.
Ma per la salvaguardia dei propri diritti, c’è difficoltà ad identificare una forma di lotta.
La Federazione evita lo sciopero in quanto lederebbe unicamente i malati, proletari, operai (suoi fratelli); ma anche altre forme di lotta sono difficilmente applicabili alla realtà lavorativa degli infermieri (per es. l'ostruzionismo, in quanto l'infermiere non ha mansioni regolamentate, essendo un semplice esecutore di ordini medici, o le dimissioni in massa, o il boicottaggio, per la mancanza di compattezza della categoria).
L'orientamento vincente sembra essere quello delle alleanze politiche con settori sensibili alle problematiche esposte, sia in ambito ospedaliero che parlamentare.
La base della "contrattazione" è il progetto di "Regolamento-Tipo".
Medici democratici e socialisti, presenti in parlamento, danno vita ad azioni politico-parlamentari per dare voce alle richieste delle Leghe infermieristiche, con interrogazioni parlamentari con cui si richiede di regolamentare le condizioni del personale sanitario (ammissioni, disciplina, retribuzioni).
“…La funzione degli infermieri deve essere opera di amore, di carità, un ministero, un sacerdozio, un apostolato più che un mestiere, ma sta bene anche che in mezzo alle difficoltà rincaro dei viveri e delle pigioni...sia lui che la sua famiglia non vengano solo pasciuti di queste romboanti parole, con cui spesso si sono sfruttati tanti

benemeriti lavoratori…ma abbia a essere trattato umanamente e migliorato nelle sue condizioni quali i rischi e la responsabilità della sua professione richiedono".
L'infermiere deve essere: "…ben retribuito delle sue gravi e pericolose fatiche, ben tutelato contro quei veri e propri infortuni sul lavoro che sono le malattie per trasmissione infettiva, considerato per quello che esso merita e non strapazzato, angariato, depresso, vilipeso come oggi è".
Con il governo Giolitti, però, si hanno solo atteggiamenti di dilazione del problema, nonostante egli riconosca, in una dichiarazione fatta nel 1908 nel corso della discussione del disegno di legge "per gli ospedali riuniti di Roma", l'importanza della "istituzione di scuole di infermieri ed infermiere, perché senza uno speciale insegnamento tecnico non è possibile avere degli infermieri, che corrispondano al delicato loro mandato".
Con il governo Luzzati c'è il primo tentativo di riforma per l'istituzione di scuole professionali per infermieri.
Si ritiene infatti sempre più necessaria l'istituzione di scuole ,
affermandosi sempre più il convincimento che "fare l'infermiere non è la stessa cosa come darsi a un mestiere qualunque".
I medici ospedalieri, nel corso del congresso tenuto a Milano nel 1906, esprimono: "…la necessità della costituzione in Italia d'una scuola per infermieri…che fornisca un titolo sufficiente e necessario per prestare l'opera di assistenza immediata in qualsiasi ospedale".
Un medico torinese così si esprime: "da qualche tempo…si va accentuando una tendenza altamente commendevole in questa classe di lavoratori: una tendenza all'elevamento morale, all'istruzione professionale…ed ecco sorgere il desiderio che abbiano ad aprirsi in ogni centro le scuole professionali".
Ma la caduta del governo Luzzati, il ritorno di Giolitti, gli eventi legati all'impresa libica prima (che dissanguano le risorse economiche

statali), e l'avvento della grande guerra poi, pongono un freno a questi propositi.
In questo percorso altri soggetti sono da analizzare.
A cominciare dai "malati", e poi le religiose, le amministrazioni ospedaliere e, non per ultimi, i movimenti femminili e le comunità straniere presenti in Italia.
Abbiamo già osservato il cambiamento della "utenza ospedaliera", in relazione alla progressiva industrializzazione ed urbanizzazione avvenute tra la seconda metà del 1800 ed i primi del 1900, la trasformazione della famiglia e la perdita della sua funzione assistenziale, meglio svolta dall'ospedale, con la contemporanea entrata di classi medie negli ospedali,
anche se a pagamento.
Il nuovo procedimento clinico e diagnostico-terapeutico, sposta sempre più l'attenzione del medico alla patologia e quindi alla diagnosi e terapia allontanandolo dalla persona malata, che vede inoltre sempre più perdere i suoi diritti di libertà, dovendo sottostare a regolamenti ospedalieri improntati sull'ordine medico e su linee di comportamento individuale che regolano praticamente tutto, dal taglio di capelli, al vestiario, alla possibilità di scendere dal letto o muoversi autonomamente.
A ciò è associata la ben nota assistenza infermieristica, che, se per le classi più povere non può essere, per motivi culturali e di subordinazione, motivo di lamentele, lo è molto più per le classi agiate che sono sottoposte agli stessi trattamenti, le quali fanno sentire la loro voce tramite giornalisti e parlamentari.
I movimenti delle donne, che nascono per contribuire all'elevazione morale, intellettuale, economica e giuridica femminile, si inseriscono in un contesto storico in cui si sente in grandissima misura l’esigenza di una migliore assistenza.

Vengono pubblicati lavori di ricerca sulle condizioni infermieristiche da Anna Celli ed altre esponenti dei movimenti femminili, compiuti nei primi del novecento, per individuare problemi e proporre soluzioni, sottolineando la naturale ed innata predisposizione femminile alla professione
infermieristica, che deve essere esaltata con le virtù di una buona educazione morale, con la preparazione culturale e con studi specifici per la professione.
Nel 1900 nascono l'Unione Femminile Italiana ed il Consiglio Nazionale Donne Italiane, che nell'ambito del percorso dell'emancipazione femminile, identificano nella professione infermieristica una possibilità concreta di sviluppo di autonomia e di professionalità della donna nel tessuto sociale.
Anzi, le donne rivendicano l'esclusività femminile nel campo
infermieristico, e creano alleanze con le organizzazioni mediche.
Queste fanno proprie le istanze delle donne; i medici infatti ritengono che il personale femminile sia più portato all'assistenza poiché la subalternità al medico, che ritengono che l'infermiere debba avere, sembra una naturale trasposizione in campo professionale della più generale subalternità sociale della donna all'uomo.
Ciò determina un allontanamento dalle istanze delle Federazioni, una divisione di queste dall'alleato medico e spinte eterogenee sul parlamento ai fini di una regolamentazione del settore assistenziale.
Per quanto riguarda le suore ospedaliere, il loro compito è sempre stato quello di dirigere l'assistenza e il buon andamento del reparto (relativamente a scorte di materiali, controllo della cucina e degli infermieri) come pure, ovviamente, di prestare assistenza religiosa, e non quello di prestare assistenza diretta.
Al principio del secolo la posizione di alcuni medici e delle Leghe, come pure quella delle donne, è essenzialmente anticlericale, per vari motivi e/o interessi.

Primo per motivazioni ideologiche socialiste e di sinistra, anche estreme, poi per problemi legati alla insubordinazione delle suore alla classe medica, in quanto esse sono prima di tutto sottomesse alle regole ed all'autorità del proprio ordine religioso (digiuni, funzioni e quant'altro in ogni caso riesce ad assorbire gran parte delle loro energie al di fuori dell'attività ospedaliera), inoltre perché esse, per motivi religiosi, non sono alleate e complici dei progressi medico-scientifici, anzi, in alcuni casi li osteggiano, anche per ovvi motivi di pudore, per non parlare poi della loro impreparazione di base ad affrontare una assistenza degna di questo nome (c'è anche chi addebita al loro abito un motivo di alto rischio di diffusione di malattie infettive).
Non mancano testimonianze su quanto esposto; per esempio sul loro abbigliamento: "…abito contro ogni regola d'igiene ospitaliera. Le maniche del costume delle suore sembrano fatte apposta per raccogliere e seminare da per tutto la polvere e i germi delle malattie"; o ancora: "…la lunga 'cornetta' di un bianco vivo inquadra, è vero, graziosamente il viso, ma diventa…pericolosa quando molte persone stanno attorno o la suora è incaricata di assistere a un'operazione".
Critiche non mancano alle loro regole di vita ed alle afflizioni corporali a cui devono sottostare: "…le frequenti veglie, i digiuni, i magri, le lunghe preghiere quotidiane le estenuano in modo da togliere loro quella sveltezza e quella energia, che pur sono indispensabili ove continuamente si danno casi di avvenimenti straordinari" .
Queste regole, se da un lato producono effetti da alcuni ritenuti positivi: "…si presume che la suora, la quale si è dedicata volontariamente a una vita di sacrificio e di lavoro, abbia qualità molto migliori di quelle di un infermiere, che ha scelto questa professione per campare la vita"4,o ancora:

“…fanno osservare la disciplina nelle sale degli ammalati, richiamando gli infermieri che mancano al loro dovere…e sanno parlare affabilmente coi poveri ammalati …e li incoraggiano”, come pure: “…curano l’economia dell’azienda, evitando ogni sciupìo, pronte a richieste di maggiore lavoro”,
dall’altra parte producono gravi limitazioni ad una completa assistenza al passo con i tempi.
Le suore infatti: “…non possono presenziare certi esami speciali, non possono applicare le prescrizioni mediche in ogni parte del corpo; non sono autorizzate ad assistere molte operazioni …”.
Restano comunque funzionali alle amministrazioni in quanto: “una caposala o una caporeparto non farà mai rapporto alla direzione se la suora di cucina avrà inviato cattivo cibo o insufficiente…istituendosi, nella stessa comunità, un meccanismo di omertà”.
Ma la religiosità e la moralità non sono al passo con le esigenze del nuovo ordine clinico; le suore “non hanno alcuna pratica dell’assistenza medica ospedaliera moderna” e quindi non possono “insegnare al personale di servizio il modo di assistere convenientemente” i malati, ed inoltre non
mancano denunce di eccessi: “una suora…spadroneggia in una clinica, non solo con gli infermieri ma, deplorevole a dirsi, anche con i poveri malati”, o di discriminazione religiosa: “se la famiglia del malato o il malato stesso sono dei ‘baciapile’, il degente, per premura delle suore, è fornito nei riguardi della cucina e della dispensa, senza economie; mentre se il malato è un miscredente nulla ottiene e viene anche trascurato durante il corso di sua malattia”.
La stessa religiosità ha i suoi effetti deplorevoli quando si verificano episodi tipo: “…alcune suore si erano rifiutate di eseguire le cure ordinate dal medico a dei bambini malati con la motivazione che per quelli ‘era molto meglio che diventassero angeli’…”, o ancora: “…una suora, di fronte ad un malato colto da una forte emorragia

chiamò il prete invece del medico, oppure un altro caso ancora di un paziente polmonitico trovato moribondo sul pavimento dal medico di guardia perché costretto da una suora ‘seminudo, inginocchiato sul lastricato freddo a pregare’…”.
Ma è la posizione centrale nell’organizzazione ospedaliera, con funzioni di controllo e di gestione dei reparti, che soprattutto preoccupa i medici.
Il loro costo inoltre è inferiore rispetto a tutte le altre figure, per non parlare poi del fatto che le suore mai avvierebbero discorsi rivendicativi, né mai costituirebbero Leghe, come pure le suore non sposano né fanno figli.
E nella drammatica situazione dell'assistenza sanitaria, affidata a ‘rozze serventi’, le suore, eccellendo in ‘moralità’ tra un personale laico di pessima reputazione, di maleducazione e di violenza, risultano gradite alla gente, nonostante le citate frequenti situazioni di coazione morale e
discriminazione religiosa verso i degenti.
Quindi sia i medici, che vedono in esse un ostacolo al progresso medicoclinico, sia gli infermieri, che incontrano in esse un impedimento alla propria evoluzione professionale e a qualunque ipotesi di avanzamento di carriera, sia le donne, che le ritengono inadeguate alla moderna assistenza infermieristica poiché credono che le suore antepongano ad essa una assistenza spirituale, sembrano in un primo momento formare un fronte unico per la laicizzazione.
Ma con il passare degli anni, con il lento procedere dello spirito riformatore dell'assistenza, con le mediazioni che si determinano fra i vari schieramenti, in una situazione che non trae spunti e spinte concrete al miglioramento, si fa avanti un fronte di moderazione in cui l'allontanamento delle suore viene addirittura definito rischioso, anche in assenza di un personale laico che dovrebbe sostituirle.

Così si esprime Any Turton, facente parte della colonia inglese residente a Firenze dalla fine del 1800, e tra le prime fautrici ed organizzatrici di scuole per infermiere in Italia, attenta studiosa delle condizioni dell'assistenza: "…è una follia soltanto il pensare ad una laicizzazione generale degli ospedali italiani: la mia esperienza di quasi 15 anni mi convince che, se pur ciò fosse possibile, sarebbe il più grande dei disastri".
La comunità di nobildonne straniere, soprattutto inglesi, ma anche francesi, nella Firenze dell"800-'900, è l'altra presenza da considerare nello scenario storico sociale italiano di questo periodo.
Si tratta di donne ricche, di elevata cultura e di notevole conoscenza del sistema sanitario dei loro paesi; scrittrici e giornaliste, appartenenti alle classi sociali più alte che danno un loro impulso culturale sia con pratiche iniziative personali, sia scrivendo articoli su giornali e riviste per denunciare la drammatica situazione italiana.
Nel contesto analizzato, la spinta più evidente è indirizzata ad una elevazione professionale degli infermieri attraverso un percorso di innalzamento culturale e di preparazione professionale specifica, per riaffermare che questa professione 'non è un mestiere qualunque'.
Spingono in questa direzione: i medici, per vedere correttamente realizzata la modernizzazione di cui sono fautori, le Leghe, che con questi principi vogliono esprimere solidarietà verso gli utenti e cercano un riscatto delle proprie condizioni sociali, legate prevalentemente alla scarsità del prodotto assistenza fornito, le donne, che vedono in ciò una occasione professionale, e gli stessi vertici del clero, che vogliono suore ben preparate (prima Leone XIII nel 1903 e poi Pio X nel 1906).
Leone XIII aveva in animo, poco prima di morire, di: "…arrestare la decadenza delle congregazioni religiose ospitaliere e di creare un nuovo ordine religioso, avente per iscopo l'assistenza immediata agl'

infermi, ma con regole larghissime e istruzione professionale perfetta".
Già sul finire del 1800 a Roma e Napoli, città in cui maggiormente si sviluppa domanda di ricovero ospedaliero da parte di nobili e borghesi, sorgono scuole con impostazione inglese, promosse da nobildonne italiane (Policlinico di Roma nel 1895 e Ospedale Privato di Gesù e Maria di Napoli nel 1896), al fine di avere personale all'altezza del livello delle prestazioni mediche e dell'esigenza della clientela.
Altre esperienze si hanno sempre a Roma, nell'ospedale San Giovanni, a Napoli in un ospedale privato, in una scuola diretta da Grace Baxters, nel Policlinico di Roma, su indirizzo tedesco (Anna Celli), per donne celibi o vedove da venti anni, di durata di sei mesi.
Tutte queste esperienze subiscono grandi limitazioni dal fatto che le nuove infermiere sono sottoposte all'antico personale, a caposala suore sicuramente impreparate, ed allo scarso numero di iscritte.
Nei primi del '900 solo venticinque ospedali hanno una scuola per infermieri (nel 1898 in Gran Bretagna erano oltre 500), ma in esse vi è assenza di programmi e di testi di studio e gli esami ed i titoli abilitanti non sono proprio ortodossi.
C'è sempre da dire che l'immagine dell'infermiere, il tipo di lavoro e la retribuzione, non invogliano persone di buon livello sociale e con un certo livello di istruzione a frequentarle.
Tant'è che nonostante si sia deciso di ammettere solo persone con un grado di scolarità elementare, si è dovuto accettare anche semianalfabeti per necessità di reperire personale.
In relazione a ciò non poche sono le istituzioni ospedaliere che organizzano corsi di scolarizzazione serali per i propri infermieri, come il caso dell'ospedale di Messina, che "a fianco della scuola degl'infermieri aveva una scuola elementare per gl'infermieri, fatta da un impiegato".

