

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI DIPLOMA UNIVERSITARIO  
PER INFERMIERE**

**FONDAZIONE S.LUCIA I.R.C.C.S.**

**Il percorso storico ed evolutivo della professione  
infermieristica in una visione socio-politica.**

Relatori: D.A.I. Prof. N. Barbato

Studente : Francesco Signori

Avv. Prof. I. Giacomelli

**ANNO ACCADEMICO 1999/2000**

# INDICE

Introduzione.....	Pag. I
Capitolo I – Storia	
1.1 Cenni storici dell’assistenza in Italia:	
dalle origini del cristianesimo all’unità d’Italia.....	“ 1
1.2 Dall’unità d’Italia al secondo dopoguerra.....	“ 25
1.3 Dal secondo dopoguerra ai tempi nostri:	
le riforme della sanità.....	“ 74
Bibliografia del I Capitolo.....	“ 108
Capitolo II – I principi della professione infermieristica.	
2.1 Dal primo riconoscimento della professione	
all’accesso alla dirigenza: 1925-2000.....	“ 113
2.2 La responsabilità: riferimenti normativi.....	“ 137
2.3 Le norme di riferimento etiche e deontologiche.	
Il nuovo Codice Deontologico.....	“ 139
2.4 La Bioetica.....	“ 146
Bibliografia del secondo capitolo.....	“ 148
Conclusioni.....	” 150

*Agli infermieri.*

Ringraziamenti.

Intendo ringraziare di cuore tutte le persone che mi hanno aiutato a compiere questo lavoro: i miei relatori, il Direttore Nicola Barbato e il Professor Ivano Giacomelli, i docenti del corso di D.U.I., la C.S. Carovillano, i tutor Fabio Palazzi e Maurizio Fiorda, i compagni e le compagne del corso, i colleghi tutti della Divisione A dell'Ospedale Fondazione S. Lucia IRCCS, le C.S. Annamaria Di Nardo e Rita Franculli. Voglio ringraziare particolarmente, per l'incoraggiamento e l'aiuto concreto, Elvira Castellano, Silvia Capuani, mia figlia Lucia, lo zio Antonio, i miei genitori, i miei amici.

Roma, 16 ottobre 2000.

## **INTRODUZIONE.**

Lavoro nella sanità da quando, nel 1978, ho acquisito il titolo di infermiere generico; nel corso delle mie esperienze lavorative, in ambulatori, ospedali o cliniche private, ho conosciuto molti infermieri e frequentemente ho potuto notare in loro uno scarso entusiasmo, fin quasi alla totale disaffezione, nel loro agire professionale.

Ho condiviso con loro una realtà che oggettivamente può non essere considerata tra le più stimolanti, e che spesso influenza in modo così particolare gli atteggiamenti personali da produrre comportamenti che possono avere effetti, per dirla come oggi tanto si usa, disumanizzanti.

Una disumanizzazione figlia a sua volta di un effetto disumanizzante, ambientale ed omnicomprensivo.

Ma da dove origina questa situazione e quali le sue radici storiche e sociali?

Chi è stato, prima di noi, l'infermiere? Come ha vissuto il suo lavoro?

Quando si comincia a parlare di disumanizzazione?

Quali le possibilità per favorire un salto qualitativo nel vivere e nell'agire la professione?

Nel presente lavoro si è ricercata la nascita della professione dell'assistenza infermieristica, scavando indietro nel tempo per trovarne le tracce più remote, il ruolo ricoperto, le funzioni che ha dovuto svolgere nelle varie

epoche storiche, ed il suo mutamento con l'evoluzione socio-culturale della società.

Nel primo capitolo si procede con un excursus storico che prende inizio dalle origini del Cristianesimo e, ripercorrendo a grandi linee tutto il corso della storia, giunge fino ai nostri giorni.

Si è ricercata la presenza di quelle persone che si dedicavano all'assistenza, gli antesignani del moderno nursing, e si è cercato di capire le fasi che hanno attraversato e le realtà in cui si sono trovati ad operare, la loro condizione sociale, il grado di istruzione, la qualità del "prodotto" da loro fornito.

Dall'unità d'Italia in poi si sono ricercate le norme legislative che hanno costruito l'ossatura della sanità nazionale, fino alle ultime riforme sanitarie, e le norme inerenti la formazione e le funzioni infermieristiche, emanate fino agli anni '50.

Nel secondo capitolo, dedicato ai principi della professione, si riporta quanto è emerso da una ricerca sulle moderne norme che hanno regolamentato la professione, in quale contesto sono nate, quali le spinte e le resistenze alle loro approvazioni.

Quali le spinte e le resistenze alla loro applicazione, si cerca di esprimerlo nelle conclusioni.

# CAPITOLO I - STORIA

## 1.1 Cenni storici dell'assistenza in Italia:

### dalle origini del cristianesimo all'unità d'Italia.

Umanizzare significa, letteralmente, “rendere umano, civile, elevare al livello della civiltà di un popolo”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

Lo stesso vale per deumanizzare, in cui il de- indica la privazione, la sottrazione<sup>3</sup>.

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”<sup>4</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> N.Zingarelli, *Il Nuovo Zingarelli*, Zanichelli, Bologna 1987, p.2081.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 595.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 509.

<sup>4</sup> *Ivi*, p. 2081.

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 .

Parlare oggi di disumanizzazione, alla luce del sentimento di diritto che pervade ampi strati della popolazione e che emerge da vari settori sociali, non significa che la disumanizzazione sia frutto solo del nostro tempo.

Forse è molto più attuale il senso di capacità critica, più diffuso di tempi passati, nei quali non mancano storie di pessima assistenza.

Tornando alla parola umanizzazione, Zingarelli così si esprime: essa è “l’assunzione della natura e della condizione umana, in special modo con riferimento a Gesù Cristo”<sup>1</sup>.

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.

Diaconie, 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

---

<sup>1</sup> *Ivi*,p.2081



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, diaconie 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”<sup>1</sup>.

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 medicinali.

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<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> A. Pazzini, *L'Ospedale nei secoli*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma 1958.

<sup>2</sup> *Ivi*, *Alle origini del Cristianesimo*, pag. 29 e seguenti.

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<sup>1</sup>.

L'assistenza che viene prestata in questi luoghi, nel corso di tutto il medio 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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, Il Feudalesimo, I Comuni, pag: 75 e seg.

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<sup>1</sup>.

Nel 1400 si ha una prima regolamentazione statale dell'amministrazione e della gestione ospedaliera ed una disciplina della professione sanitaria all'interno degli ospedali<sup>2</sup>.

Cambiano molte cose: la medicina non può essere praticata dal clero per ordine di dettati conciliari e papali (ecclesia aborret sanguine)<sup>3</sup>.

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"<sup>4</sup>.

Frequenti i casi di scandalo e di processi.

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Ed. Laterza, Bari 1998, pag.37

<sup>2</sup> *Ivi*, pag. 51

<sup>3</sup> *Ivi*, pag. 44

<sup>4</sup> P. Pecchiai, *L'Ospedale Maggiore di Milano nella storia e nell'arte*, Pizzi e Pizio, Milano 1927, p.14.

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”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

Anche nei grandi ospedali sono presenti le Regole, che dettano i comportamenti da seguire.

---

<sup>1</sup> A. Pazzini, *op. cit.*, p.153.

<sup>2</sup> A. Pazzini, *Op. cit.*, p. 7, p .144 e seg.

Il Liber Regulae dell'ospedale S. Spirito in Sassia di Roma, nel capitolo XL, 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, nel capitolo XLII, “i poveri che volessero farsi ospitare nella casa di S. Spirito fossero accolti volentieri e trattati amorevolmente”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p. 37

<sup>2</sup> *Ivi*. *Op. cit.*, p. 64

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<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> A. Pazzini, *Op. cit.*, p.128.

<sup>2</sup> Ivi, p. 151.



ricoperto da una veste bianca e deposto in un letto ben preparato. La pulizia è ammirevole”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> A. Celli , *Storia della malaria nell' Agro Romano*, in “Memorie dei Lincei. Classe di scienze fisiche, matematiche e naturali”, serie 6°, vol. I, fasc. 3, Tip. Leonardo da Vinci , Città di Castello 1927, p. 231.

<sup>2</sup> A. Pazzini, *Op. cit.* , p. 243.

<sup>3</sup> Ivi, p.154.

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”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>, 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<sup>3</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> Ivi, p. 154-155.

<sup>2</sup> A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall’età dei Lumi all’Unità*, in Storia d’Italia, Annali VI, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1984, p.242.

<sup>3</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.191.

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”<sup>1</sup>.

Camillo, riformatore dell’assistenza ospedaliera, detta le Regole<sup>2</sup> 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<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>C.C. Martindale, *S. Camillo de Lellis*, trad. it. Di G. Pozzo, Longanesi, Milano 1947, p.96 e 99.

<sup>2</sup> S. Leone *Etica*. Mc Graw Hill Milano 1993. Appendice: Regole di S. Camillo De Lellis (1550-1561) per i “Ministri degli infermi”, p.223.

<sup>3</sup> Ivi, p. 105.

<sup>4</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p. 196.

Si sviluppa una reazione all'inumanità del Rinascimento, figlio dell'Umanesimo<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> E' il Pazzini a parlare di "inumanità dell'umanesimo", in *Op. cit.*, riferendosi al Rinascimento, figlio dell'Umanesimo.

<sup>2</sup> A. Pazzini, *Op. cit.*, p. 152.

<sup>3</sup> A. Pazzini, *Op. cit.*, p. 182.

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”<sup>1</sup>.

L’esigenza molto sentita di una vera umanizzazione nel rapporto con il malato, esige che all’antropologico farsi prossimo, si unisca uno specifico operare tecnologico, al fine di assicurare prestazioni premurose ma anche efficienti<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>.

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<sup>4</sup>.

In base a varie testimonianze, la determinazione ad umanizzare l’assistenza da parte degli ordini religiosi Ospedalieri fondati dai Santi riformatori, non

---

<sup>1</sup> C.Bifulco, *Storia dell’assistenza sociale e infermieristica*. Casa editrice l’Azienda ospedaliera, Pontedera 1953. p. 79-80.

<sup>2</sup> G. Cosmacini, Op. cit., p. 199.

<sup>3</sup> S. Spinelli . *La Ca’ Grande 1456-1956*. Cordani, Milano 1956. P. 232

<sup>4</sup> Ivi, p. 231 e 235.

riesce a creare un cambiamento generale di una situazione generatrice di infezioni e malattie, in un ambiente “sotto ogni aspetto, dei più ributtanti”<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>.

L’assistenza inizia ad essere delegata anche a studenti di medicina, incaricati di svolgere mansioni infermieristiche, dalle “chiamate dei malati”, al “distribuire medicinali”, al “visitare frequentemente i malati gravi”.

Questi compiti sono assolti da infermieri “matricolati in chirurgia” e “sotto-infermieri nominati tra giovani studenti di chirurgia, capaci di sostenere le

---

<sup>1</sup> A. Pazzini, *Op. cit.*, p. 215.

<sup>2</sup> V. Dimonte. *Da servente ad infermiere, una storia dell’assistenza infermieristica in Italia*. Mandragola, Grugliasco (Torino) 1995. p.31.

veci dell'infermiere e di prestargli l'occorrente aiuto in sua assenza o impotenza”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> U. Baccarani, *Infermieri e infermiere*. Modena 1909. p.13-14.

<sup>2</sup> *Ivi.* p. 16

<sup>3</sup> G. Cosmacini. *Op.cit.* p.296

gli insegnamenti delle epoche precedenti evitando gli inconvenienti delle vecchie costruzioni<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

Non in tutti gli ospedali c'è questa rivalutazione, e si determina una grande disomogeneità sul territorio, in cui permangono situazioni disastrose.

---

<sup>1</sup> A. Pazzini. *Op. cit.* p.232.

<sup>2</sup> V. Dimonte. *Op. cit.* p.37.



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, affinché 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...”<sup>1</sup>.

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 Ernesto Rusca a Milano nel 1833 e "Pedagogia dell'Infermiere" scritto da Cattaneo sempre a Milano nel 1846<sup>2</sup>.

Per migliorare la preparazione infermieristica vi è l'istituzione della Scuola Medico Chirurgica e Chimico Farmaceutica per i giovani infermieri del

---

<sup>1</sup> F. Baldini. *L'infermiere istruito*. Napoli 1790. p. 19-20.

<sup>2</sup> V. Dimonte. *Op. cit.* p.40.

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”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.41.

<sup>2</sup> P. Frascani, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali VII, Op. cit. p.300.

<sup>3</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 44..

“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”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 44, Nota 108.

<sup>2</sup> S. Tramontin, Citato da V. Dimonte in *Op. cit* , p44 , nota 107

pericolose' nel contesto urbano" secondo il volere degli amministratori interni e delle autorità locali<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> V. Dimonte. *Op. cit.*, p. 45 e nota 110.

<sup>2</sup> C. Calliano, *Assistenza agli infermi in ospedale ed in famiglia*. U. Hoepli Editore, Milano 1892, p.3.

E ancora: “senza una assistenza attiva e intelligente non è possibile nei più dei casi la cura razionale di alcuna grave malattia”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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,

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 6.

<sup>2</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p.50.

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 formazione professionale 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 "moglie" obbediente del medico<sup>1</sup>.

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, il che rende gli ospedali inferiori rispetto a quelli mitteleuropei.

L'ospedale è luogo di mortalità, per le condizioni igieniche e le patologie infettive, diffuse specialmente tra gli strati sociali più poveri.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.48.

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”<sup>1</sup>.

## **1.2 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’<sup>2</sup>, 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”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.403.

<sup>2</sup> Codice per la pubblica igiene, Articolo 1, dal “*Giornale della R. Società italiana d’Igiene*”, 1886, pp.486 sgg, riportato in: G. Cosmacini, *Op. cit.* pag. 405-406.

<sup>3</sup> T. Detti, *Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra ‘800 e ‘900*, in “*Movimento operaio e socialista*”, 1979, p. 14.

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 sanitari<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.403.



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<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

La Legge del 1890 non dà molti strumenti di intervento specifico per il

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 56

<sup>2</sup> P. Frascani, Cit in V. Dimonte, *Op. cit.*, nota n. 156, p. 57.

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<sup>1</sup>.

Sorgono nel frattempo nuovi ospedali, basati su nuovi criteri 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.

---

<sup>1</sup>G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.416.

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)<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, Op. cit., Cap. secondo, 'La nascita dell'ospedale produttivo', p. 61 e seg.

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<sup>1</sup>.