Ma nei corsi per infermieri, l’impostazione “medica” non è all’altezza di discenti che si trovano a seguire corsi di tipo universitario inadeguati al loro livello culturale ed al tipo di lavoro da svolgere, in quanto la teoria non è finalizzata alla pratica attività di assistenza.
Il modello più apprezzato dai medici è quello delle scuole inglesi secondo l'impostazione della Nightingale, che forniscono un corredo didattico teorico finalizzato all'acquisizione di capacità pratiche nel corso del tirocinio.
Si intende formare un infermiere che sappia intervenire nella prevenzione e cura delle infezioni ed eseguire tecniche mediche. Ma al di là dei buoni propositi sono pochi i testi e le riviste specialistiche relative alla pratica assistenziale, mentre in Inghilterra sono presenti 140 manuali per infermieri e ben sette riviste.
La riforma Luzzati, non è scevra di critiche relative, come ad esempio per la direttiva di creare una scuola per ogni provincia, e quindi alla abolizione di valide scuole già presenti in ospedali minori, sorte su iniziative di medici o di Leghe o di privati.
Viene proposta una modifica del disegno di legge per l'equiparazione di alcune scuole al "Regina Elena", istituita nel 1910, scuola convitto interna al Policlinico Umberto I di Roma, su modello inglese e sotto direzione di una "Matron" inglese, Dorotea Snell, scuola esclusivamente femminile, di durata biennale.
C’è la tendenza ad affidare le scuole a “maestranze straniere per dare una forma tangibile al concetto nuovo dell’assistenza”.
Grande opposizione al disegno di legge viene anche da parte del movimento femminile, che rimprovera il fatto di non aver previsto l'esclusiva presenza femminile nelle scuole.
Purtroppo il numero delle diplomate, che sarebbe dovuto diventare il nucleo della riforma su scala nazionale, prendendo il posto delle direttrici straniere, è troppo basso, anche a causa della scarsa disponibilità di posti.

Con le diplomate si tenta di avviare nuove esperienze aprendo sedi a Firenze (scuola "Regina d'Italia"), Roma ("Santo Stefano Rotondo"), Milano ("Victor de Marchi" e "Principessa Iolanda").
Sempre per scarsità di iscritti e per impossibilità di svolgere un tirocinio in grandi ospedali, queste esperienze hanno vita breve.
Anche le Leghe, sempre propense allo sviluppo culturale e professionale della categoria, per rendere omogenei i livelli di preparazione e per il riconoscimento della professione con titoli abilitanti statali, si danno da fare per organizzare scuole che creino anche i presupposti, oltre che di una formazione professionale autonoma, di una formazione che dia adito ad un avanzamento di carriera (su base meritocratica), ed alla formazione di una classe dirigenziale.
Esse prendono posizione rispetto alla riforma Luzzati, in termini critici e propositivi (per esempio per l'estensione dell'applicazione della legge anche a realtà già esistenti in ambiti provinciali).
Lo sforzo delle Leghe non viene sempre premiato; la stessa scuola del Policlinico di Roma: "…opera esclusiva degli infermieri stessi i quali l'hanno domandata, l'hanno voluta non solo, ma pretendono che la formazione di vere e proprie scuole ad hoc sia codificata e sancita dal parlamento, così tanto voluta e "sofferta", ha uno scarso numero di iscrizioni e una notevole negligenza nel frequentarla.
In molte scuole si verifica questo evento, in quanto la frequenza ai corsi non è obbligatoria.
Sostanzialmente questa scolarizzazione è molto poco sentita dal personale, il che è dimostrato anche dal semplice fatto che gli infermieri si tirano indietro di fronte al pagamento di una semplice quota per l'acquisto dei libri.
Quindi, la necessità di una riforma, nonostante le speranze suscitate dal disegno di legge del 1910 sulla scuola infermieri, rimane ancora insoddisfatta e la responsabilità di questo ritardo può essere

ricondotta, in parte, alla diversità di obiettivi che avevano i diversi protagonisti della vicenda riformatrice assistenziale.
Il "disegno di legge sulle stazioni municipali per le disinfezioni, sui locali di isolamento per le malattie infettive, e sulle scuole per infermieri e disinfettori pubblici", approvato dal Senato del Regno nel dicembre del 1910, presentato alla Camera dei deputati nel febbraio del 1911, ed allegato alla relazione della commissione nella seduta del 7 giugno 1912, prevede: "…in ogni provincia del Regno…verranno tenuti corsi speciali di scuola per infermieri…, agli iscritti di 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".
Il governo centrale, però, tende a non occuparsi di tale questione, in quanto le linee del riformismo sanitario giolittiano seguono la politica di concedere lentamente, e, quando un rinvio non è più plausibile, di limitare al massimo le spese dello Stato, come se i problemi del settore sanitario possano essere risolti in maniera quasi spontanea.
Giolitti non ritiene che l'iniziativa diretta debba essere dello Stato , puntando piuttosto alla libera iniziativa privata.
Il disegno di legge continua a giacere nei cassetti
Per quanto concerne la questione ospedaliera, Giolitti la prende in considerazione soprattutto sotto gli aspetti finanziario-patrimoniali, tenendo in scarsa considerazione interventi legati alla trasformazione degli ospedali, in cui vanno mutando "ruoli e mansioni delle componenti interne ed i rapporti tra di loro e la più grande massa dei pazienti che reclama prestazioni sanitarie e non benevolenza e ristoro".

Le Opere Pie cominciano a svolgere una nuova funzione sociale, mantenendo comunque il carattere caritativo-assistenziale del vecchio ordine.
Rispetto all'assistenza infermieristica, la prima guerra mondiale coglie l'Italia nettamente impreparata.
Così, come la guerra di Crimea e la guerra di secessione avevano dato la spinta per la riforme assistenziali inglese ed americana, in Italia la consapevolezza della necessità di una riforma sanitaria infermieristica matura con la prima guerra mondiale: l' "ultima epidemia", come la definisce il Cosmacini, la "peste novecentesca".
"…la guerra, divoratrice di vite, ha in ogni tempo recato più o meno profonde modificazioni nell'equilibrio demografico dei popoli travolti nel suo lugubre gioco. Stragi di combattenti, epidemie negli eserciti e, da questi propagate, nelle popolazioni civili, carestia e fame, devastazione di ampi territori, oppressione o fuga dei suoi abitanti…".
Si annulla d'un colpo quel che era accaduto nei decenni anteriori alla guerra: "La popolazione italiana si era andata regolarmente sviluppando attraverso mezzo secolo di pace…Negli ultimi decenni anteriori alla guerra europea, la frequenza delle morti era andata diminuendo…,l'aumento della popolazione era divenuto più celere.
L'assistenza viene erogata da commilitoni privi di qualsiasi preparazione infermieristica, teorica e tecnica, con conseguente diffusione di infezioni e degenerazione delle cure mediche.
"…sulla tavola centrale della sala…nella quale giacevano infermi di tifo, paratifo, e di varie forme reumatiche e dispeptiche, stava un bel secchio smaltato pieno d'acqua potabile, ma senza l'indispensabile complemento di una mestola per estrarre l'acqua. I piantoni adibiti all'assistenza di questi infermi, febbricitanti e assetati, rimediavano alla mancanza afferrando i bicchieri sia dei tifosi sia degli altri infermi, ed immergendoli nell'acqua".

Invano la Federazione sindacale degli infermieri tenta di inserire figure professionali negli ospedali militari; la scelta delle autorità è infatti quella di inviare al fronte tutti gli uomini validi.
La trascuratezza degli aspetti sanitari, come già accaduto nella guerra di Crimea, contribuisce ad aumentare morti, malattie e lesioni permanenti.
Stragi di combattenti creano inoltre un'enorme area assistenziale, che viene in parte compensato da una massa di donne (circa diecimila), provenienti dalla media borghesia, che cercano di dare il proprio contributo attraverso l'attività di volontariato infermieristico.
Questa esperienza contribuirà ad apportare modifiche sostanziali nelle istituzioni sanitarie del primo dopoguerra.
Alla luce di queste evenienze, alcuni mesi prima della fine del conflitto, viene costituita, dal Presidente del Consiglio e Ministro degli Interni Orlando, una 'Commissione Ministeriale' con l'incarico di "rilevare le condizioni nelle quali si svolge l'assistenza infermiera in Italia, in specie avendo riguardo ai grandi Istituti Ospitalieri, e di fare le proposte concrete intese ad adeguare questo servizio alla necessità della moderna tecnica ospitaliera ed agli alti fini umanitari e civili connessi con quello della pubblica assistenza".
La Commissione, istituita con Decreto Ministeriale 8 aprile 1918, è composta da politici (On. P. Bertolini, Presidente), dai dirigenti dei settori direttamente coinvolti, durante la guerra, nella gestione del servizio assistenziale: dai direttori generali della sanità pubblica, militare e della Croce Rossa Italiana, dai rappresentanti dei medici e degli amministratori ospedalieri , dal direttore generale dell'Amministrazione Civile e dall'Ispettore Generale per l'istruzione industriale.
La commissione lavora per più di un anno utilizzando, per l'indagine, sia questionari inviati a quaranta ospedali presi a campione ed a scuole, sia segnalazioni e visite dirette in alcuni di essi, per

raccogliere dati da mettere a confronto con quelli antecedenti alla guerra.
I movimenti femminili pur non essendo presenti, esercitano la loro pressione, trovando l'appoggio dell'On. Bertolini, presidente della Commissione stessa, e nel presidente della Croce Rossa, organizzatrice delle infermiere volontarie durante la guerra.
Il Consiglio Nazionale Donne Italiane, cerca di sfruttare la buona immagine derivata dall'opera svolta dalle infermiere volontarie durante la guerra.
Esse sono considerate "elementi preziosi che … potrebbero essere preziose pioniere di quella 'nurse italiana' che … da tutte è vagheggiata" in sostituzione di quel personale di assistenza ritenuto "di nessuna coltura che si dedica al servizio dei malati per solo scopo di lucro".
Presentano quindi una serie di proposte che vanno dalla esclusività femminile dell'assistenza infermieristica, al convitto obbligatorio, dal reclutamento di donne dal ceto medio, al diploma come riconoscimento professionale.
La Federazione delle Leghe Infermieristiche, invece, poichè troppo grandi sono i problemi di natura economica e di sopravvivenza materiale che la guerra ha creato, sembra porre in secondo piano la richiesta della scuola professionale per infermieri, caposaldo delle rivendicazioni dell'anteguerra.
Nonostante ciò, al Congresso di Bologna del giugno 1919 viene "riconosciuta la necessità di migliorare il servizio di assistenza nell'interesse degli ammalati e del personale addetto a tale funzione".
In realtà fin dall'inizio della guerra la Federazione perde l'appoggio dell'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri, in quanto all'interno della professione medica, i medici socialisti, che avevano sostenuto le leghe infermieristiche, perdono la loro influenza rimanendo isolati a causa del crescente nazionalismo.

A questo proposito è esemplare la vicenda del medico socialista Filippetti, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, costretto a dimettersi nell'agosto del 1917, perché accusato di aver impresso all'associazione un indirizzo “incompatibile con le aspirazioni patriottiche dei medici milanesi”.
Il 3 settembre 1919, la Commissione Ministeriale presenta le conclusioni al Presidente del Consiglio Nitti.
Le conclusioni rispetto alla prima parte del mandato, che comprende la rilevazione delle condizioni in cui si svolge l'assistenza infermieristica, forniscono un'immagine scadente dell'assistenza, delle condizioni igieniche in cui versano i malati e della qualità delle prestazioni erogate.
Dalla relazione di maggioranza della commissione emerge infatti che: “Gli infermi …in un numero assai considerevole di ospedali…sono mantenuti in uno stato di sporcizia penosa e dannosa”, ed ancora: “Moltissime sale operatorie, affatto prive della gaia freschezza, che spirano l’ordine e la pulizia, danno l’impressione di luoghi di dura condanna, di infinita tristezza, davvero d’ogni luce muti”.
Si evidenzia l'incapacità tecnica, l'inadeguatezza morale e la cattiva immagine degli infermieri laici, reclutati inadeguatamente, con mansioni promiscue e sottoposti a condizioni di trattamento economico totalmente insoddisfacenti.
Sempre dalla relazione di maggioranza: “L’assistenza immediata è nella maggior parte degli ospedali affatto insoddisfacente, in molti addirittura deplorevole, in pochissimi appare discreta”; e si descrivono infermieri “rozzi, incivili e parecchi addirittura dediti a vizi, particolarmente all’ubbriachezza ed all’incontinenza, i quali, se pur serbano un certo ritegno durante i turni di servizio, fuori dell’ospedale tengono notoriamente una cattiva condotta”; ed inoltre si riferisce su: “…un gran numero di infermiere e di infermieri trascurati in tutta la persona, con le capigliature disordinate, con le

sopravesti sudice,…con abiti e calzature fruste, con biancheria più che sospetta, spiranti non di rado perfino una igienica repugnanza".
Del personale religioso vengono invece evidenziati molti limiti, in particolare: l'organizzazione interna, la dipendenza gerarchica e soprattutto l'eccessivo rigore che vieta alle suore di prestare cure intime, compromettendo molto l'assistenza, che si limita per questo alla somministrazione del cibo, della terapia, ed al rilevamento dei parametri vitali.
Tutta la Commissione è concorde su queste conclusioni, mentre sulle proposte per risolvere i problemi individuati, si verifica una profonda divisione che porta alla presentazione di due relazioni diverse, una prodotta dai rappresentanti dei medici, l'altra dagli altri membri, che rappresentano la maggioranza.
Questa divisione è anche determinata dal fatto che la maggioranza accoglie la figura della Matron, direttrice dell'assistenza, dalla riforma infermieristica inglese, mentre la minoranza, composta dai medici, manifesta il timore verso questa autorità che può mettere in discussione la centralità della figura del medico.
Per affrontare questa situazione, la maggioranza della Commissione, oltre a far proprie le proposte votate dai congressi dei medici degli anni precedenti- la sostituzione del personale maschile con quello femminile, l'istituzione di scuole governative nelle province, l'obbligo di assunzione negli ospedali dei soli infermieri muniti di diploma, il miglioramento dei corsi e delle condizioni relative al vitto e all'alloggio per gli infermieri, come pure l'aumento dei loro stipendi - considera necessaria la riforma infermieristica inglese promossa dalla Nigthingale, e si esprime affinché venga adottata anche in Italia.
I punti essenziali della riforma inglese prevedono che l'assistenza infermieristica sia affidata a personale femminile proveniente da ceti sociali mediamente elevati, composto da nubili o vedove, che la formazione del personale avvenga in scuole convitto, scuole annesse