“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”<sup>2</sup>.

“La guarigione degl’ infermi è affidata alla natura, al medico e a quelli che li assistono”<sup>3</sup>.

“...i benefici morali e materiali che un infermo ritrae dal suo ricovero in ospedale, non dipendono solo dalla abilità e devozione dei medici, dalla

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p.75.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 76 citazione di C. De Gregorio, nota n. 53.

<sup>3</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p. 107.

larghezza dei mezzi, dalla modernità degli impianti nosocomiali, ma anche dalla amorevolezza, la prontezza, la sapienza ed abilità dell'infermiere"<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

La situazione è talmente grave e degenerare 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...corrano 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"<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 42.

<sup>2</sup> G. Ascoli, *Considerazioni generali sull'assistenza infermiera*, "L'Ospedale Maggiore", maggio 1920, p.143.

<sup>3</sup> *L'Ospedale di S. Giovanni*, "La Tribuna", 28 gennaio 1909.

“Bruttare e soperchierie...nell’Ospedale venivano commesse a danno dell’immensa pletora di diseredati (infermi e personale)”<sup>1</sup>.

L'assistenza infermieristica è "manchevole sotto tutti i riguardi", viene detto<sup>2</sup>, 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”<sup>3</sup>.

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”<sup>4</sup>.

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

---

<sup>1</sup> Da un articolo del “Corriere Parmense”, riportato su “L’Infermiere”, marzo 1905.

<sup>2</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 75.

<sup>3</sup> H. Zimmern, *Infermiere patentate e infermiere inservienti*, “Nuova Antologia”, 16 settembre 1910, p. 257

<sup>4</sup> Interrogazione dell’on. Monti-Guarnieri al ministro dell’interno, Riportato da: V. Dimonte, *Op. cit.* nota n. 11, p.65.

d'improvviso!"<sup>1</sup>; 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?"<sup>2</sup>.

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.?"<sup>3</sup>.

Gli stessi medici, solidali almeno agli inizi del secolo, per posizione ideologico-politica di classe, con gli infermieri e con gli stessi malati (operai), 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

---

<sup>1</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p. 102.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 103

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 53.

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<sup>1</sup>.

Le stesse Leghe criticano le negligenze e le trascuratezze degli infermieri, e promuovono l'allontanamento dal servizio di assistenza di tutti quanti

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 85-seg..



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<sup>1</sup>, 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”<sup>2</sup>.

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...”<sup>3</sup>.

Le retribuzioni del personale infermieristico sono tra le più basse di tutti i "mestieri"<sup>4</sup> (il che determina quel malcostume diffuso legato a mance e ruberie sul vitto o sulle suppellettili dell'ospedale<sup>5</sup>), con l'aggravante che

---

<sup>1</sup> Ministero dell'Interno, *Rilevamento statistico-amministrativo sul servizio degli ospedali e sulle spese di ospedalità*, Roma 1906.

<sup>2</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p. 42.

<sup>3</sup> “L'Infermiere” maggio- giugno 1908. Risposta all'interrogazione degli on. Monti-Guarnieri e Maraini.

<sup>4</sup> Rilevamento statistico Min. Int., *Cit.*

<sup>5</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p.106.

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<sup>1</sup>) 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...”<sup>2</sup>; come pure per i locali dove gli infermieri alloggiano: “...sono quasi da per tutto...male tenuti, sporchi, a volte disgustanti”<sup>3</sup>.

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 )<sup>4</sup>.

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”<sup>5</sup>; 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

---

<sup>1</sup> Rilevamento statistico Min. Int., Citato in U. Baccarani, *Op. cit.* , p. 57.

<sup>2</sup> V. Dimonte, *Op. cit.* , p. 100 e nota n. 9.

<sup>3</sup> U. Baccarani, *Op. cit.* , p. 58.

<sup>4</sup> V. Dimonte, *Op. cit.* , Cap.III , La condizione degli infermieri, p. 97 seg.

<sup>5</sup> U. Baccarani, *Op. cit.* , p.98.

corso della discussione del disegno di legge 'Per gli ospedali riuniti di Roma'<sup>1</sup>.

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."<sup>2</sup>.

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"<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p.107.

<sup>2</sup> Memoriale del C.C. della Federazione Infermieri. "L'Infermiere", n. XXXII, 1906.

<sup>3</sup> *Ivi.*

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 nocimento 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"<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> Schema di Regolamento-tipo. "L'Infermiere", n. XLII, settembre-ottobre 1906, punto 14.

<sup>2</sup> Lettera del dott. A. Ascarelli, "L'Infermiere", luglio-agosto, 1908. .

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)<sup>1</sup>.

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 sempre più aspre della vita create dal

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, 'Lo sciopero impossibile', p.109 e seg. .

rincarare 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”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>.

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”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> A. Peracchia, Articolo pubblicato su “L’infermiere” , luglio 1907.

<sup>2</sup> T. Rossi Doria, *Medico socialista*, in “L’infermiere” , n. XXXIV, 1906.

<sup>3</sup> V. Dimonte, *Op.cit.* , p.177.

<sup>4</sup> G. Pugliesi, *Manuale dell’infermiere*, riportato da “L’infermiere”, giugno 1912, in: ‘cosa è e cosa dovrebbe essere l’infermiere’.

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"<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 167.

<sup>2</sup> G. Margaria, *Per il miglioramento e l'istruzione degli infermieri*. "L'infermiere", XXXVI, 1906.

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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>, 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

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.419.

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, 'La nuova condizione del malato', p. 68 e seg.

<sup>3</sup> *Ivi*, 'La donna nasce infermiera': uno spazio *naturale* rivendicato dai primi movimenti femminili. P. 88 e seg.



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<sup>1</sup>, il loro compito è sempre stato

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, Cap. IV , 'Infermieri laici e suore ospedaliere'. P.125 e seg.

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<sup>1</sup>.

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 ospedaliera. Le maniche del costume delle suore sembrano fatte apposta per raccogliere e

---

<sup>1</sup> *Ivi.* p. 144.

seminare da per tutto la polvere e i germi delle malattie”<sup>1</sup>; 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”<sup>2</sup>.

Critiche non mancano alle loro regole di vita ed alle affezioni 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”<sup>3</sup>.

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”<sup>4</sup>, 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”<sup>5</sup>, come pure: “...curano l’economia dell’azienda, evitando ogni sciupio, pronte a richieste di maggiore lavoro”<sup>6</sup>, dall’altra parte producono gravi limitazioni ad una completa assistenza al passo con i tempi.

---

<sup>1</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p.137.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 139.

<sup>3</sup> G. Podrecca, riportato in V. Dimonte, *Op. cit.*, nota n. 39, p. 137.

<sup>4</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p. 134.

<sup>5</sup> *Ivi*, p. 145.

<sup>6</sup> *Ivi*.

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 ..."<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>, ed inoltre non mancano denunce di eccessi: "una suora...spadroneggia in una clinica, non solo con gli infermieri ma, deplorabile a dirsi, anche con i poveri malati"<sup>4</sup>, 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"<sup>5</sup>.

La stessa religiosità ha i suoi effetti deplorabili quando si verificano episodi tipo: "...alcune suore si erano rifiutate di eseguire le cure ordinate

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 141.

<sup>2</sup> G. Podrecca, *La laicizzazione degli ospedali*, Citato in V. Dimonte, *Op. cit.*, p.136 nota n. 36.