ai grandi ospedali, ed infine che la direzione sia affidata ad una Matron, infermiera dirigente con piena autorità nello svolgimento delle sue funzioni.
"…Assistenza affidata alla donna poiché le più squisite doti femminili quali la devozione, la pazienza, la dolcezza, la delicatezza, l'istinto materno vi sono particolarmente adatte per non dire indispensabili"; a donne "di civile condizione fornite di coltura generale che avrebbero introdotto negli ospedali la pulizia, la decenza, l'ordine…"; "donne sobrie e oneste sino a sdegnare qualsiasi dono da parte dei malati" capaci di risanare la piaga dello sfruttamento dei malati attraverso le mance.
Benché non suore, le infermiere devono dunque essere donne che, pur non sentendo la vocazione religiosa, abbiano doti di carità, di devozione e di servizio verso il malato.
Dalle congregazioni religiose, F. Nigthingale riprende infatti l'alunnato, l'internato, l'ordinamento, la carriera gerarchica e la disciplina.
Si propone così, sull'esempio dell'Inghilterra, l'impiego di infermiere qualificate negli ospedali civili, ma anche in quelli militari, nei manicomi, nelle case di salute private, e nell'assistenza a domicilio.
Altri settori sono individuati nei ricoveri per gli inabili al lavoro, nelle prigioni, nelle scuole, nelle industrie, sulle navi passeggeri, nei laboratori di sorveglianza igienica quali cooperatrici nella campagna antitubercolare.
Si individua nel convitto la possibilità di dare condizioni confortevoli alla vita delle allieve, con il preciso significato di controllo su tutta la loro vita.
Strettamente affine a questo aspetto è la richiesta del nubilato in quanto si ritiene il matrimonio incompatibile con il lavoro infermieristico.

Nessuna attenzione viene data alle richieste della Federazione Infermieri che vede così preclusa alla maggioranza dei propri aderenti maschi la possibilità di miglioramento professionale ed economico.
La riforma infermieristica prevede, così come in Inghilterra, la scuola annessa a grandi ospedali pubblici allo scopo di dare una impostazione qualitativamente alta alla formazione, grazie anche allo svolgimento di un tirocinio praticato in situazioni in cui sono presenti le più svariate patologie.
Per l'ammissione nella scuola, oltre alla selezione basata su requisiti iniziali, è previsto un periodo di prova di due mesi prima dell'ammissione definitiva; sono previste inoltre prove d'esame per passare al secondo ed al terzo anno, ed un esame finale per conseguire il diploma.
L'intera Commissione si divide su questioni che riguardano la gestione e la direzione della formazione e dell'assistenza diretta, arrivando a presentare una relazione di maggioranza, presentata dall'on. Bertolini, ed una di minoranza, presentata dal Presidente degli Ospedali di Roma Lusignoli.
Medici ed amministratori rivendicano il monopolio delle funzioni di direzione e la gestione diretta della formazione, collocando la professione infermieristica in una posizione di netta subalternità.
"Noi consideriamo l'assistenza infermiera come un gradino…della ben connessa scala, al cui vertice splende il fulgore della scienza medica".
Per l'on. Bertolini, invece, la chiave di volta di tutta l'impostazione riformatrice è incentrata nella figura della direttrice, una infermiera con ampi poteri discrezionali sull'ordinamento interno dei servizi, sui servizi accessori e sulle allieve, le infermiere e le caposala.
I sanitari si devono rivolgere direttamente, o indirettamente attraverso le caposala, alla Matron.

E’, in pratica, l’affermazione della necessità della dirigenza infermieristica, che per vedere il primo riconoscimento e la sua realizzazione, dovrà attendere oltre ottanta anni.
In questa impostazione, le stesse autorità amministrative non possono avere ingerenza diretta rispetto al personale di assistenza, su cui infatti la Matron esercita un potere amplissimo, essendo sottomessa soltanto all'autorità
superiore dell'ospedale.
Ma è proprio in questa dinamica direzionale che i medici, rappresentati da Lusignoli e Ronzani nella relazione di minoranza, vedono la disintegrazione dell'assistenza infermieristica ed il suo distacco dal servizio sanitario e dalla stessa autorità responsabile, in quanto una concentrazione dei poteri in mano ad un'infermiera è considerato un pericolo di esautorazione delle autorità sanitarie mediche e amministrative.
Quindi, se da una parte la Nightingale afferma che è “pessimo sistema l’affidare la direzione dell’assistenza diretta ai medici”, i medici prospettano una situazione di caos negli ospedali se: “l’infermiera, o per negligenza o per insufficienza, o per malanimo, non esegue quanto le è prescritto”, ed inoltre “il medico…non si adatterà a subire giudizi di chi scientificamente e professionalmente egli sente, e lo è, a sé inferiore”, in quanto egli è il “depositario dei processi evolutivi che si affermano in un campo, che è chiuso alla comprensione delle infermiere, anche se pervenute al massimo grado della gerarchia”.
L'autorità della Direttrice, pur restando ampia, viene quindi circoscritta ai soli reparti scuola e non a tutta l'assistenza immediata, come avviene nella maggior parte degli ospedali inglesi, poiché ancora in Italia non è pensabile che i medici siano esclusi dall'ingerenza riguardo all'assistenza infermieristica, segno di un Sistema Sanitario sempre più basato sulla centralità del medico.

Viene inoltre proposta una gradualità nell'attuazione del cambiamento, iniziando con una sperimentazione in due-tre ospedali, tra cui il Regina Elena, la cui scuola viene portata ad esempio, che assume l'assistenza completa di due padiglioni di medicina e due di chirurgia, con la collaborazione di infermiere e caposala inglesi, che verranno a poco a poco sostituite da infermiere italiane diplomate nella stessa scuola.
Per quanto riguarda gli infermieri laici e le suore, si pensa ad un ricambio fisiologico di questo personale con quello nuovo, poiché, per il momento, non si può fare a meno di loro.
Il sindacato degli infermieri continua a centrare le proprie rivendicazioni soprattutto in campo salariale e non sembra ancora consapevole della tendenza, in atto, di escludere gli uomini dalle scuole professionali.
E' solo alla conclusione dei lavori della Commissione, nel mese di ottobre del 1919, che la Federazione si rende conto dell'esclusione e si adopra per ottenere che all'interno di una nuova commissione di studio sia compresa una loro rappresentanza.
Questa nuova Commissione, con rappresentanti dell'amministrazione centrale, delle amministrazioni ospedaliere e del sindacato, viene costituita nel gennaio del 1920 allo scopo di progettare un ‘regolamento generale’ per il servizio amministrativo e sanitario degli ospedali, dal cui lavoro si giunge all'emanazione del Decreto n. 2137 del 12 novembre 1921, “Regolamento per il personale salariato degli ospedali e dei manicomi”, in cui viene prevista la possibilità per gli uomini di accedere ai corsi istituiti dalle amministrazioni ospedaliere.
Ma nel nuovo Disegno di Legge sulle scuole per infermieri, presentato nel dicembre 1921 dal Presidente del Consiglio Bonomi, la linea governativa non sembra prendere in considerazione le rivendicazioni del sindacato.

Infatti, nel Disegno di Legge, si trovano citate esclusivamente le proposte contenute nella relazione della commissione ministeriale del 1919.
Il Disegno di Legge proposto da Bonomi lascia inoltre scoperta la questione del ruolo della Matron, rimandando ad un successivo regolamento la definizione delle sue competenze.
Con l'avvento del fascismo, il nuovo governo si adopera per conquistare il favore dei medici, riducendo al silenzio le Leghe sindacali infermieristiche.
Viene emanato il Regio Decreto Legge n. 1832, 15 agosto 1925, convertito nella Legge n. 562 il 18 marzo 1926, in cui viene prevista l'istituzione delle Scuole Convitto professionali per infermiere, di durata triennale, a cui si può accedere con il titolo di quinta elementare.
Con il regolamento attuativo, emanato con il R.D. 2330 del 1929, si introduce anche l'istituzione di Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici, a cui si può accedere con il diploma di infermiera professionale, avviando una diversificazione e specializzazione professionale, in modo da rispondere così all'esigenza sanitaria del Paese nella lotta contro la malaria e la TBC e per elevare le condizioni igieniche della popolazione.
Viene inoltre istituita l' "Abilitazione a Funzioni Direttive dell'assistenza infermieristica (caposala)".
L'obiettivo della Legge 562 è non solo quello di formare adeguatamente personale di assistenza sanitaria, ma, con la formazione dei quadri dirigenti dell'assistenza infermieristica, si prevede la sostituzione graduale dei posti di caposala con personale diplomato.
L'abilitazione alle funzioni direttive (caposala), prevede un certificato di abilitazione conseguibile con un anno di studi complementare, ma

tale certificato è solo un titolo preferenziale, in quanto non è considerato obbligatorio in ambito ospedaliero, mentre è considerato tale per ricoprire incarichi di direzione nelle scuole convitto.
Si stabilisce che l'obbligatorietà dei requisiti per le mansioni di caposala venga definita entro l'arco di un decennio, tempo nel quale le amministrazioni ospedaliere dovranno coprire tutti i posti di caposala con personale diplomato.
Nel frattempo viene concesso di mantenere il ruolo direttivo a chi già lo ricopre al momento della pubblicazione della legge, costituendo con ciò una delle prime sanatorie sul personale infermieristico.
Anche il possesso del diploma, nel caso di assunzioni per assistenza immediata, rimane solo 'titolo di preferenza'; e la stessa istituzione delle scuole convitto non è resa obbligatoria, rendendo così difficile il rinnovamento qualitativo auspicato.
In realtà, più che sullo sviluppo delle scuole infermieristiche, lo Stato cerca esclusivamente di esercitare un controllo sulle scuole avviate, negli anni precedenti, dai privati e dalla Croce Rossa.
Le amministrazioni ospedaliere, da parte loro, si allineano a questa tendenza, sia per non dover affrontare i costi di gestione delle scuoleconvitto, sia per evitare gli aumenti di salario che conseguirebbero all'assunzione di personale qualificato; esse non tengono ovviamente conto del risparmio che deriverebbe da "un'intelligente assistenza sulle spese di
materiale dei consumi e nel numero delle cure mediche e chirurgiche, abbreviando così la durata della degenza", nonché di quello prodotto, senza comportare spese, dall'esercizio dell'assistenza erogata dalla stessa scuola.
Intanto a Roma, il 16 febbraio 1919, si costituisce l'Associazione Nazionale tra le Infermiere Italiane (A.N.I.T.I.), tra le infermiere diplomate e le volontarie che hanno prestato assistenza durante la guerra, con lo scopo di incrementare l'assistenza alle infermiere, il

mutuo soccorso tra le socie in caso di malattia, e la previdenza, mediante l'assicurazione di una pensione di invalidità e vecchiaia.
Essa entra a far parte, come membro effettivo, del Consiglio Internazionale per le Infermiere (C.I.I.), Federazione Indipendente, non governativa, di Associazioni Nazionali Infermieristiche, fondata nel 1899, il cui scopo statutario è quello di promuovere forme di associazione a livello nazionale ed aiutarle a migliorare gli standard qualitativi dell'assistenza e della preparazione degli infermieri.
L'A.N.I.T.I. riesce ad ottenere la qualifica impiegatizia per le infermiere.
Il segno definitivo di una subalternità ai medici, è dato quando l'associazione, convocata all'interno di una commissione di studio sulla riforma, si oppone al riconoscimento del ruolo della Matron, convergendo con le posizioni espresse dalle associazioni dei medici.
Sotto il governo fascista, i medici premono per un'interpretazione ancora più restrittiva della riforma, e chiedono che la distribuzione degli insegnamenti e degli insegnanti e l'organizzazione della scuola stessa sia affidata al direttore medico dell'Ospedale.
Sia l'A.N.I.T.l. che le associazioni dei medici si battono per recuperare inoltre la funzione del personale religioso di assistenza, oggetto di dure critiche fino a pochi anni prima.
Il quadro definitivo che scaturisce da questi anni, è quello di un personale infermieristico, di cui una sola piccola parte qualificata, ancora molto lontano dalle prospettive di crescita culturale e professionale auspicate dalla riforma.
Inoltre si va costituendo una componente professionale intermedia tra il personale sanitario e quello di assistenza immediata, diplomata, di cui faranno parte gli infermieri generici in altre future riforme.
Il disegno medico-ospedaliero cerca in qualche modo di recuperare il ritardo nella costituzione di "nuove figure professionali che in altri paesi sono già diventate protagoniste della riforma ospedaliera".

Durante il regime fascista, si ha un decadimento della professione, dovuto soprattutto al sopravvento della classe medica.
La ventilata riforma sulla dirigenza infermieristica non decolla, e si fa perno sulla subordinazione della donna, in ambito assistenziale.
Il 29 luglio 1933 viene emanato il R.D. 1703 per l'istituzione e l'organizzazione delle prime scuole e dei corsi per infermiere professionali e per assistenti sanitarie vigilatrici.
Le mansioni delle infermiere saranno successivamente definite e regolamentate con il R.D. 2 maggio 1940, n. 1310, e nello stesso decreto verranno istituiti i corsi per infermieri generici, figure di supporto alle infermiere professionali.
Altri Decreti vengono emanati, relativamente alla legislazione sanitaria: il R. D. n. 1265, del 27 luglio 1934, in cui viene regolamentato l'esercizio della professione medica, di quella infermieristica e delle altre professioni sanitarie ausiliarie, che diventano tutte soggette a vigilanza; il R. D. n. 1631, del 30 settembre 1938, legge Petragnani, che riguarda soprattutto i criteri per la determinazione della struttura interna ed organizzativa degli ospedali, che rimangono, dal punto di vista legislativo, regolati ancora dalla legge Crispi del 1890 sulle Opere Pie; e le istruzioni per le nuove costruzioni ospedaliere, con Decreto del Capo del Governo, del 20 luglio 1939.
Nel 1940, con la L. 1098, viene fatto un altro passo nell'ambito della definizione delle professioni sanitarie, con l'istituzione di scuole per Vigilatrici d'Infanzia, la cui organizzazione rispecchia quella delle scuole per Infermiere Professionali.
Per quanto riguarda la costituzione di nuove scuole per infermieri, è la C.R.I., soprattutto, ad impegnarsi in questo campo.
Le associazioni delle infermiere, come ogni altra forma di associazione, o di istituti quali Ordini o Collegi, vengono abolite per

legge, con l'istituzione obbligatoria dei sindacati fascisti, sindacati provinciali di categoria.
L'A.N.I.T.I. è costretta ad uscire dal C.I.I., il cui statuto non consente 'adesione di associazioni nazionali non libere, in quanto presupposti per 'adesione sono, oltre la riconosciuta rappresentatività per il proprio Paese: l'autonomia, la aconfessionalità, la apoliticità e la democraticità.
Dopo la caduta del fascismo e lo scioglimento delle sue istituzioni, sorgono nuove associazioni infermieristiche provinciali, che, nel 1946, danno vita alla Consociazione Nazionale Associazione Infermiere/i e altri Operatori Sanitario-Sociali (C.N.A.I.O.S.S.), che diviene membro del C.I.I. nel 1949.
Parallelamente sorgono associazioni di ispirazione cattolica, ed in seguito se ne aggiungono altre di infermieri specializzati e di infermieri dell'area didattica ed organizzativa dell'assistenza infermieristica.
Finalità di tutte queste associazioni, è quella di promuovere e favorire il continuo miglioramento culturale e professionale degli iscritti, innalzare il livello qualitativo dell'assistenza e dei servizi sanitari, come pure dello status degli infermieri, promuovendo norme legislative ed iniziative di ricerca.

Dal secondo dopoguerra alla nascita del SSN.
Dopo la seconda guerra mondiale, e la caduta degli Stati totalitari in Europa, si vanno sviluppando nuovi princìpi che possano far risollevare l'intera società dagli orrori della guerra e delle dittature.
I diritti dell'uomo, offesi e calpestati dalla loro negazione e dalla privazione delle libertà, e da quanto si è verificato nel corso delle ben note vicende che hanno percorso e ferito l'Europa intera, cercano una loro riaffermazione.

Nel 1946 viene costituita l'O.N.U., organismo di diritto internazionale, in seguito ad un accordo tra le potenze alleate e vincitrici della guerra.
Obiettivi dei fondatori, riportati nel preambolo dello statuto, sono quelli di "… salvare le future generazioni dal flagello della guerra, … riaffermare la fede nei diritti fondamentali dell'uomo, nella dignità e nel valore della persona umana, nell'uguaglianza dei diritti degli uomini e delle donne e delle nazioni grandi e piccole …".
Nell'articolo 55 si affermano gli impegni di mantenere la pace e la sicurezza internazionali, elevare il tenore di vita e creare condizioni di progresso e sviluppo economico e sociale, risolvere problemi sanitari internazionali, rispettare i diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali per tutti.
Nel 1948 viene adottata all'unanimità, dall'assemblea, la "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo", istanza di alto valore morale, che definisce i principi e gli ideali da assumere come guida, da tutti i popoli, per garantire ad ognuno i diritti e le libertà della persona umana.
Si comincia ad affermare , su questo documento di diritto internazionale, il principio del diritto alla salute ed alle cure sanitarie (art. 25).
Nel 1946 viene istituito, presso il Ministero dell'Interno, l'"Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità", primo passo per la costituzione del Ministero della Sanità, naturale evoluzione di una sanità che esce dagli ambiti di controllo della sicurezza sociale e si avvia in un alveo suo proprio: quello della tutela della salute del cittadino e della società intera.
L'Alto commissariato invita anche la C.N.A.I.O.S.S. a partecipare all'elaborazione della riforma del T.U. delle leggi sanitarie, per ciò che concerne la legislazione infermieristica.

Il 22 luglio del 1946, viene costituita l'O.M.S., istituzione di sanità pubblica dell'O.N.U., i cui scopi sono quelli di programmare ed attuare una politica sanitaria mondiale, finalizzata al miglioramento ed all'elevazione del livello delle condizioni igienico-sanitarie e sociali di tutti i popoli.
Nel suo atto costitutivo si dichiara che "… il possesso del migliore stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano …".
In Italia, nel 1947 viene approvata e promulgata la "Costituzione della Repubblica Italiana", che entra in vigore il primo gennaio del 1948.
In essa vengono affermati i diritti fontamentali dell'uomo: "La Repubblica garantisce i diritti inviolabili dell'uomo…" (art.2), e: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli
ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana …" (art.3).
L'art. 32 sancisce il diritto alla salute, come diritto fondamentale del cittadino: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".
Inoltre vi è l'attribuzione alla potestà legislativa delle Regioni della "…assistenza sanitaria ed ospedaliera …"(art.117), come pure l'assegnazione delle "… funzioni amministrative …" (art.118) relative.

Ma bisogna attendere il 1970, anno in cui iniziano a funzionare le Regioni, ed il 1972, anno in cui si ha il trasferimento a queste delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (con interventi di tipo preventivo, curativo, riabilitativo), con la creazione dei
relativi uffici e l'inserimento di personale, per vedere concretizzarsi il dettato costituzionale.
Per lunghi anni, la sanità si mantiene frazionata tra apparato Statale, Enti territoriali, Enti ospedalieri, assistenziali e previdenziali, finanziati da lavoratori e datori di lavoro, sull'esempio dei modelli francese e tedesco.
Ma regna una certa confusione ed un notevole spreco di risorse.
E' utile ricordare come, nel 1965, un editoriale del settimanale inglese "The Economist", dichiari: "Ben undici grandi mutue e un centinaio di minori si occupano dell'assistenza sanitaria e della previdenza malattie di tutte le
categorie possibili ed immaginabili di cittadini … Le autorità dichiarano che le mutue si occupano della salute del 90% della popolazione. …
Un'indagine del Ministero della Sanità … rivela che il numero delle persone assistite dalle undici grandi mutue ammonta a 68.427.112 unità, circa sedici milioni più di quanto conti tutt'intera la popolazione italiana".
La salute come diritto del cittadino, e non come concessione caritatevole, comincia a trovare concreta affermazione nel momento in cui, nel 1956, entra in funzione la Corte Costituzionale, che con varie sentenze dichiara incostituzionali le leggi del Parlamento che si pongono in contrasto con l'Art. 32 del dettato Costituzionale, e viene nominato dall'Alto Commissariato una Commissione di studio per adeguare la legislazione all'Art. 32 della Costituzione.

Nel 1958, con la L. 13 maggio, n. 296, viene istituito il Ministero della Sanità, e si concretizza sempre più la consapevolezza del diritto alla salute come diritto del cittadino.
Con la nuova istituzione, viene unificata l'autorità competente in materia sanitaria, si supera il concetto di sanità intesa come ordine pubblico, e, in attuazione dell'Art.3 della Carta Costituzionale, la si concepisce come compito generale di provvedere alla salute pubblica.
Al nuovo Ministero si affiancano l'Istituto Superiore di Sanità ed il Consiglio Superiore di Sanità.
La crisi ospedaliera del secondo dopoguerra, da alcuni riferita alla carenza di posti-letto e delle dotazioni tecniche, da altri al mancato adeguamento delle funzioni ospedaliere alle mutate esigenze sociali, si ritiene che possa risolversi con un ammodernamento amministrativo e gestionale.
C'è da considerare anche la crisi che colpisce i medici ospedalieri, dovuta al loro stato giuridico insoddisfacente, a criteri concorsuali arbitrari, a retribuzioni inadeguate, che determina un loro abbandono degli ospedali ed una serie di proteste che negli anni sessanta sfociano in una serie di scioperi bianchi.
La 'questione ospedaliera', nel suo insieme, è la spinta verso la riforma ospedaliera: l'ospedale è l'elemento centrale di un'assistenza sanitaria in cui la medicina pubblica si possa realizzare ed evolvere in dovere sociale, e tendere ad un'assistenza intesa in termini di diritto umano e civile, di
"diritto del malato".
Nel 1965 viene scritto un "Libro banco sulla riforma ospedaliera", secondo cui : "l'ospedale dovrebbe essere un grande concentrato di uomini e di mezzi attraverso il quale si esplica la parte più importante, più delicata, più impegnativa delle attività preventive, diagnostiche e terapeutiche di una
moderna medicina ispirata a criteri sociali".

L'ospedale va inserito nel territorio ed articolato con gli altri presidi sanitari.
La riforma così auspicata viene definita "senza spese", come dichiara anche il Ministro della Sanità, Giacomo Mancini, socialista, "una efficace azione diretta a razionalizzare le spese di assistenza …".
Il Ministro vuole promuovere un'organizzazione ospedaliera intesa come pubblico servizio, finalizzato alla soddisfazione delle esigenze sanitarie dei cittadini, inserito in un sistema di sicurezza sociale, ed organizzato come un' impresa, senza trascurare per questo il suo vero obiettivo : la risposta in termini umani e sociali ai bisogni dei malati.
Inoltre, da un'assistenza *ad personam*, si prospetta che l'impegno ospedaliero si estenda anche *ad societatem,* nei termini di prevenzione e promozione della salute collettiva.
Con Mancini viene insediata, nell'aprile 1964, la 'Commissione per la riforma ospedaliera', con a capo il chirurgo Dogliotti.
Da un'inchiesta del settimanale 'Tempo', svolta nel 1963-1964, emerge un quadro della situazione assistenziale ospedaliera in cui, a Roma, "…degenti devono essere sistemati alla meglio un poco dappertutto, persino in giacigli
improvvisati per terra, nelle corsie dei visitatori…", a Napoli "gli ospedali divengono sempre più simili a lazzaretti", in Puglia, Basilicata e Calabria "i malati sono costretti a portarsi da casa posate e stoviglie", in tutto il Sud vi sono "magnifici ospedali costruiti dieci anni fa e mai finiti".
"Sfilano davanti gli occhi corsie sovraffollate di letti e di brande, code e calvari di malati questuanti, reparti per acuti trasformati in cronicari, repartimper cronici trasformati in luoghi di desolazione e di abbandono, nuovi ospedali inutilizzati e in degrado, nuove attrezzature inutilizzate e obsolete, e soprattutto le facce, i tanti volti di una umanità anonima dov'è dipinta una domanda di salute in

continuità con altri bisogni e in stridente contrasto con una risposta che manca".
Il senatore Mariotti, nuovo ministro della Sanità, dichiara che il primo punto della riforma che egli vuole attuare, è l'articolo 32 della Costituzione che afferma il diritto di ogni cittadino ad adeguate cure ospedaliere.
Nel "Piano quinquennale di sviluppo economico 1965-69" del Ministro del Bilancio, il socialista Giolitti, è incorporato il "piano Berlinguer", che prevede un 'Servizio Sanitario Nazionale', articolato sul territorio in Unità Sanitarie Locali, che, introducendo il principio della sicurezza sociale, svolge attività igienico-preventiva e di difesa ambientale.
Il S.S.N., articolato in livelli comunale, provinciale e regionale, è finanziato dallo Stato con i contributi dei cittadini, proporzionalmente alla loro capacità economica.
Già nel 1960, su iniziativa della CGIL, aveva preso corpo una proposta di legge, la n. 2413 del 26 luglio, "per l'istituzione di un sistema di sicurezza sociale", da realizzare con una riforma ispirata a criteri di: programmazione generale e coordinamento nazionale della "protezione sanitaria" da parte
del Ministero della Sanità; regolamentazione e gestione dei "servizi sanitari sociali" decentrati e delegati a Comuni, Province, Regioni; organizzazione con propri organi politico-amministrativi e tecnico-gestionali con funzione di prevenzione e profilassi individuale, collettiva, ed ambientale, di medicina del lavoro, di diagnosi, terapia, recupero, riadattamento, e di protezione medico-sociale per l'infanzia e la maternità.
Si sente l'esigenza di uscire da una situazione in cui la "confusione, il costo e lo spreco contraddistinguono tutto il sistema … e pochi sono coloro che sanno con certezza quali siano i loro diritti e pochissimi coloro che sono soddisfatti dell'assistenza che ricevono".

Si vuole creare un ospedale che sia l'anello di una rete sanitaria, integrato con un'assistenza territoriale, che includa, oltre la terapia riparatrice, gli aspetti della prevenzione e della riabilitazione.
Ma la Commissione per la riforma presenta, nell'ottobre del 1964, le conclusioni del suo lavoro, in cui viene data assoluta priorità alla riforma ospedaliera rispetto a quella sull'intero sistema sanitario.
Premesse indispensabili sono quelle di abbandonare la concezione caritativa dell'assistenza, e di trasformare l'Opera Pia in azienda.
Lo stesso Dogliotti spinge perché la funzione ospedaliera sia essenzialmente terapeutico-riparativa.
Non mancano critiche al progetto di riforma, sia perché si vuole fare una riforma degli ospedali prima di una riforma sanitaria, che è come partire da un aspetto del problema per poi affrontare il tutto, sia perché anche la fiscalizzazione è considerata un intervento parziale, prima di una riforma generale del fisco.
Nel 1965 viene presentato al governo il progetto Mariotti, che si basa su quattro principi cardine: creazione degli "enti sanitari ospedalieri" con caratteri di territorialità; elaborazione di "piani ospedalieri" regionali quinquennali, coordinati da un piano ospedaliero nazionale; assistenza ospedaliera gratuita a spese dello Stato mediante un "fondo nazionale ospedaliero"; disciplina e controllo da parte dello Stato delle case di cura private.
Non mancano forti opposizioni a queste proposte: da parte dei medici, che vedono in essa il tentativo di statalizzazione e standardizzazione dell'assistenza, come pure da parte di politici, che non intendono perdere, con il nuovo assetto istituzionale, antichi poteri.
Nel 1967, il 27 luglio, viene approvato il "Piano di sviluppo quinquennale", la legge n. 685; la riforma sugli "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" viene votata l'anno dopo, il 12 febbraio 1968, legge n. 132, la prima vera riforma repubblicana in materia di sanità

che istituisce gli enti ospedalieri, in sostituzione delle Opere Pie e degli Enti di Assistenza e Beneficenza, unificando, su tutto il territorio nazionale, l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera.
Questa riforma conferma la perdurante volontà di mantenere la centralità dell'ospedale nel campo dell'assistenza sanitaria.
Da essere, all'inizio dell'ottocento, centro di beneficenza e carità cristiana, esso si è trasformato gradualmente, nel 1900, prima in centro di laica ospitalità, e poi centro di assistenza con finalità produttive di salute, ovvero l'elemento centrale del progetto di salute pubblica, intesa come benessere collettivo.
Con i progressi della medicina e con gli sviluppi della mutualità, esso assume così gli aspetti di un grande laboratorio, e vede la presenza di medici ed infermieri sempre più specializzati, oltre a quella di nuove figure, i tecnici, sorti in seguito all'introduzione di nuove tecnologie.
Nell'ospedale si garantiscono le cure a tutti: ai poveri, le cui spese sono sostenute dai Comuni, ed ai semiabbienti, sostenuti dalle assicurazioni, con in testa l'I.N.A.M..
La Legge 132 prevede il passaggio dei poteri sugli ospedali dal Ministero degli Interni a quello della Sanità, la trasformazione degli ospedali in enti con finalità sanitarie più vaste della sola diagnosi e terapia, la loro classificazione in ospedali di zona, provinciali, regionali, la cui programmazione e pianificazione saranno da attribuire alle regioni.; la gestione dell'ente ospedaliero è affidata ad un consiglio d'amministrazione.
Questa riforma, però, crea gravi situazioni di disagio nei malati, e se nei primi anni sessanta scioperano i medici, ora sono i ricoverati a scioperare.
Occupano alcuni locali dell'ospedale S. Giovanni di Roma, per protestare contro "le condizioni inumane nelle quali versano 2.200 ricoverati, costretti a ricevere assistenza in uno stato precario,