<sup>3</sup> U. Baccarani, *Op. cit.*, p. 38-40.

<sup>4</sup> *E sempre le monache!*, "L'infermiere", n.XXXIV, 1906.

<sup>5</sup> *Le suore di carità strumento di clericalismo*, "L'infermiere", agosto-settembre 1909.

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’...”<sup>1</sup>.

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’<sup>2</sup>, 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 medico-clinico, 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

---

<sup>1</sup> A. Celli, Per la scuola delle infermiere, Riportato in V. Dimonte, *Op. cit.*, p.143, nota n. 57.

<sup>2</sup> H. Zimmern, *Op. cit.*, p.587

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"<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> E. Palazzo, *Dorotea Snell e la riforma dell'assistenza sanitaria in Italia*, Ed. A-ELLE-DI, MessinRoma 1957, p.290.

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)<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> U. Bacarani, *Op. cit.*, p.144.

<sup>2</sup> *Ivi.*

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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

In relazione a ciò non poche sono le istituzioni ospedaliere che organizzano corsi di scolarizzazione serali per i propri infermieri, come il caso

---

<sup>1</sup> *Rilevamento statistico Min Int.*, Cit.

<sup>2</sup> A. Cortini, *Laicizzazione*, in : " L'infermiere laico" , 15 aprile 1907.



dell'ospedale di Messina, che “a fianco della scuola degl'infermieri aveva una scuola elementare per gl'infermieri, fatta da un impiegato”<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> U. Baccarani, Op. cit., p.79.

al Policlinico Umberto I di Roma, su modello inglese e sotto direzione di una "Matron" inglese, Dorotea Snell, scuola esclusivamente femminile, di durata biennale<sup>1</sup>.

C'è la tendenza ad affidare le scuole a "maestranze straniere per dare una forma tangibile al concetto nuovo dell'assistenza"<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p. 189.

<sup>2</sup> *Ivi*, nota n. 77.

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..."<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> "L'infermiere", maggio 1909.

<sup>2</sup> V. Dimonte, *Op. cit.* p.199.

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”<sup>1</sup>.

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 parlamentari<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.* , p173.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 177.

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”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

“...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...”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> P. Frascani, *Op. cit.*, p.201.

<sup>2</sup> G.Cosmacini, *Op. cit.* , p. 430.

<sup>3</sup> G. Mortara, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Laterza, Bari, 1925 p.1.

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"<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 2.

<sup>2</sup> STAR, *Il posto della donna negli ospedali militari*, "Nuova Antologia", 1 luglio 1917,p.96.

dalla media borghesia, che cercano di dare il proprio contributo attraverso l'attività di volontariato infermieristico<sup>1</sup>.

Questa esperienza contribuirà ad apportare modifiche sostanziali nelle istituzioni sanitarie del primo dopoguerra<sup>2</sup>.

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 ispecie 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"<sup>3</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, p.207.

<sup>2</sup> *Ivi.*

<sup>3</sup> *Relazione di maggioranza della Commissione Ministeriale per lo studio della riforma dell'assistenza infermiera*, Roma, 3 settembre 1919, (riportata in "L'Ospedale Maggiore", n.1, gennaio 1920 e n.3, marzo 1920, p. 21).

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<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> V. Dimonte, *Op. cit.*, nota n. 22, p.211.

<sup>2</sup> Consiglio Nazionale Donne Italiane, *Relazione sulla questione infermiere*, Consiglio direttivo, giugno 1918, p. 15.



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”<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> G. Fanoli, *Il Congresso di Bologna*, “L'infermiere”, giugno 1919.

<sup>2</sup> G. Cosmacini, *Op. cit.*, p.427.

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”<sup>1</sup>.

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 deplorabile, in pochissimi appare discreta”; e si descrivono infermieri “rozzi, incivili e parecchi addirittura dediti a vizi, particolarmente all’ubriachezza 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 sopravvesti sudice,...con abiti e calzature fruste, con biancheria più che sospetta, spiranti non di rado perfino una igienica repugnanza”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Relazione di maggioranza*, cit. p. 24-25.

<sup>2</sup> *Ivi*, p.22.

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<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.27.

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 nubolato 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”<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Relazione di minoranza*, in “L'ospedale Maggiore”, Cit. p. 82.

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”<sup>1</sup>, 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”<sup>2</sup>, 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”<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.87.

<sup>2</sup> *Ivi*.

<sup>3</sup> *Ivi*.

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<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Relazione di maggioranza, Cit., p. 76.*



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”<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> “Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia”, 12 aprile 1922, n. 21.

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<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup>V. Dimonte ,Op. cit., nota n. 100, p. 232.

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<sup>1</sup>.

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 scuole-convitto, 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<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, nota n. 105, p.233.

<sup>2</sup> L. 562, art.3.

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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> A. B. Cosseta, *Professione Infermiere. Organizzazione, Normativa, Etica*. U.T.E.T. 1994, I° Vol., p. 191.

<sup>2</sup> *Ivi*, p.241

Sia l'A.N.I.T.I. 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 auspiccate 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”<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> P. Frascani, *Op. cit.*, p.213.

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: un T.U.LL.SS., 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 Petraghani, 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 l'adesione di associazioni nazionali non libere, in quanto presupposti per l'adesione sono, oltre la riconosciuta rappresentatività per il proprio Paese: l'autonomia, la aconfessionalità, la apoliticità e la democraticità<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> A. B. Cosseta. *Op. cit.* p.242..

### **1.3 Dal secondo dopoguerra ai giorni nostri.**

#### **Il diritto alla salute, la Carta Costituzionale, le riforme della sanità.**

Dopo la seconda guerra mondiale, e la caduta degli Stati totalitari in Europa, si vanno sviluppando nuovi principi che possano far risollevere 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 ...”<sup>1</sup>.

Nell'articolo 55 si affermano gli impegni di mantenere la pace e la sicurezza internazionali, elevare il tenore di vita e creare condizioni di

---

<sup>1</sup> A. B. Cosseta, *Op. cit.*, p.270.



progresso e sviluppo economico e sociale, risolvere problemi sanitari internazionali, rispettare i diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali per tutti<sup>1</sup>.

Nel 1948 viene adottata all'unanimità, dall'assemblea, la "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo"<sup>2</sup>, 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<sup>3</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> *Ivi*.

<sup>2</sup> Riportata integralmente in: C. Cortese A. Fedrigotti, *Op. cit.* Allegato I p. 183.

<sup>3</sup> A. B. Cosseta, *Op. cit.*, p.204

Nel suo atto costitutivo si dichiara che “... il possesso del migliore stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano ...”<sup>1</sup>.

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 fondamentali 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)<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, .262-264.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> *Ivi*, Art. 32.

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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

Ma regna una certa confusione ed un notevole spreco di risorse.

E' utile ricordare come, nel 1965, un editoriale del settimanale inglese "The Economist", dichiara: "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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, Art.117-118.

<sup>2</sup> C. Passerino, *Lezioni introduttive all'economia sanitaria*, Quaderni di ricerca del Centro di Economia Sanitaria. 1966. p.43.

persone assistite dalle undici grandi mutue ammonta a 68.427.112 unità, circa sedici milioni più di quanto conti tutt'intera la popolazione italiana"<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. Ed. Laterza, Bari, 1994, p.248.

<sup>2</sup> I. Giacomelli. Dispense del: *Corso di Legislazione e di Organizzazione Sanitaria. Percorso storico dell'assistenza: dalla beneficenza al diritto*. Corso di D.U.I..AA.1999-2000.

<sup>3</sup> *Ivi*.

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"<sup>1</sup>.

Nel 1965 viene scritto un "Libro bianco 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"<sup>2</sup>.

L'ospedale va inserito nel territorio ed articolato con gli altri presidi sanitari.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, 236.

<sup>2</sup> "Libro bianco sulla riforma ospedaliera", a cura di *G. Giannelli e V. Raponi*, supplemento del "Notiziario dell'Amministrazione sanitaria", dicembre 1965, p.6.

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 ...”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

Inoltre, da un’assistenza *ad personam*, si prospetta che l’impegno ospedaliero si estenda anche *ad societatem*, nei termini di prevenzione-promozione della salute collettiva<sup>3</sup>.

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”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.110.

<sup>2</sup> G. Cosmacini, “*Storia...contemporanea*”, Op.cit., p.243.

<sup>3</sup> *Ivi*.

<sup>4</sup> L’inchiesta è inserita in un inserto del “*Libro bianco*”, Cit., pp.22-104.

“Sfilano davanti gli occhi corsie sovraffollate di letti e di brande, code e calvari di malati questuanti, reparti per acuti trasformati in cronicari, reparti per 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”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> G Cosmacini. “Storia...contemporanea”, Op. cit., p.246.

<sup>2</sup> Libro bianco, Cit., p.105.

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<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> *Per l’istituzione in Italia di un sistema di sicurezza sociale*. “Rassegna Sindacale” n.33, settembre 1960, pp.11-12.

<sup>2</sup> Editoriale di *N.Jucker*, su “The Economist”, riportato in *ivi*, pp.107-109



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<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini, *Storia...contemporanea*. Op. cit. , p 237

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"<sup>1</sup>.

"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"<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>(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<sup>4</sup>).

---

<sup>1</sup> *Il ricovero lungo*, in "TM", n. 120, marzo 1974, pp.40-41.

<sup>2</sup> *Ivi*.

<sup>3</sup> G. Cosmacini, *Storia...contemporanea*, Op. cit.. p.256.

<sup>4</sup> Archibald J. Cocrane *L'Inflazione Medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*. Feltrinelli Milano 1978

Tutto ciò “disumanizza ciò che dovrebbe essere un rapporto profondamente umano e personale”<sup>1</sup>.

L’ospedale diventa un esamificio spersonalizzato, e non sono rari i casi di esecuzione di atti diagnostici e terapeutici non sempre necessari<sup>2</sup>.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, ed il relativo aumento delle patologie cronico-degenerative, 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<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> J.H. Knowles, “L’Ospedale”, in “Le Scienze”, n.73, novembre 1974.

<sup>2</sup> *I diritti del malato. Guida critica alla conoscenza e all’uso dell’ospedale civile*, a cura di G. Jervis, Feltrinelli, Milano 1975, p.20.

<sup>3</sup> *Il ricovero lungo*. Cit., p.45.

solco tra la medicina ospedaliera, dotata di strumenti tecnici avanzati, e quella cosiddetta minore, praticata dai medici di famiglia<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini. *Storia....contemporanea*. Op.cit. p.261

<sup>2</sup> *Ivi.*

<sup>3</sup> *Ivi.* p. 268

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<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> M.Lucidi. Dispense del *Corso di Legislazione*. Diploma universitario per infermiere. AA 1997-1998.

delle convenzioni con le mutue dal primo gennaio 1975, ed il loro scioglimento entro il 30 giugno 1977<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>, e nel 1978 dalla "Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base", tenuta ad Alma-Ata, congiuntamente dall'OMS e dall'UNICEF<sup>3</sup>.

Sempre nel 1978 vediamo maturare le leggi tanto auspiccate.

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

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini. *Storia...contemporanea*. Op.cit. , p.267.

<sup>2</sup> A.B.Cosseta. *Op. cit.*, p.264.

<sup>3</sup> C. Cortese, A. Fedrigotti, *Etica Infermieristica, Sviluppo morale e professionale*. Ed.Sorbona, Milano, 2° edizione 1989 . p.211

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”<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> I. Giacomelli. *Cit*



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<sup>1</sup>.

Dalla cultura ospedalocentrica della L.132, arriviamo ad avere, con la L.833, una più ampia accezione al diritto alla salute<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> C. Passerino *Op. cit.* p.45.

<sup>2</sup> *I.vi.*

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.

La partecipazione democratica è garantita, secondo i dettami della legge, dal meccanismo di gestione delle USL, emanazioni di Comuni o Associazioni di Comuni, ed i suoi organi principali sono l’Assemblea dei Comuni ed il Comitato di Gestione, organi politici, composti dai consiglieri comunali dei Comuni interessati, e l’Ufficio di Direzione.

Il presidente del comitato di gestione è anche il presidente della USL.

I vertici della USL sono organi collegiali composti da rappresentanti politici e vertici burocratici.

La L. 833 prevede anche una delega al governo ad emanare decreti relativi al personale delle USL.

Con il D.P.R. 761 del 1979, il personale addetto alle USL è inquadrato in ruoli nominativi regionali: ruolo professionale, ruolo tecnico, ruolo amministrativo, ruolo sanitario, in base ai profili professionali, determinati dai requisiti culturali, professionali ed alla tipologia del lavoro.

Gli appartenenti al ruolo sanitario devono essere iscritti ai relativi ordini o collegi professionali.

Questa Legge, che come si è visto contiene alti principi per la salvaguardia della salute della popolazione, tanto che viene anche paragonata ai disegni illuministici<sup>1</sup>, non vede nei fatti concretizzarsi i suoi enunciati.

“Incertezze, reticenze, ritardi, rinvii”<sup>2</sup>, costellano il suo percorso attuativo.

La prevenzione rimane un semplice enunciato, non essendo stabiliti criteri certi per la sua realizzazione, né sono definiti i tempi per il passaggio dal sistema contributivo mutualistico a quello basato sul prelievo fiscale; l'approntamento delle nuove strutture subisce ritardi, che si tramutano nei ritardi che subiscono i cittadini nel vedersi riconosciuti i propri diritti.

Vengono attuate solo misure graduali, come nel caso della creazione delle SAUB (Strutture Amministrative Unificate di Base), per una morbida transizione dalle mutue alle USL.

---

<sup>1</sup> Giorgio Bocca Articolo su “*I mali delle Unità Sanitarie*” in “La Repubblica” 3-15- febbraio 1988 p.7

<sup>2</sup> G. Cosmacini. *Storia...contemporanea*. Op. cit. p.274

Si verifica pertanto un abbassamento dei livelli di assistenza, una loro caduta qualitativa e quantitativa, che determinano grande delusione nella società, che si aspettava da questa riforma un maggiore rispetto della personalità umana.

Bisogna attendere settimane o mesi per avere una visita specialistica od un ricovero; ci si sente, di fronte all'organizzazione sanitaria, come “un postulante, o, nel caso migliore, un semplice numero”<sup>1</sup>.

“La riforma sanitaria fu un fatto positivo, ma il suo spirito informatore, che rispondeva a criteri di razionalità economica e di equità sociale, venne spesso tradito negli anni seguenti in seguito al cattivo funzionamento di molte USL e agli episodi di lottizzazione verificatisi all'interno di questi organismi, divenuti spesso centri di potere clientelari”<sup>2</sup>.