caotico, discontinuo, a volte anti-igienico, in un ospedale sufficiente ad accogliere non più di 800 degenti".
"La macchina dell'ospedale gira male, la degenza si allunga, i posti-letto veramente disponibili diminuiscono, l'affollamento cresce, la macchina si inceppa ancor di più".
Crescono i problemi di raccordo con i reparti ospedalieri, sorgono problemi di rapporto tra il personale sanitario e i degenti a scapito dell'efficacia; crescono i costi, con i prolungamenti dei tempi di degenza, a scapito dell'efficienza (efficienza è il rendimento inteso come rapporto costi/benefici, valutati in termini di riduzione della mortalità, morbosità, sofferenza e disuguaglianza di fronte alla malattia; efficacia è l'idoneità di un'attività medico-sanitaria a modificare in meglio il decorso naturale di una malattia).
Tutto ciò "disumanizza ciò che dovrebbe essere un rapporto profondamente umano e personale".
L'ospedale diventa un esamificio spersonalizzato, e non sono rari i casi di esecuzione di atti diagnostici e terapeutici non sempre necessari.
Il progressivo invecchiamento della popolazione, ed il relativo aumento delle patologie cronico-degenarative, produce l'effetto di una crescente ospedalizzazione di anziani, ricoverati al primo sintomo da medici della mutua privi di qualunque principio di collaborazione con gli ospedali, inoltre spesso questi anziani provengono da situazioni familiari che non possono tollerare la presenza in casa di un ingombrante vecchio ammalato.
Grandi responsabilità vengono inoltre attribuite al sistema di gestione politica degli ospedali, esercitata in forma di gestione di potere e non di servizio, secondo logiche partitiche e clientelari.
La legge Mariotti produce una nuova corporazione: i burocrati ospedalieri, che sottostanti a regole politiche, non devono rendere

conto a nessuno del proprio operato; l'ospedale diviene un'industria dove tutti, tranne i malati, esercitano diritti.
La riforma ospedaliera quindi non produce l'avviamento di una riforma sanitaria globale, ed accentua gli interventi sulla sola realtà biologica di un individuo avulso da un contesto socio-economico-ambientale, scavando un solco tra la medicina ospedaliera, dotata di strumenti tecnici avanzati, e quella cosiddetta minore, praticata dai medici di famiglia.
La riforma sanitaria che si vorrebbe, invece, punta al superamento del sistema mutualistico, alla fiscalizzazione degli oneri, alla pianificazione degli interventi tramite i Piani Sanitari Nazionali (PSN), all'umanizzazione dell'ambiente, alla riforma dei rapporti tra sanità ed industria farmaceutica.
Si vorrebbe raggiungere l'obiettivo di una gestione democratica delle istituzioni sanitarie e basare la politica sanitaria, in modo prioritario sulla prevenzione, andando ben oltre quella che è l'unica forma di prevenzione praticata dalla medicina clinica, e cioè la diagnosi precoce.
Ma con l'andare del tempo, con il progressivo logoramento di formule politiche, che associano nel governo democristiani e socialisti, con il rapido alternarsi dei governi, il prevalere ora di questa ora di quella corrente politica, con relative proposte e bozze di legge, non arriva a maturare quella riforma sanitaria il cui progetto originario risale al "progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano" elaborato, fin dal 1945, dal medico igienista Giovanardi.
Nel frattempo, nel 1970, iniziano a funzionare le Regioni, e nel 1972 il 14 gennaio, con D.P.R. n. 4, si provvede a trasferire loro le funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.
Senza una riforma nazionale, i governi regionali iniziano a legiferare in ambito sanitario, anticipando il governo centrale.

In alcune Regioni del Nord Italia vengono creati i “Consorzi di Base”, vere forme embrionali di USL, che poco a poco vengono istituiti anche in altre Regioni.
Tra il 1972 e il 1975 vengono esaminate dal parlamento ben quattro proposte di riforme della sanità: quella socialista, presentata da Mariotti nel 1972, quella comunista presentata da Longo nel 1973, quella democristiana di De Maria nel 1973, e quella liberale, di De Lorenzo, del 1975.
Un comitato incaricato di mediare e unificare tutte queste proposte, elabora un testo unificato che però, con la caduta del governo, non prosegue il suo iter parlamentare.
Nel frattempo una “pre-riforma” viene fatta: la L.368, del 17 agosto 1974, “Norme per l’estinzione dei debiti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri”.
Lo Stato si accolla tutti i debiti delle mutue e viene stabilito , una volta trasferite alle Regioni tutte le competenze in materia di sanità, il blocco delle convenzioni con le mutue dal primo gennaio 1975, ed il loro scioglimento entro il 30 giugno 19771.
Dal campo internazionale, intanto, un forte impulso alle riforme in campo sanitario viene dato dalla XXX Assemblea Mondiale della Sanità, tenuta dall’OMS nel maggio del 1977, in cui viene presentato il “Progetto salute per tutti nell’anno 2000”, con 38 obiettivi specifici, e nel 1978 dalla “Conferenza internazionale sull’assistenza sanitaria di base”, tenuta ad
Alma-Ata, congiuntamente dall’OMS e dall’UNICEF.
Sempre nel 1978 vediamo maturare le leggi tanto auspicate.
La prima, del 13 maggio, è la L.180, detta “Legge Basaglia” dal nome del suo ispiratore, che regola “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori”.
E’ la legge che riforma l’assistenza psichiatrica, e prevede la chiusura dei manicomi, con cui si vuole superare la logica del ricovero per i

pazienti psichiatrici, garantendo un progetto di vita per restituire loro la dignità di cittadini.
Purtroppo, per vederla realizzata, almeno per quanto riguarda la sola chiusura degli istituti manicomiali, bisognerà aspettare vari lustri.
L'altra legge, del 22 dicembre, è la L.833, "Legge di riforma sanitaria", che porta la firma della prima donna, in Italia, Ministro della Sanità: Tina Anselmi.
E' La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), definito come "Complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".
Si parla di servizio e non di istituto o mutua o altro, in quanto si vuole comunicare il vero senso della nuova legge: servire ai bisogni dei cittadini con efficienza ed efficacia, dal campo dell'educazione sanitaria e di promozione alla salute, a quello della prevenzione delle malattie e degli infortuni, dalla diagnosi e cura della malattia alla riabilitazione, con interventi sia sull'ambiente e nei luoghi di lavoro, che per la tutela della procreazione responsabile e consapevole, della maternità, dell'infanzia, della terza età e della salute mentale, inglobando, rispetto a questo aspetto, la L.180.
Essa è ispirata al National Health Service britannico, ed unifica i tre filoni della sanità: igiene pubblica, assistenza medica, assistenza ospedaliera, superando la frammentazione delle competenze del precedente sistema, produttore di disuguaglianze di trattamento e di dispersione di risorse.
Si persegue l'elevazione dello stato di benessere della persona e della collettività e la generalizzazione dei trattamenti sanitari a tutta la popolazione, ed il superamento degli squilibri territoriali delle condizioni socio- sanitarie del Paese.

Dalla cultura ospedalocentrica della L.132, arriviamo ad avere, con la L.833, una più ampia accezione al diritto alla salute.
Questa Legge introduce quattro principi riformatori: la globalità delle prestazioni, l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento e il rispetto della dignità e della libertà delle persone.
La salute diviene obbligo dello Stato, che se ne fa garante riguardo a tutti i cittadini.
La protezione della salute non viene considerata come fine a sé stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nell'ambito della tutela della dignità e della libertà della persona umana.
L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, Province e Comuni, ed è garantita la partecipazione dei cittadini.
Per la gestione della tutela della salute, è prevista una rete di USL, definite come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale".
Gli ospedali divengono strutture delle USL, e rientrano nella loro gestione in seguito alla totale abolizione della loro autonomia giuridica e finanziaria.
Il Ministero della Sanità è tenuto a svolgere attività di programmazione sanitaria, tramite l'elaborazione di un Piano Sanitario Nazionale (PSN), documento di durata triennale in cui sono stabiliti: gli obiettivi da realizzare nel triennio, ed a cui devono riferirsi i Piani Sanitari Regionali (PSR); lo
stanziamento dell'importo del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), con la relativa quota regionale, il cui ammontare è determinato ogni anno dalla legge finanziaria; gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi fondamentali e per gli organici del personale; gli obiettivi relativi alla

formazione ed aggiornamento professionali; le verifiche dello stato di attuazione del piano.

I PRINCIPI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Nel percorso storico tracciato, emerge che l'attività di assistenza diretta agli infermi viene svolta, per un lunghissimo arco di tempo, da personale che va dai monaci ai religiosi laici, i conversi e le converse, ai serventi, i famuli e le famule, fino ai laici salariati, si evince che chiunque può svolgere questo servizio, o perchè dotato di spirito cristiano-caritatevole, o per puro scopo di guadagno, svolgendolo con dedizione oppure come se fosse un 'mestiere qualunque'.

Ci sono voluti secoli di storia perché crescesse, parallelamente allo sviluppo della società, delle conoscenze scientifiche e delle risorse delle cure mediche, l'esigenza di un personale qualificato, preparato tecnicamente e culturalmente, che prestasse un'assistenza qualitativamente elevata, e che sapesse rispondere alla crescente complessità dei bisogni sociali.

Già nel 1600 abbiamo i primi esempi della storia riguardo all'istituzione di scuole per infermieri.

Si comincia infatti a ritenere necessario che l'infermiere sappia leggere e scrivere, e conosca le basi dell'anatomia umana.

Non mancano, nel corso della storia dell'assistenza, le direttive comportamentali per chi è dedito all'assistenza, presenti nelle 'Regole' degli ordini monastici fin dall'alto Medio Evo.

Queste Regole le ritroviamo frequentemente ad ogni riferimento a nuovi ordini o congregazioni e nei principi ispiratori dei Santi riformatori del 1500 e del 1600.
Ricordiamo a tal proposito le Regole di S. Camillo (1600), in cui è già presente uno schema di mansionario infermieristico, con elencati i doveri dei "Ministri degli infermi", ed i comportamenti da adottare nei rapporti con i malati, i medici, i superiori e gli infermieri.
Sembra che solo alla fine del 1700, vadano in stampa i primi manuali per la formazione infermieristica.
Questi trattati, adottati come testi di studio, come anche le scuole di cui abbiamo parlato, sono sempre volute ed organizzate da una classe medica che, in ambito ospedaliero, ha acquisito sempre maggiore potere, scalzando la centralità gestionale ed assistenziale degli ordini religiosi.
Le scuole ed i testi di studio si basano essenzialmente su nozioni mediche semplificate, e pongono le basi tecnico-scientifiche per svolgere un'assistenza al malato funzionale all'indirizzo medico.
Solo tra la fine del 1800 ed il 1900 si sviluppano le prime teorie infermieristiche che puntano allo sviluppo di capacità di intervento globale in campo assistenziale, ed alla piena autonomia nello specifico professionale.
Una nuova "cultura" professionale, incentrata sull'assistenza, e che non trascura una base culturale medico-scientifica, si va affermando con la riforma inglese di F. Nightigale, della metà del 1800.
La sua diffusione nel nostro Paese si concretizza solo in sporadiche esperienze di scuole istituite secondo i suoi criteri, mentre in campo istituzionale a livello nazionale, le leggi varate sulle scuole per infermiere, non ne rispecchiano totalmente l'indirizzo.
La classe medica, infatti, oppone una notevole resistenza alla centralizzazione dell'assistenza nelle mani della "Matron", per evitare che l'assistenza sia campo esclusivo di una categoria da

sempre soggetta ad altri poteri, sia medici che amministrativi, ed inoltre intende mantenere il monopolio dell'insegnamento nelle scuole per infermieri.
Di opinione opposta invece, restano le istanze di esponenti della professione, come per esempio Anna Celli, scrittrice esperta di problemi sanitari, esponente dei movimenti femminili italiani agli inizi del 1900, che dichiara: "Un medico non può insegnare le cose riguardanti l'infermieristica, perché nella più grande parte dei casi non le sa neppure lui".
In ogni caso, le istanze provenienti sia dai medici, di cui molti siedono in Parlamento, sia dalle rappresentanze sindacali o dalle associazioni degli infermieri, sia dai movimenti femminili, per l'istituzione di scuole e di programmi di corsi per infermieri, danno vita alla formulazione di proposte di legge, che seguono il solito percorso travagliato, per lo scontro in atto tra differenti posizioni.
Le prime proposte, che partono dal governo Luzzati del 1910, vanno a concretizzarsi, dopo aver subito varie modifiche, nella prima legge in Italia che definisce, ed in un certo senso riconosce, la professione infermieristica, la L. 18 marzo 1926, n. 562, che, in base alle indicazioni del R.D. 15 agosto 1925, n. 1832, istituisce le scuole convitto per infermiere professionali, di durata biennale.
Il regolamento attuativo della Legge viene emanato con R.D. 21 novembre 1929, n.2330, che disciplina l'amministrazione ed il funzionamento delle scuole, e stabilisce che per l'ammissione è necessario il titolo di quinta elementare, il che si è reso necessario in quanto non vi sono aspiranti
allieve con scolarità superiore.
In questa Legge la "Dirigenza" infermieristica viene applicata solo per quanto riguarda la figura di caposala ed il ruolo di Direttrice Didattica nelle scuole convitto; l'acquisizione del titolo si ha dopo un

corso supplementare della durata di un anno, ma non si lascia spazio ad una dirigenza di tutta l'assistenza, prevista dalla riforma inglese.
Dobbiamo attendere il R.D. 29 luglio 1933, n.1703, per avere il regolamento per l'istituzione delle prime scuole.
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 vengono stabilite dal R.D. 2 maggio 1940, n.1310, e nello stesso Decreto viene istituito il corso annuale per la figura dell'infermiere generico.
Ma nonostante queste leggi, non possiamo non ricordare che sia il conseguimento del titolo di infermiere, che di dirigente, sono solo preferenziali per l'assunzione in ospedale.
La CNAIOSS in questi anni esercita pressioni al fine di ottenere quanto richiede da molto tempo: l'accesso nelle scuole per chi sia in possesso del titolo di terza media (il che verrà ottenuto nel 1956), e l'equiparazione dei diplomi di infermiere professionale a quelli di scuola secondaria superiore.
L'associazione, mentre lotta contro l'arbitraria attribuzione del titolo di infermiera da parte di Enti che, organizzando corsi fuori dai canoni, rilasciano certificati abilitanti, rinnova la richiesta della costituzione di un 'Albo Professionale', e propone un uso più razionale delle infermiere diplomate negli ospedali, affidando ad infermiere abilitate a funzioni direttive, la sovrintendenza dei servizi infermieristici, con l'istituzione di una scuola superiore per dirigenti dell'assistenza infermieristica e sanitaria-sociale.
Il DLCPS 23 settembre 1946, n. 233, con regolamento attuativo del DPR 5 aprile 1950, n.221, stabilisce le norme relative alla disciplina professionale delle attività infermieristiche e prevede le iscrizioni all'Albo professionale.