Critiche ed atteggiamenti ostili alla riforma, tanto che alcuni parlano anche di sabotaggio, ne diluiscono il valore sociale.

I medici non abbandonano quell'atteggiamento culturale legato al puro intervento diagnostico-terapeutico, e divengono “prescrittori di ricette ed esami a tappeto”, e l'utenza, a cui non vengono fornite le possibilità di accedere ad una cultura alla salute, delega in toto alla classe medica la gestione dei propri bisogni sanitari, e diviene “consumatrice di certificati e di farmaci”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *La riforma sanitaria*, Selezione dal “Reder's Digest”. 1980. P.17.

<sup>2</sup> F. Della Penna, *Storia del Novecento. Dalle grandi guerre ai nostri giorni*. Le Monnier, Firenze 1991, p.424

<sup>3</sup> G. Cosmacini *Storia ... contemporanea*. Op. cit. p. 323

In questo contesto, il ruolo del medico nel capitolo della spesa sanitaria è fondamentale.

Egli è inserito nel sistema come libero professionista, convenzionato con la USL, ed è remunerato su base capitaria, senza responsabilità alcuna per la spesa che determina.

Da lui dipendono i costi relativi alle richieste di indagini ed alle prescrizioni terapeutiche, e sotto una ideologia del tutto a tutti, si determina inevitabilmente un aumento insostenibile delle spese per la sanità.

A ciò si deve aggiungere che la legge stabilisce i finanziamenti alle USL secondo il criterio per cui: “la Regione verifica quanto uno ha speso in un anno e assegna i fondi per l’anno successivo aumentandoli di una quota rapportata al tasso d’inflazione. Questa procedura premia gli spreconi e punisce i risparmiatori”<sup>1</sup>.

Quindi oltre le spese, sono da considerare gli sprechi e le inefficienze: “le USL sono una delle cause principali del dissesto dell’azienda Italia; sono pozzi senza fondo che dilapidano le già scarse risorse nazionali; sono esempi di mal governo, sono gestite da politici falliti”<sup>2</sup>.

Oltre alla prevenzione, anche la riabilitazione, la deospedalizzazione (vale a dire il ricovero ospedaliero selettivo, riservato a chi non può essere curato nel proprio domicilio), e l’assistenza domiciliare, elementi fondamentali della riforma, rimangono solo sulla carta.

---

<sup>1</sup> “TM”, n. 210, 30 marzo 1983, p. 82.

<sup>2</sup> Ivi p. 75

Nella gestione della riforma, quindi, i veri protagonisti, i cittadini ed i curanti (medici, infermieri, tecnici), vengono sostituiti dai burocrati, nominati dai partiti, privi spesso della necessaria competenza.

Si accentuano “l’incuria dell’efficienza, la scarsità dell’efficacia, la mediocrità delle prestazioni, la deresponsabilizzazione di curanti, la disumanizzazione delle cure: mali tanto più emergenti quanto più cresce nei cittadini la consapevolezza dei propri diritti”<sup>1</sup>.

In questa fase di presa di coscienza civica, si fa strada il concetto, ripetutamente ripreso dalla stampa, di malasanità.

Manca quello spirito di servizio che, come dice il medico Sirchia, ha trasformato l’ospedale in “simbolo di inefficienza, disumanità e scadente qualità... in un processo di imbarbarimento per la disaffezione del personale al proprio lavoro, talora vero e proprio rancore per la struttura che dà loro da vivere, un’indifferenza assoluta per i bisogni del malato, un’ansia irragionevole di avere sempre di più dando sempre di meno... Vi è inefficienza, scarsa cultura della qualità, scarsa valorizzazione della professionalità, poco rispetto delle persone e dei loro diritti”<sup>2</sup>.

Intanto, dopo l’introduzione dei ticket nei primi anni ’80, con lo scopo di responsabilizzare la popolazione ai consumi, comincia ad aumentare il loro costo con una crescita inarrestabile, che va ad incrinare l’altro principio

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini *Storia...contemporanea*, Op. cit. p.333.

<sup>2</sup> G. Sirchia *Introduzione a: Interventi per la Sanità Pubblica* Milano 1993, p.1

basilare di uguaglianza, equità e solidale distribuzione di risorse, a seconda di dove siano i bisogni.

L'aumento del ticket ha trasformato lo stesso da elemento calmierante a tassa impropria.

Non manca chi attribuisce a quest'aspetto una funzione di calmiera dei "consumi sanitari"; certamente però un certo numero di persone è indotta a rinunciare a prestazioni se non proprio necessarie, almeno utili.

Nel diffuso malcontento, quindi, se da una parte c'è chi sostiene la necessità di applicare integralmente la legge, evitando le inefficienze e gli sprechi dovuti alla sua distorta ed incompleta attuazione, e ribadisce le esigenze del monopolio pubblico sul SSN, dall'altra parte si comincia ad affermare una tendenza controriformista, che origina dall'opinione secondo la quale la pubblica sanità sia un settore economicamente improduttivo e non un settore di promozione del benessere.

Parola d'ordine di questo secondo schieramento sono: "meno Stato e più mercato"<sup>1</sup>, modernizzazione (per esempio con gli appalti della parte alberghiera per gli ospedali, o con l'informatizzazione), competizione tra Stato e privati nel fornire il prodotto/servizio sanitario.

Un forte richiamo ai doveri sociali viene, nel 1988, da un documento della magistratura, in cui alle USL si imputa la maggiore colpevolezza in

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini *Storia... contemporanea* op. cit. p.337

relazione a: “assenteismo del personale, inefficienza delle strutture, spreco del denaro pubblico, inutilizzazione o sottoutilizzazione di materiali e apparecchiature scientifiche, forniture esuberanti, furti e truffe... Nessuna riforma può essere destinata al successo se non è preceduta e accompagnata dal necessario recupero del senso etico e sociale da parte di chi deve attuarla”<sup>1</sup>.

Nel 1989 viene nominato Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo.

Questi promette di risanare la sanità su basi economicistiche, trasformando le USL in aziende pubbliche, depoliticizzandole e mettendole in concorrenza con aziende private.

E' la proposta di “riforma manageriale” della sanità, nel cui linguaggio prende sempre più piede la terminologia dell'economia aziendale: management, budget, marketing.

Il Disegno di Legge passa alla Camera il 18 luglio 1990, subisce modifiche al Senato il 17 ottobre 1991, e decade col decadere della legislatura.

Dopo la riconferma di De Lorenzo a Ministro della Sanità, viene approvato il Decreto Delegato per la Sanità, n. 502 il 23 dicembre 1992, su delega della legge 23 ottobre 1992, n. 421 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”.

Questa nuova legge, senza abrogare la riforma del 1978, e mantenendone inalterati i principi generali, modifica la composizione di potere degli organi direzionali, ridefinisce i meccanismi di finanziamento, introduce

---

<sup>1</sup> Relazione annuale della Procura generale della Corte dei conti 1988



strumenti di controllo di gestione, ed apre all'assistenza privata, determinando le condizioni per la rottura dei principi di uguaglianza e di solidarietà.