La CNAIOSS, nei congressi degli anni successivi, porta avanti sempre le istanze per un innalzamento professionale da ottenere con la revisione dei programmi di studio e con l'istituzione di una Scuola Superiore per Direttrici di scuole e di servizi infermieristici, incentrando sul tema della responsabilità ogni aspetto delle proposte, in particolar modo riguardo alla preparazione delle infermiere ed alla formazione di monitrici scolastiche, ed al ruolo dell'infermiera nei programmi e nell'organizzazione della sanità pubblica.
L'associazione ottiene l'istituzione dell'Albo Professionale, con la L. 29 ottobre 1954, n.1049, istitutivo dei Collegi delle Infermiere Professionali, IPASVI, modificato ed integrato dal DPR 10 dicembre 1959, n.13602.
Con queste leggi vengono stabilite le attribuzioni di Collegi, tra cui vi è 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.
L'azione svolta dalla CNAIOSS negli anni '60, è incentrata sulla difesa del titolo professionale; essa richiede alle competenti autorità una attenta sorveglianza sull'apertura ed il funzionamento delle scuole per infermieri/e generici/e, raccomandando che questo personale completi e sia di supporto, e non di sostituzione, all'attività delle infermiere professionali, e per quanto riguarda le allieve dei corsi per infermiere professionali, che siano loro richiesti solamente servizi con prevalenti funzioni didattiche.
Si avanza di nuovo la richiesta di istituzione di una Scuola Superiore Universitaria per la formazione di personale dirigente per le scuole e per i servizi assistenziali.
Sempre negli anni '60, in seguito alle forti tensioni della categoria degli infermieri, dovute ad insoddisfazione delle condizioni economiche, sociali e giuridiche ("troppe ore di lavoro, straordinari non retribuiti, periodi di riposo insufficienti, internato obbligatorio,

indennità speciale e indennità per servizio notturno non corrisposto"), viene avviata un'inchiesta dalla Commissione permanente del Benessere Economico Sociale, BES, sulla retribuzione e sulla condizione di lavoro delle infermiere professionali.
Dai dati che emergono e dalla gravità dei problemi, cresce sempre più la spinta per perseguire lo sviluppo della professione e degli standard assistenziali e formativi.
Un grande successo per il riconoscimento delle istanze della categoria si ha con l'approvazione del DPR 25 maggio 1965, n.775, che istituisce la Scuola Universitaria per Dirigenti dell'assistenza infermieristica (DAI), e la prima scuola viene aperta presso l'Università degli Studi di Roma, la prima per la formazione di quadri infermieristici dirigenti e docenti, di durata biennale.
Nel 1971, con la L. 124, si apre la possibilità di accesso degli uomini alle scuole per infermieri, e si pone fine all'internato obbligatorio nelle scuole convitto.
Nel 1972, con il trasferimento alle Regioni delle competenze in materia sanitaria, passa ad esse anche quella della formazione infermieristica, con l'istituzione delle scuole regionali ed i relativi statuti e regolamenti.
Con questo passaggio, anche le specializzazioni vengono istituite dall'Assessorato regionale alla Cultura e alla Formazione, e si ha una grande diversificazione di programmi, con l'istituzione di corsi per strumentista di camera operatoria, pediatria, rianimazione, terapia intensiva, emodialisi, neurochirurgia, cardiologia, epidemiologia.
Da non dimenticare inoltre il notevole sviluppo dei principi teorici del nursing, che dagli anni '50 mostrano una crescita esponenziale, grazie al lavoro di intellettuali che, seguendo il percorso ideale di F. Nightingale, lo elaborano e approfondiscono alla luce di più moderne teorie scientifiche.

Abbiamo, tra le più note, Virginia Henderson, da cui si ha la prima definizione di nursing nel 1955: “Funzione specifica dell’infermiere è quella di assistere la persona sana o malata, per aiutarla a compiere tutti gli atti che tendano al mantenimento della salute, o alla guarigione (oppure a prepararla a una morte serena); atti che la persona compirebbe da sola se disponesse della forza, della volontà o delle conoscenze necessarie; è inoltre quella di favorire la partecipazione della persona, in modo da aiutarla a riacquistare il più presto possibile la propria indipendenza”.
La sua teoria si basa su quattro concetti: quello della persona, della salute, dell’ambiente e dell’assistenza, e prevede livelli assistenziali di sostituzione, di aiuto, di partner secondo il livello di dipendenza della persona.
Altri elementi di spicco sono Hildegard Peplau, Marta Rogers, A. Heller, Virginia Henderson.
Da queste teoriche e dalle loro brillanti intuizioni, trae origine il nursing moderno, a cui si ispirano i documenti internazionali che dettano le linee guida per l’applicazione di questi principi alla pratica assistenziale ed alla formazione degli operatori.
L’OMS fissa per prima la funzione specifica dell’infermiere, nel rapporto tecnico 347 del 1966, in cui riafferma i principi enunciati dalla Henderson nel 1955.
L’accordo europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, sull’istruzione e formazione delle infermiere, viene ratificato in Italia con la L. 15 novembre 1973, n. 795, in cui vengono stabilite le funzioni dell’infermiera ed il suo standard formativo.
Le funzioni essenziali dell’infermiera, in conformità alle leggi nazionali, riguardano: un’assistenza competente in ambito ospedaliero, domiciliare, scolastico, nei luoghi di lavoro ecc.; l’osservazione di condizioni che provocano importanti ripercussioni

sullo stato di salute, da comunicare ai membri del gruppo sanitario; la formazione e la guida del personale
ausiliario; la valutazione costante delle cure infermieristiche e l'assegnazione del personale occorrente per ogni ammalato.
Con questa Legge, viene richiesta una scolarità di base di dieci anni, il corso ha durata triennale, e si acquisisce un titolo equiparato a livello europeo.
Nel 1974, con il DPR n. 225, si ha una modificazione al mansionario degli infermieri, dettato dal RD 2 maggio 1940 n. 1310, e vengono previste nuove attività: l'organizzazione, la promozione e l'attuazione di piani di lavoro, l'istruzione del personale, la partecipazione a riunioni di gruppo ed alla ricerca.
Il mansionario rimane però, nella sostanza, uno strumento vincolante per la professione e, pur con le modifiche apportate, continua ad essere interpretato unicamente come un'elencazione di attività che possono essere svolte o meno dagli infermieri, e non se ne colgono le opportunità per poter
prendere iniziative autonome.
La professione, per troppo tempo, è rimasta soggetta a linee di gestione dell'assistenza imposte da altre professioni, e spesso ha assunto atteggiamenti di sudditanza o ancillari.
Inoltre la realtà oggettiva negli ospedali, e nel territorio, in cui non sono mai mancate gravi carenze di personale, non ha reso possibile, né tantomeno incentivato, un diverso atteggiamento degli infermieri.
Il DPR 13 ottobre 1975, n. 867, modifica l'ordinamento delle scuole ed i relativi programmi dei corsi.
Vengono rivisti i monte ore teorico-pratici, la frequenza diventa obbligatoria, viene introdotto lo studio della lingua inglese, al fine di stimolare lo studio della ricca documentazione infermieristica straniera, portando a conoscenza il processo di nursing come metodo razionale da

utilizzare nell'assistenza ai malati, fondato sul 'problem solving'.
Le scuole sono poste sotto il controllo e la vigilanza dell'organismo centrale, prima il Ministero dell'Interno, poi l'Alto Commissariato, ora il Ministero della Sanità.
Nel 1976 la CNAIOSS avvia un dibattito aperto a tutte le componenti culturali, politiche e sindacali, sull'improcrastinabile necessità di realizzare quanto va proponendo da oltre trent'anni: un più elevato livello formativo degli infermieri, una sempre più ampia autonomia funzionale, una diretta e responsabile partecipazione alla programmazione e gestione dei servizi infermieristici.
L'associazione dichiara di non voler più che le professioni di infermiere, di assistenti sanitarie e di vigilatrici d'infanzia, siano considerate 'ausiliarie' delle professioni sanitarie, ma siano considerate 'ausiliarie' del cittadino, che è l'elemento centrale del Servizio Sanitario Nazionale e lo è in particolare del Servizio infermieristico.
Chiede inoltre di poter intervenire nella programmazione sanitaria, inserendo, nel SSN che si sta per istituire, il Servizio Infermieristico, con compiti di pianificazione, ricerca e controllo nel campo della formazione e dell'organizzazione dei servizi.
Altre richieste riguardano il riordino della formazione degli infermieri, nell'ambito della riforma della scuola secondaria superiore, il conferimento del valore legale al diploma per dirigenti, l'accesso ai corsi di laurea in Organizzazione Sanitaria e di Scienze Infermieristiche, la trasformazione dei corsi per DAI in corsi di laurea, l'esclusività della docenza per i corsi di materie infermieristiche ai dirigenti dell'assistenza infermieristica.
Nel 1977 viene emanata la direttiva 77/453/CEE, per il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per l'attività di infermiere responsabile dell'assistenza generale, in cui si dispone che il rilascio del diploma sia subordinato

al superamento di un esame in cui si dimostri di aver acquisito un'adeguata conoscenza delle scienze basilari per l'assistenza infermieristica, della fisiologia e della patologia, dell'etica professionale, ed un'esperienza clinica acquisita sotto il controllo di personale qualificato ed in luoghi in cui il personale e le attrezzatura siano adeguati all'assistenza ai pazienti.
Sempre nel 1977, l'OMS emette il documento 05/08/77, "The nursing process", in cui viene data una definizione del processo infermieristico, inteso come sistema di interventi nel campo della salute individuale, familiare, collettiva, basato su metodi scientifici per l'identificazione dei bisogni sanitari che possono essere soddisfatti dall'assistenza infermieristica in modo efficiente, sulla definizione degli obiettivi e la pianificazione e l'esecuzione degli interventi, e sulla valutazione dei risultati; questa fornisce informazioni che possono determinare cambiamenti in interventi successivi in analoghe situazioni, il che rende le cure infermieristiche un processo dinamico sempre teso al miglioramento.
La Conferenza generale dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL istituzione internazionale per la regolamentazione della materia del lavoro, fondata dopo la
seconda guerra mondiale, con il compito di promuovere a livello internazionale il miglioramento delle condizioni di lavoro, attraverso particolari accordi internazionali detti convenzioni), il 21 giugno 1977, predispone una "Convenzione sul personale infermieristico", elaborata in collaborazione con l'OMS, in cui, riconoscendo il ruolo essenziale del personale infermieristico, ed avendo presente che la situazione di notevole penuria di personale qualificato in cui esso opera intralcia un efficace sviluppo dei servizi sanitari, invita ad applicare norme particolari per assicurare agli infermieri una condizione che corrisponda al ruolo svolto.

Punti salienti della Convenzione riguardano l'importanza data agli aspetti educativi e formativi per l'esercizio delle funzioni professionali, ed a quelli relativi alle condizioni di impiego e di lavoro, comprese le prospettive di carriera e la retribuzione, che siano capaci di attirare e trattenere il personale nella professione, dando indicazioni a che le legislazioni nazionali prevedano gli insegnamenti e la formazione del personale, e che anche le condizioni di lavoro siano perlomeno equivalenti a quelle di altri lavoratori.
La riforma sanitaria, L. 23 dicembre 1978, n.8332, pone tra i suoi obiettivi, nell'Art. 2, punto 8, "la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale"; e nell'Art. 6 sono indicate come competenze dello Stato: "la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per la ammissione alle scuole, nonché dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie" (Art. 6 punto q), e, nel punto s, "gli ordini e collegi professionali".
L'Art. 47 della riforma, contiene una delega al Governo per emanare un Decreto Delegato per disciplinare lo stato giuridico del personale, attuata con il DPR n. 761 del 1979, secondo il quale gli infermieri, confluiti tutti alle dipendenze del SSN, vengono iscritti in un unico stato giuridico, il ruolo sanitario, ed inseriti in livelli funzionali in base ai loro profili professionali; e per quanto riguarda l'aggiornamento professionale, nell'Art. 46 esso diviene obbligatorio per legge, per tutto il personale delle USL, e sono previste sanzioni di carattere disciplinare nei confronti di chi ometta questo dovere per un periodo superiore a cinque anni.