Le principali innovazioni riguardano: l'aziendalizzazione delle USL, dotandole di personalità giuridica pubblica con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con l'obbligo della parità del bilancio e del reinvestimento degli eventuali utili; il finanziamento sulla base delle prestazioni effettuate, in base a costi standard associati ai DRG (Diagnosis Related Groups), Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi; responsabilità della gestione aziendale demandata a un Direttore Generale, rappresentante legale della ASL, posto a capo dei vertici aziendali: Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Generale, eletto dalla Regione in base a logiche politiche, ha la completa responsabilità della Amministrazione della ASL, il che comporta rischi elevatissimi.

E' questo il motivo per cui in molte Regioni non vengono nominati i Direttori Generali ai vertici dell'azienda, ed al loro posto siedono dei Commissari privi degli obblighi dei bilanci in pareggio e dei rischi di contestazione da parte della Corte dei Conti.

Inoltre la riforma prevede l'elaborazione di PSN e PSR relativi.

Altra innovazione è che il PSN non viene più emanato sotto forma di legge, e quindi dopo l'approvazione del Parlamento, ma con decreto del Governo,

d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, sentito il parere del Parlamento espresso mediante il parere delle Commissioni parlamentari<sup>1</sup>.

La prima fase di attuazione di questa riforma si svolge in un clima pieno di polemiche, in cui c'è chi la accusa di smantellare il servizio sanitario pubblico o di creare guasti maggiori di quelli essa vuole eliminare.

Inoltre il Ministro della Sanità si ritrova coinvolto, nel 1993, nello scandalo politico-finanziario, noto come "Tangentopoli", inquisito, nell'inchiesta "Mani Pulite" assieme a medici e funzionari statali, di reati che vanno dal finanziamento illecito dei partiti alla concussione-corruzione.

Cresce l'indignazione del paese, in quanto, come dichiara Berlinguer: "Non c'è nulla di più odioso e repellente del pizzo sui dolori, sulle malattie, sulla pelle della gente"<sup>2</sup>.

Il nuovo Governo, visto il risultato e le lamentele, ha modificato il D.L.vo n. 502.

Il 7 dicembre 1993, viene emanato il D.L.vo 517, contenente modifiche al 502, che limita la possibilità di azione delle assicurazioni sanitarie al solo mercato delle polizze integrative escludendo la possibilità di competizione tra sistemi diversi<sup>3</sup>.

Emerge sempre più l'esigenza di porre particolare attenzione ai conti della sanità, e finalmente viene emesso per la prima volta il P.S.N., elaborato dal

---

<sup>1</sup> C. Passerino *Op. cit.* pp.49 e segg.

<sup>2</sup> G. Berlinguer *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani* Ediesse Roma 1994 p.331

<sup>3</sup> C. Passerino *Op. cit.* p. 53

Servizio Centrale della programmazione sanitaria, con il D.P.R. 23 luglio 1994, n.107.

Ma comincia pure ad emergere sempre più il riconoscimento del diritto: viene emanato il DPCM 19 maggio 1995: “Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari”, in riferimento all’Art. n.14 del D.L.vo 502, in cui sono indicate le modalità di stesura della Carta dei servizi da parte di tutte le aziende sanitarie, e adottando lo schema generale di riferimento indicato dal DL 12 maggio 1995, n.163, convertito dalla Legge 11 luglio 1995, n.273.

I modelli devono contenere, in base alla Direttiva P.C.M. del 27 gennaio 1994, i principi fondamentali di: eguaglianza, imparzialità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

In essa devono essere indicati i fattori, gli indicatori, gli standard di qualità dei servizi, essendo uno strumento sia di informazione ai cittadini-utenti, sia di garanzia di rispetto degli standard adottati, nonché di previsione di forme di rimborso al cittadino nei casi in cui venga reso un prodotto inferiore allo standard pubblicato.

La nuova legge di riforma sanitaria prevede anche, nell’art. 1 comma 12, una “Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministero della Sanità”, in cui siano illustrate le condizioni di salute della popolazione, le risorse impiegate e le attività svolte dal SSN, esposti i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi del PSN, e del PSR in ambito

regionale, ed infine vi siano fornite le indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

La Relazione deve anche riferire in merito al controllo della qualità dell'assistenza (art. 10 comma 3, D.L.vo 502), ed alla tutela dei diritti del cittadino (art. 14 comma 4), tramite i sistemi degli indicatori di efficienza e di qualità e di quelli relativi alla personalizzazione e alla umanizzazione dei servizi<sup>1</sup>.

Dalla relazione del 1996, che espone i dati ufficiali degli anni dal 1992 al 1996, pur con la carenza di informazioni che non consentono una Relazione completamente soddisfacente in merito all'attuazione del PSN e dei PSR (i dati della Relazione risentono anche della incompleta adesione di alcune strutture alla rilevazione sistematica predisposta), emerge una situazione di passaggio tra due epoche con diverse filosofie sanitarie.

Le USL sono state ridotte da 659 a 228, più 91 Aziende Ospedaliere.

Non tutte le Aziende hanno il regolare organo di governo (il 40% non ha il Direttore Generale, come già precedentemente è stato rilevato).

Rispetto al PSN del 1994, sono solo 4 i PSR che si sono adeguati ad esso; delle altre Regioni, 6 non hanno ancora nessun piano, le rimanenti, pur avendo emanato provvedimenti in tal senso, non dimostrano una grande coerenza con il PSN.

---

<sup>1</sup> Ministero della sanità. Servizio Studi e Documentazione. *“Relazione sullo stato sanitario del paese 1996”*.

Per quanto riguarda gli altri due elementi ritenuti strategici, la ricerca e la formazione del personale, non si hanno ancora dati che permettano un giudizio sui risultati raggiunti; sicuramente la ricerca riceve fondi molto limitati, mentre la formazione sembra ottenere maggiore attenzione.

Il sistema di finanziamento aziendale, in fase di prima applicazione, non permette valutazioni, mentre si rilevano sia ritardi di attuazione, che livelli di differenziazione nelle varie zone del Paese.

Anche il sistema degli indicatori attende di essere messo concretamente in applicazione.

Le Carte dei servizi, promulgate solo dal 50% delle Aziende, presentano una certa difformità di indirizzo e contenuti, e sono più uno strumento di informazione dell'offerta dei servizi, che non di valutazione del servizio stesso da parte dei cittadini, rispetto al proprio livello di soddisfazione.

Il 56% delle Aziende, però, dichiara di voler realizzare indagini sulla soddisfazione dei cittadini.

Sempre secondo la Relazione, emergono varie altre problematiche, tra cui la più evidente riguarda il centralismo ospedaliero, eredità di una gestione della sanità incentrata storicamente sulla centralità del nosocomio nel sistema sanitario.

Vi è un gran numero di ospedali, con un elevato rapporto di posti-letto/popolazione, e ci si continua a mantenere non in linea con la tendenza mondiale di "deospedalizzazione", vuoi per le carenze che sussistono nella società, come ad esempio per l'assistenza domiciliare, vuoi per l'utilizzo

che si fa dell'ospedale per soddisfare bisogni non sanitari, senza escludere poi la tendenza dei medici che, scollegati da una collaborazione con i medici di base, intrattengono rapporti diretti con i pazienti.

Bisogna anche considerare il fenomeno della mobilità ospedaliera (calcolato, nel periodo compreso tra il 1992 ed il 1995, in oltre 500.000 persone ogni anno) che, perdurando lo squilibrio di presenza di ospedali tra le due Italie, determina lo spostamento dei cittadini del Meridione verso il Centro-Nord.