L’obiettivo è finalizzato ad avere un personale al passo con i tempi, alla possibilità di applicare la mobilità e la riconversione professionale, al miglioramento della qualità del servizio.
Se nel 1978 si ha l’abolizione dei corsi per infermieri generici,, con la L. 243 del 1980, si dà loro la possibilità di una riqualificazione straordinaria.
Altre spinte allo sviluppo della professione vengono dal “Rapporto sulla formazione degli infermieri responsabili dell’assistenza generale”, del Comitato Consultivo per la formazione nel campo dell’assistenza infermieristica della CEE del 28-29 aprile 1981, in cui sono definite le funzioni dell’infermiere: l’infermiere è globalmente responsabile nei
confronti del paziente, relativamente alla prestazione delle cure, alla promozione della salute ed all’educazione sanitaria, alla prevenzione, ed all’identificazione dei bisogni e degli interventi da attuare.
L’infermiere deve avere le capacità di elaborare metodologie operative al fine di soddisfare le esigenze sanitarie, tenendo ben presenti le risorse disponibili, comprese quelle dell’utente; deve saper pianificare, organizzare, dispensare e valutare i servizi di assistenza; deve saper guidare i tirocinanti e favorire e partecipare ai lavori in équipe ed alla ricerca; infine deve avere capacità di contribuire alla promozione di una politica sanitaria efficiente, ed accettare le responsabilità professionali e la volontà di approfondire la propria formazione.
Nel 1981 l’OMS, nella “Risoluzione sulla strategia mondiale della salute per tutti per l’anno 2000”, della 34° Assemblea Mondiale della Sanità, indica, tra i principi strategici, quello della “formazione degli insegnanti e gestione infermieristica delle cure primarie”.
Un gruppo di esperti dell’OMS, nel 1982, elabora un documento su “Le prestazioni infermieristiche nell’assistenza sanitaria di base”, che si basa sul principio per cui l’erogazione delle prestazioni sanitarie di

base è da considerare come prolungamento naturale della pratica infermieristica, soprattutto rispetto alla salute delle comunità.
Esso stimola ad un approfondimento sui ruoli e sulle funzioni degli infermieri, nonché ad uno sviluppo della ricerca al fine di elaborare e sperimentare nuovi tipi di servizi e di insegnamenti che forniscano varianti per i metodi applicati nell'assistenza sanitaria di base, e l'elaborazione di metodi di valutazione del rapporto costi-efficacia.
Sempre dall'OMS, nel 1984, viene emesso un nuovo documento, il rapporto tecnico n. 708, in cui viene definito il "Ruolo del personale infermieristico" nei tre livelli: quello 'periferico', in cui le infermiere intervengono nell'ambito della collettività sia per fornire prestazioni che per valutare le attività sanitarie, sia per sensibilizzare sui problemi della salute che per formare e sostenere 'agenti della salute comunitaria locale'; a livello 'intermedio', negli ospedali, l'infermiera partecipa alla pianificazione, allo sviluppo ed alla gestione dei programmi di distretto; a livello 'nazionale', in seno al Ministero della Sanità, le infermiere partecipano ai processi gestionali per lo sviluppo sanitario nazionale, e possono essere chiamate a partecipare alla direzione collegiale del programma sanitario, alla consultazione, e ad assicurare una precisa gestione.
Viene ratificata, sempre nel 1984, la convenzione 149/77 dell'OIL, sulle condizioni di lavoro del personale infermieristico, e diviene L. 9 novembre 1984, n. 862.
Un documento che rappresenta "il punto più alto della riflessione etico-professionale del mondo infermieristico internazionale", viene prodotto dal dott. Mahler, Direttore Generale dell'OMS, nel 1985: "Gli infermieri aprono la via", in cui si afferma, nell'ambito della generale promozione alla salute, la cui riuscita dipende moltissimo da persone motivate, che se "i milioni di infermieri che lavorano ai quattro angoli del mondo dovessero esprimere le medesime idee e le medesime convinzioni … e si dovessero presentare come una forza

unica, essi potrebbero diventare i veri ispiratori del cambiamento ... e ne saranno i promotori. L'OMS si adopererà per sostenerli nei loro sforzi per afferrare la fiaccola del cambiamento o del cammino verso la salute per tutti".
Gli infermieri sono pronti ad accettare la sfida per vincere l'immobilismo, sostenere lo sforzo iniziale, elaborare strategie e piani d'azione, grazie al loro "potenziale d'energia".
L'infermiere viene definito come una risorsa sia per la popolazione, nella veste di educatore sanitario, che nel campo della gestione, dell'elaborazione e della valutazione dei programmi; egli sarà integrato nelle équipes interprofessionali di promozione della salute, assumendosi così le più alte responsabilità nelle decisioni.
Il documento infine auspica e si fa promotore sia di un rinnovamento dei programmi di formazione di base, e di programmi di formazione intensiva per docenti e dirigenti, ma sottolinea anche l'importanza delle politiche concernenti il personale sanitario, perché i pianificatori e gli amministratori
vadano incontro agli infermieri, riconoscendone il valore, formando ed incoraggiando un numero di infermieri sufficiente per l'assunzione del ruolo di gestione, partecipazione ed elaborazione delle politiche sanitarie.
Con la L. 19 novembre 1990, n. 3412, che istituisce i corsi per Diplomi Universitari in Scienze Infermieristiche, si riesce ad ottenere quanto da lungo tempo viene rivendicato al fine di allineare il nostro livello culturale professionale a quello di altri paesi europei più avanzati.
Viene posto, come requisito indispensabile per l'ammissione ai corsi, il titolo di maturità superiore, come da molti anni era stato richiesto, dalle associazioni di categoria, come una delle condizioni indispensabili e qualificanti per accedere alla professione infermieristica.

Con la tabella XXXIX ter viene stabilito l'ordinamento didattico delle scuole per infermieri.
Nel D. L.vo 30 dicembre 1992, n. 5023, sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n.241", e nelle modifiche apportate dal successivo D. L.vo 7 dicembre 1993, n. 5174, nell'Art. 6, vi sono le disposizioni per le convenzioni tra le USL e l'Università per l'attuazione dei corsi universitari per infermieri, e vi è contenuta la delega al Ministero della Sanità per l'individuazione, con proprio Decreto, dei profili professionali.
Vengono quindi soppressi i precedenti corsi di formazione regionali.
Il DM 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", definisce: "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".
Il Decreto è ricco di potenzialità, parla di infermiere e non più di infermiere professionale, definisce il grande campo d'azione dell'assistenza infermieristica, che comprende iniziative ed interventi in ambiti di prevenzione, cura, cure palliative, riabilitazione.
Vengono totalmente riconosciute le funzioni dell'infermiere, già codificate nel processo di nursing: rilevamento ed identificazione dei bisogni sociali o individuali, definizione degli obiettivi e degli interventi, pianificazione, gestione e valutazione degli interventi.
Inoltre gli si attribuiscono responsabilità relativamente alla formazione del personale di supporto, al proprio aggiornamento, alla ricerca.
Emerge chiaramente il riconoscimento del potenziale e della capacità professionale, nonché la possibilità di operare in autonomia, in

quanto viene chiaramente definita la piena responsabilità dell'assistenza generale infermieristica.
Nonostante questa nuova definizione della professione, in cui l'infermiere è totalmente responsabile di ogni sua azione, non vi può ancora essere una piena applicazione dei principi legislativi, in quanto permane una profonda contraddizione con le limitazioni imposte dal DPR 225/74, il cosiddetto mansionario.
Nel 1996 viene emanata, con DM 24 luglio1, una nuova riforma degli ordinamenti didattici universitari, la tabella XVIII ter, relativa al corso per Diploma Universitario per Infermiere.
La promulgazione della L. 26 febbraio 1999, n.42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", segna l'inizio di una nuova era, per la sanità e per gli infermieri.
Dopo almeno un secolo di rivendicazioni, pressioni, proposte, l'infermiere finalmente abbandona quella veste di professionista sanitario ausiliario che lo ha sempre contraddistinto e confinato in un ruolo subordinato e deresponsabilizzato, ed inoltre viene liberato dai vicoli restrittivi e riduttivi indicati dal mansionario, oramai abrogato.
Si pone fine così alla "schizofrenica commedia rappresentata dalle Istituzioni Sanitarie da una parte e dagli infermieri dall'altra, tutti consapevoli della costante inapplicazione della legge, il cui rigoroso rispetto avrebbe peraltro causato la chiusura di interi reparti e servizi", nonché avrebbe reso impossibili prestazioni professionali infermieristiche in ambito domiciliare.
La Legge stabilisce che il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere è determinato dal contenuto del DM istitutivo del relativo 'profilo professionale', dagli ordinamenti didattici del rispettivo corso di diploma universitario e di formazione post-base, e dagli specifici Codici Deontologici.
La presente Legge, infine, riconosce l'equipollenza dei titoli per infermiere professionale acquisito nelle scuole regionali, con quello

universitario, accogliendo le istanze delle rappresentanze istituzionali della categoria che hanno sempre considerato il passaggio della formazione dalle Regioni all'Università come una naturale evoluzione dei percorsi formativi.
La professione oramai è matura, quantomeno in riferimento alla normativa, ed ha piena facoltà di esercitare in totale autonomia e responsabilità, con la consapevolezza di poter esprimere in pieno la propria competenza professionale.
Con il DL.vo 19 giugno 1999, n.229, "Norme per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale", nell'Art. 6 si definiscono i 'protocolli d'intesa tra le Regioni, le Università e le strutture del Servizio sanitario nazionale', ed il 'fabbisogno
Il Decreto MURST, 3 novembre 1999, n. 5091, apporta importanti modifiche alla L. 341/'90, con l'istituzione dei nuovi percorsi didattici e del criterio dei crediti.
L'Università può rilasciare: la Laurea di primo livello, che sostituisce il Diploma Universitario, sempre di durata triennale, quella di secondo livello o specialistica, di durata biennale, ed altri titoli post-laurea quali: il Diploma di Specializzazione, istituito su disposizioni di Legge o su direttive UE, il Dottorato di Ricerca, che fornisce la preparazione nell'ambito della ricerca e dell'alta qualificazione, di durata triennale, il Master universitario di 1° e di 2° livello, che si ottiene seguendo corsi di perfezionamento scientifico e di formazione permanente e ricorrente.
Detta normativa viene aggiornata con il Decreto MURST 23 dicembre 19992, in cui, con la rideterminazione dei settori Scientifico-Disciplinari, nell'area sanitaria vengono individuati quelli che danno diritto alla titolarità dell'insegnamento a docenti con la particolare formazione in Scienze Infermieristiche.

Nel 2000 viene emanata la L. n.251, “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.
Dopo aver premesso che “l’infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, secondo proprie funzioni individuate nei profili professionali e nel Codice Deontologico, utilizzando la metodologia di pianificazione per obiettivi dell’assistenza”, e che lo Stato e le Regioni, al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, promuovono la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo infermieristico, dispone che il Ministero della Sanità emani le linee guida per “l’attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni”.
Detta Legge dispone inoltre che il Ministero della Sanità emetta decreti per specifici corsi di specializzazione universitari, e la disattivazione contestuale dei corsi per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica.
Le aziende sanitarie, al fine di migliorare la qualità dei servizi, possono istituire il servizio dell’assistenza infermieristica con la relativa dirigenza, nelle Regioni in cui sono emanate norme per l’attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.
La Legge sulla “Dirigenza Infermieristica” arriva quindi a coronare l’impegno e le aspirazioni di una professione che, pur svolgendo un ruolo centrale ed essenziale nel settore della salute, è sempre stata posta in posizione marginale, soprattutto in termini di gestione, pianificazione ed autonomia di azione.
Se pure precedentemente, nei D.L.vi 502/92, 517/93 e 229/99 era già previsto un servizio infermieristico con a capo un infermiere

dirigente come Capo Servizi Sanitari Ausiliari (CSSA), l'assenza del titolo di laurea non consentiva l'inquadramento di detto personale nei livelli dirigenziali, e di fatto manteneva il suo ruolo a livelli gerarchicamente inferiori a quelli della Direzione Sanitaria ed Amministrativa.
Attualmente il riconoscimento ottenuto consente l'equiparazione delle dirigenze, ormai poste su uno stesso livello, in cui le specificità professionali hanno pari dignità, diritti, doveri e responsabilità.
Infine citiamo brevemente, la recentissima L. n. 43 del 2006, in cui si sancisce l'obbligatorietà dell'iscrizione ai Collegi, la trasformazione di questi ultimi in Ordini, concordemente con la formazione richiesta, che vede l'infermiere, un professionista laureato, l'obbligo per i Coordinatori, di essere in possesso del "master in management", il riconoscimento, per chi ha frequentato master clinici, del titolo di "infermiere specializzato"

Le norme di riferimento etiche e deontologiche.
Dopo l'excursus storico-legislativo della professione infermieristica, riteniamo necessario completare il quadro delle norme e dei riferimenti legislativi, con quelli relativi alla deontologia professionale.
Da sempre, in ogni documento lasciato dagli ispiratori dell'assistenza, dalle Regole per i Ministri degli Infermi di S. Camillo De Lellis , al Giuramento di F. Nightingale, sono presenti i valori etici e le norme che saranno codificati successivamente nei Codici Deontologici delle associazioni infermieristiche.

Possiamo elencare, ad esempio, il Codice dell'infermiera del Consiglio Nazionale delle Infermiere, il Codice di Deontologia del CICIAMS (Comitato Internazionale Cattolico Infermieri ed Assistenti Medico- Sociali) del 1972, il Codice dell'Associazione Nazionale delle Infermiere Americane.
La Deontologia è la scienza dei doveri, l'etimologia del termine ci parla anche di necessità e di convenienza.
E' la scienza della moralità (Bentham 1834).
E' l'insieme di regole tradizionali che indicano come comportarsi in quanto membri di un corpo sociale determinato, e il senso di tale regole è di provvedere alla "convenienza" o utilità di tale corpo sociale, perché possa meglio conseguire il fine che si propone.
I principi su cui essa si fonda sono i principi Etici, dell'Etica Fondamentale, dell'Etica Clinica e della Bioetica.
Detta i comportamenti e si fonda sull'idea che questi comportamenti siano il frutto di "buona volontà, che determina la scelta delle azioni per amore del dovere, e non semplicemente in nome del dovere".
Gli infermieri da sempre si sono creati i loro strumenti di riferimento a norme etiche.
La presenza in ambito nazionale e internazionale di Codici Deontologici Professionali, ed il loro costante aggiornamento, stanno a sottolineare l'attenzione sempre alta degli infermieri rispetto ai mutamenti in atto nella società.
La Federazione IPASVI ne ha prodotti tre, dal primo del 1960, al successivo del 1973, fino all'ultimo, del 1999.
Con il nuovo Codice Deontologico l'infermiere allarga il campo della sfera di applicazione dei valori etici alla propria professione, con esso segue il passo dei tempi e risponde prontamente alla mutazioni sociali del paese.
Si affianca alle nuove norme legislative che nell'arco di pochi anni hanno cambiato radicalmente la veste della professione.

Ricordiamo che le istanze di riconoscimento dell'autonomia professionale sono state avanzate dall'infermiere da almeno un secolo, come condizione irrinunciabile per esprimere tutte le potenzialità umani ed intellettuali della professione.
Il Codice Deontologico è la "guida" dell'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale.
E' uno strumento di informazione per il cittadino (art. 1.4).
La prima parola chiave del nuovo Codice Deontologico riguarda la responsabilità: "esercitare con responsabilità e con la necessaria consapevolezza la propria professione, significa anche saper rivendicare, con la competenza, gli spazi di propria pertinenza".
La responsabilità fa riferimento e per prima risponde alla coscienza, intesa come risultante finale di valori che dettano norme comportamentali, ed oltre alla coscienza risponde alle altre persone e alle norme legislative.
Essa va orientata sia verso i risultati che verso i processi e la loro umanizzazione.
Questo concetto di **responsabilità** è ampiamente richiamato nel Codice negli articoli:
1.1 l'infermiere è **responsabile** dell'assistenza infermieristica,
1.3 la responsabilità consiste nel curare e prendersi cura nel rispetto dei valori fondamentali dell'umanità,
1.4 il comportamento infermieristico è eticamente responsabile,
2.1 il rispetto dei diritti dell'uomo e dei principi etici è condizione per l'assunzione di responsabilità nelle cure.
I valori enunciati nel C.D. sono:
art. 1.3 rispetto della vita, salute, libertà, dignità dell'individuo;
art. 1.4 accettazione dei valori e impegno a viverli nel quotidiano.
Qui al riconoscimento dei valori si aggiunge il concetto di impegno, nel significato letterale di obbligo, promessa, incombenza, attivo interessamento.

art. 2.1 rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo, basati sui valori universali che sono il germe di tutte le norme legislative, deontologiche, delle carte e delle dichiarazioni;
art. 2.2 salute, bene fondamentale dell'uomo e della collettività;
art. 2.4 libertà di pensiero e credo: rispetto dei valori religiosi, ideologici, etici, culturali, etnici, sessuali.
art. 4.2 principio di autonomia, rispetto del diritto di scelta dell'assistito.
art . 4.3 rispetto delle indicazioni dell'assistito;
art. 4.5 l'infermiere aiuta e sostiene la persona nelle scelte terapeutiche,
Il principio di autonomia si ritrova, per quanto riguarda la specificità infermieristica, in:
art. 3.5 l'agire professionale non deve essere condizionato……
Si intende infatti per autonomia la capacità di operare una scelta libera da imposizioni esterne, di qualunque natura esse siano.
Secondo alcuni autori rientrerebbe sempre nel concetto di autonomia anche quello della riservatezza :
art. 4.6 l'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni;
art. 4.8 l'infermiere rispetta il segreto professionale,
Sull' informazione:
art. 4.2 l'infermiere informa la persona ed esplicita il livello di assistenza garantito,
art. 4.5 e garantisce le informazioni relative al piano di assistenza;
In questi articoli, in merito alla tutela dei diritti delle persone, e specificatamente del diritto di conoscere i propri diritti, l'infermiere adegua la comunicazione alle capacità di comprensione del proprio interlocutore e ne rispetta anche la volontà di non essere informato.
art. 4.4 l'infermiere ha il dovere di essere informato;

In questo art. non si parla di “diritto” ma di “dovere”. Deontologicamente l’infermiere “deve” conoscere il progetto diagnostico-terapeutico, in quanto egli è uno degli attori di questo progetto.
Altri valori enunciati nel C.D..
art. 4.9 l’infermiere promuove la sicurezza;
In questo articolo quello che noi troviamo enunciato è un concetto di bisogno, come appreso dalla teoria dei bisogni di Maslow, ma con un approfondimento concettuale del termine non sarà difficile affiancare la valenza del bisogno a quella del valore: se ad ogni bisogno corrisponde un valore, se il soddisfacimento del bisogno porta ad un maggiore sviluppo della moralità e alla scoperta di valori più elevati, se il bisogno è la definizione di qualcosa che viene a mancare, la sua presenza, la sua soddisfazione è, di riflesso, un valore**.**
art. 4.18 la solidarietà,
art. 5.2 il rispetto e la solidarietà.
Nel vivere la professione l’infermiere si può trovare di fronte a problematiche relative alla identificazione dei valori etici ed alla loro posizione gerarchica, ed avere difficoltà nelle scelte operative.
Il C.D. si preoccupa di porre dei riferimenti relativi ai criteri di discernimento etico in caso di conflitto (art. 2.5), ed indica come ancora di salvezza di fronte a profondi contrasti con i principi etici della professione il diritto all’obiezione di coscienza; mentre nel caso di dilemmi etici indica il ricorso alla consulenza professionale ed istituzionale (art.3.4).
Indica inoltre i principi dell’operare per il bene dell’assistito, principio di beneficio (art. 2,6), e di non maleficenza, espresso nell’art. 4.10, sul ricorso alla contenzione, e nell’art. 4.17 sui trattamenti finalizzati a procurare la morte, in cui seppur indirettamente, si sottolinea il valore primo: quello della vita.

In questo quadro dei valori e dei principi etici compresi nel nostro C.D., l'infermiere porta il proprio discorso oltre le semplici affermazioni, ponendosi come soggetto che tende al miglioramento continuo della propria attività impegnandosi ad essere parte attiva nei processi di trasformazione socio-sanitaria del Paese.
Nell'art. 3.1 egli definisce il fine del suo studio, del suo aggiornamento, della ricerca: innalzare il livello qualitativo dell'assistenza, e puntare alla qualità della vita (art.4.15).
Nell'art. 5.3 l'infermiere si impone strumenti di autovalutazione e di verifica, aspirando ad una sempre maggiore affermazione in base a criteri di accreditamento di eccellenza, in ambito sociale ed istituzionale.
Egli si fa paladino del rispetto dei diritti degli assistiti , sia operando attivamente per la costruzione di un sistema basato su valori e diritti, sia comunicando, riferendo, segnalando (art. 5.6-6.3-6.4-6.5) alle autorità preposte, ogni situazione od evento che possa ridurre o limitare la qualità delle cure e dell'assistenza, le carenze e i disservizi.
Un ulteriore concetto che emerge dal C.D. è quello relativo alla tutela, negli art. 4.12 e 4.13, viene espresso l'impegno rispetto a persone in condizioni limitanti il proprio sviluppo o espressione, e a chi subisce maltrattamenti o privazioni.

La Bioetica.

La Bioetica nasce nel 1971 con la definizione del biologo americano Van Resslaer Potter, per indicare lo studio della moralità dei comportamenti umani nel campo delle scienze della vita.
Il termine trae origine da bios-vita e da ethike-etica, e secondo Potter, la Bioetica "può definirsi come lo studio sistematico del comportamento umano nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto questo comportamento viene esaminato alla luce dei valori e dei principi morali".
Va oltre la tradizione etica clinica, abbraccia i problemi di tutte le professioni sanitarie, si estende alla ricerca, include problematiche sociali quali la sanità pubblica, si estende oltre la vita e la salute umana incorporando problemi legati all'ambiente, all'ecologia, alle risorse.
E' campo proprio della professione infermieristica.
"La riflessione etica non può oggi limitarsi all'ambito delle relazioni interpersonali che costituiscono il rapporto terapeutico. L'azione dell'uomo si estende al biologico in tutta la sua ampiezza".
I problemi etici delle professioni sanitarie si inseriscono in un contesto più ampio che ne allarga di conseguenza le responsabilità, come per esempio la limitatezza delle risorse in un più ampio discorso ecologico.

CONCLUSIONI.

L'assistenza al prossimo origina dall'atteggiamento tipicamente umano di solidarietà e di soccorso, ed è evoluto con la civiltà, con l'affermarsi dei principi morali di carità e di spirito di servizio, e con i principi etici di beneficio e di non maleficio.

Abbiamo visto come la Chiesa abbia detenuto, per secoli, il primato dell'assistenza, e come abbia permeato dei suoi valori le attività pratiche di chi si dedicava all'assistenza dei malati.
Con il passare del tempo e con l'avanzare del progresso tecnico e scientifico, si è reso necessario fornire le basi per preparare opportunamente il personale di assistenza a compiti sempre più complessi, soprattutto in relazione allo sviluppo della tecniche diagnostiche e delle procedure terapeutiche mediche avvenute nel corso dell'evoluzione clinica.
Quindi dalla fase istintuale, passando per quella che potremmo definire di sviluppo morale ed etico, si è arrivati alla fase tecnica, in cui l'infermiere ha cominciato ad assumere, nella sanità, un ruolo di ausiliarietà al medico.
Alle prime attitudini fondamentali, se ne è aggiunta un'altra, e con un effetto di diluizione dei principi originari, si è andata perdendo l'attenzione verso l'oggetto delle cure, concentrandosi maggiormente sui mezzi delle cure, su attività delegate da altri.
Si è andata perdendo, in ambito assistenziale, la centralità della persona umana, e si è fatta strada quella disumanizzazione delle cure che tante volte si è manifestata nel corso della storia.
Lo sviluppo che ha avuto la scienza medica negli ultimi due secoli ha così profondamente modificato i rapporti tra i soggetti interni alla sanità, che potremmo definire essenzialmente ospedaliera, tanto da determinarne i ruoli e le funzioni in modo funzionale ad essa.
Se si volevano infermieri istruiti era perché il medico ne aveva bisogno.
Le stesse scuole per infermieri originano da iniziative di medici, sono loro a stabilire i contenuti dei programmi e ad insegnare.
L'infermiere è stato forgiato per molto tempo su un nozionismo medico di formato ridotto e semplificato.

Con lo sviluppo delle teorie del nursing, la professione infermieristica è entrata in un'altra fase, quella che alcuni definiscono la fase creativa.
Se ai principi etici e morali si sono aggiunte le nozioni tecnico-scientifiche, cominciano ora a sommarsi altri elementi che definiscono il campo di intervento specifico della professione, che hanno le loro basi teoriche sul processo di nursing.
La professione si arricchisce di una sua peculiarità, e l'assistenza alla persona, intesa nella sua globalità biologica, psicologica, socio-culturale, si imposta su precisi metodi scientifici.
Abbiamo potuto rilevare, nel corso della ricerca, che molti sono stati i fattori che hanno ostacolato un pieno sviluppo di questa tendenza, i vecchi poteri esercitati dal clero, una classe medica accentratrice, i settori amministrativi, le forze politiche conservatrici.
Un grande impegno però è stato dimostrato dalle associazioni di categoria che da almeno un secolo hanno con tenacia portato avanti le loro istanze di emancipazione, di sviluppo culturale e di autonomia professionale..
Le basi del nursing moderno si fanno risalire alla seconda metà dell'ottocento, alla riforma inglese di F. Nightingale, e moltissimi contributi sono stati forniti negli anni successivi a livello internazionale e nazionale.
I princìpi teorici sono divenuti le basi dell'istruzione professionale, ma fuori dalle Scuole e dalle Università una realtà impregnata dell'eredità del passato non ha reso agevole lo sviluppo concreto di questa nuova scienza, e tantomeno ha dato spazio alla possibilità di sviluppo della ricerca.
Anche la normativa che ha regolamentato l'istruzione e l'esercizio professionale, ha subito un notevole ritardo rispetto allo sviluppo teorico professionale.

E’ stato lungo almeno un secolo in Italia il percorso per l’affermazione dei propri principi, delle proprie metodiche operative, della propria totale autonomia.
Alle soglie del terzo millennio, una professione che da empirica ed umanitaria è divenuta scientifica, ottiene in Italia il totale riconoscimento legislativo di professione autonoma e pienamente responsabile, esercitata da professionisti laureati, a cui è attribuita la gestione diretta delle attività di assistenza infermieristica e la possibilità di svolgere un ruolo attivo in settori dirigenziali suoi specifici.
Ma perché gli enunciati legislativi possano concretizzarsi nella realtà, l’infermiere dovrà fare ulteriori sforzi ed impegnarsi con tenacia nella propria attività quotidiana per poter affermare con forza e determinazione quanto gli è stato riconosciuto sia a livello nazionale che internazionale.
Senza una interiorizzazione di questi principi, senza una presa di coscienza del nuovo ruolo attribuitogli, senza la comprensione precisa delle funzioni che è chiamato a svolgere nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ci potrebbe essere il rischio che queste nuove norme non vengano applicate nella pratica, o che, in seguito ad errate interpretazioni, ne venga stravolto il contenuto.
La conoscenza del diritto diviene coscienza di diritto; la non conoscenza, ne determina inevitabilmente la negazione, e la inevitabile privazione.
Come l’infermiere è ben consapevole dei valori etici (primum non nocere), e di quanto essi siano collegati alla responsabilità dei propri atti, ed è ben consapevole di quanto la disattenzione rispetto ai primi possa determinare effetti di nocumento e disumanizzazione, in egual misura deve essere conscio del nuovo ruolo attribuitogli, in funzione della competenza acquisita e delle nuove responsabilità attribuitegli, in quanto una disattenzione, in questo caso, produrrebbe un grave

nocumento a lui stesso, oltre che a tutti coloro che gli sono affidati nell'attività assistenziale.
Il comprendere l'importanza di quanto è accaduto, potrebbe produrre la motivazione profonda per un impegno di affermazione professionale, che porti gli infermieri fuori dalle logiche di "mestiere qualunque", ne modifichi lo status sociale, ne migliori le condizioni lavorative ed operative.
Emerge spesso da dati statistici nazionali che la categoria degli infermieri è tra le più "assenteiste", ma ancora sotto voce si parla di lavoro usurante, di organici ridotti all'osso, di scarsa gratificazione personale, di mancanza di aggiornamento, di burn out; di mancato riconoscimento dei diritti fondamentali dell'individuo e dei bisogni fondamentali della persona umana (come si può pensare che un essere umano possa lavorare ininterrottamente dalle 13 alle 21, senza mangiare? perché il medico in guardia notturna attiva può dormire saporitamente nella sua camera, spesso superaccessoriata e l'infermiere no?.....ecc, ecc). **Ma chi non vede riconosciuti i suoi diritti e i suoi bisogni…..non può….riconoscere i diritti e i bisogni degli altri!**
E non si può omettere di ricordare il basso numero di iscritti ai corsi universitari per infermieri, e la fuga dalla professione.
Sembra di ripercorrere la storia, ritrovando situazioni che si riproducono nel tempo, in cui la professione è disincentivata e non gode di una reputazione sociale eccellente.
Si impone un salto di qualità, in cui l'infermiere assuma appieno il compito sociale assegnatogli, ed eserciti la propria arte professionale in una logica di qualità e di accreditamento di eccellenza, ricevendo le giuste gratificazioni da questa professione che è tra le più umane.
Possiamo diventare gli elementi portanti di una nuova umanizzazione della sanità

BIBLIOGRAFIA

C.Bifulco, *Storia dell'assistenza sociale e infermieristica*. Casa editrice l'Azienda ospedaliera, Pontedera 1953.

F. Baldini. *L'infermiere istruito*. Napoli 1790

Da un articolo del "*Corriere Parmense*", riportato su *"L'Infermiere*", marzo 1905.

H. Zimmern, *'Infermiere patentate e infermiere inservienti'* , "Nuova Antologia",16 settembre 1910,

Ministero dell'Interno, *'Rilevamento statistico-amministrativo sul servizio degli ospedali e sulle spese di spedalità'*, Roma 1906.

Costituzione della Repubblica Italiana. *1° gennaio 1998, 50° anniversario della Costituzione della Repubblica*, Camera dei Deputati. Servizio informazione parlamentare e relazioni esterne.. Ufficio atti e pubblicazioni. Roma 1997.

Giorgio Bocca Articolo su "*I mali delle Unità Sanitarie*" in "La Repubblica" 3-15- febbraio 1988 p.7

Carlo Calamandrei, “*L'assistenza infermieristica. Storia, teoria, metodi”* (nuova edizione aggiornata), NIS, 1993

Cecilia Sironi, “*Storia dell'assistenza infermieristica”*, NIS, 1991

Presentazione della SoISAI, Società Italiana di Storia dell’Assistenza Infermieristica. Il Presidente G. Celeri Bellotti

www.infermieri.com

www.tesionline.it

Infermieristica On Line

da pag 10 a pag 20 è riportato l'abstract della tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche di Maja Tommasini dal titolo: "Guaritrici di campagna, medichesse e streghe. La medicina popolare alle origini dell'assistenza e delle cure infermieristiche"