Rimangono scoperte attività quale l'educazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute, e quindi sono largamente disattesi gli obiettivi del PSN e gli orientamenti internazionali indicati dai "38 obiettivi dell'OMS" nel "Progetto salute per tutti nell'anno 2000", dalla Carta di Ottawa per la promozione della salute, dalla Conferenza di Rio per l'ambiente.

Sotto il punto di vista economico, nella Relazione si riporta che nel 1994 la spesa totale per la sanità in Italia, risulta pari al 5.2% del PIL, mostrando una riduzione del 3% rispetto al 1992; ma con l'attuale sistema informativo, non ancora adeguato al processo di riordino, non è possibile ricostruire i flussi dei costi in relazione ai livelli di assistenza previsti dal PSN.

Sempre sulla spesa, il Cosmacini<sup>1</sup> riporta dati secondo i quali, nel periodo compreso fra il 1980 e il 1985, essa si aggira intorno al 6% del PIL, quando in Germania federale è dell'8%, e negli USA del 10%.

Dalle illuminate indicazioni della 883, alle correzioni di rotta, in termini mageriali ed aziendalistici della sanità, pur permanendo enunciati i concetti principe della riforma, vale a dire la priorità della prevenzione e della medicina di base, ancora non ci si discosta dalla concezione ospedaliera, ed ancora la medicina continua ad essere la scienza che cura e guarisce dalle malattie, ma che rimane scollegata da un tessuto sociale su cui esercitare una funzione preventiva ed educativa sanitaria, e che affronti la realtà sociale con mentalità epidemiologica.

C'è sempre maggiore scontento tra la gente, riguardo al funzionamento o meglio al malfunzionamento del sistema che spesso da servizio diventa disservizio, toccando punte di malasanità che costellano la cronaca giornalistica e televisiva.

Il problema dei costi viene sempre più addotto come motivazione per modificare l'ultima riforma, perdurando l'atteggiamento di fare una riforma, dopo infinite mediazioni e infiniti tempi di legiferazione, di riformarla prima che cominci ad essere operante, e riformarla di nuovo, togliendo ancora un po' di quel diritto alla salute uguale per tutti, in nome di quel valore, il denaro, che sempre più si scontra, o almeno si deve misurare, con ben altri valori, etici e morali.

---

<sup>1</sup> G. Cosmacini *Storia...contemporanea* Op. cit. p. 332

Nel 1999 abbiamo l'ultima modifica della riforma della sanità, la riforma "Bindi", il D.L.vo n.229 del 19 giugno.

Questa "riforma-ter", mantiene gli enunciati della prima, completa il processo di regionalizzazione della seconda, potenzia il ruolo dei Comuni nella programmazione, e dà loro la facoltà di istituire livelli aggiuntivi di assistenza, con l'obiettivo di progredire nel processo di integrazione socio-sanitaria (in base alla legge le prestazioni socio-sanitarie vengono classificate in: sanitarie di rilevanza sociale, di competenza delle ASL; sociali di rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni; ad elevata integrazione sanitaria, di competenza delle ASL), prefiggendosi di riordinare le forme integrative di assistenza.

Vengono posti maggiori limiti alla gratuità dell'assistenza, introducendo il concetto dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal SSN e gratuiti o con partecipazione della spesa, che riguardano: l'assistenza ospedaliera, quella distrettuale e quella sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Sono a carico del SSN le prestazioni di servizi che presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute a fronte delle risorse impiegate; e diventa imperativa la valutazione del rapporto costi/benefici.



Vengono escluse dal SSN tutte le prestazioni che non rispondono al principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, o dell'economicità o che non garantiscano un uso efficiente delle risorse<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> I Giacomelli. Cit.

## BIBLIOGRAFIA CAP. I

G. Cosmacini, *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, Laterza, Bari 1998.

G. Cosmacini, *Storia della Medicina e della Sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Bari 1994.

AA. VV., *Storia d'Italia Annali VII*, G. Einaudi, Torino 1984.

V. Dimonte, *Da Servente a Infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*, Mandragola, Grugliasco (Torino) 1995.

I. Giacomelli C. Diviggiano, *Salute: il diritto e la tutela*, CO.DI.CI.

N. Zingarelli, *Il nuovo Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli Bologna 1987.

A. Pazzini, *L'ospedale nei secoli*, Orizzonte medico, Roma 1958.

P. Pecchiai, *L'Ospedale Maggiore di Milano nella storia e nell'arte*, Pizzi e Pizio, Milano 1927.

A. Celli, *Storia della malaria nell'agro romano*, in *Memorie dei Lincei*, Città di Castello, 1927.

A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in *Storia d'Italia, Annali VI*, G. Einaudi Editore, Torino 1984.

P. Frascani, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia, Annali VII*, G. Einaudi Editore, Torino 1984.

- C. C. Martindale, *S. Camillo De Lellis*, Trad. it. G. Pozzo, Longanesi, Milano 1947.
- S. Leone, *Etica*, Mc Grow Hill, Milano 1993 .
- C. Bifulco, *Storia dell'assistenza sociale e infermieristica*, l'Azienda Ospedaliera, Pontedera 1953
- S. Spinelli, *La Ca' Grande 1456-1956*, Cordani, Milano 1956.
- V. Dimonte, *Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*, Mandragola, Grugliasco (Torino) 1995.
- U. Bacarani, *Infermieri e infermiere*, Modena 1909.
- F. Baldini, *L'infermiere istruito*, Napoli 1790.
- C. Calliano, *Assistenza agli infermi in ospedale ed in famiglia*, U. Hoepli, Milano 1982.
- E. Palazzo, *Dorotea Snell e la riforma dell'assistenza sanitaria in Italia*, A-ELLE-DI, Messina Roma 1957.
- G. Mortara, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Laterza, Bari 1925.
- A. U.T.E.T. 1994. B. Cosseta, *Professione Infermiere. Organizzazione. Normativa. Etica*,
- A. J. Cocrane, *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, Feltrinelli, Milano 1978.
- G. Jervis (a cura di), *Guida critica alla conoscenza e all'uso dell'ospedale civile*, Feltrinelli, Milano 1975.

B.Cortese A. Fedrigotti, *Etica infermieristica. Sviluppo morale e professionale*, Sorbona, Milano 1989.

B. F. Della Penna, *Storia del Novecento. Dalle grandi guerre ai nostri giorni*, Le Monnier, Firenze 1991.

G. Berlinguer, *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*, Ediesse, Roma 1994.

## DOCUMENTI E PUBBLICAZIONI ISTITUZIONALI.

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

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

Ministero della Sanità, Servizio Studi e Documentazione, *Relazione sullo stato sanitario del paese*, 1996, 1999.

Procura Generale della Corte dei Conti, *Relazione annuale*, 1998.

CNDI, *Relazione sulla questione delle infermiere*, Consiglio Direttivo, giugno 1918.

Gazzetta Ufficiale Del Regno D'Italia, 12 aprile 1922, n.21.

## DISPENSE DEL CORSO D.U.I.

N. Barbato, *Storia dell'assistenza infermieristica*, A.A. 1997/98.

I. Giacomelli, *Legislazione ed organizzazione sanitaria. Percorso storico dell'assistenza: dalla beneficenza al diritto*, A.A. 1999/2000.

I. Giacomelli, *Diritto Amministrativo*, A.A. 1999/2000.

M. Lucidi, *Legislazione generale*, A.A. 1997/98.

A. Salvia, *Igiene*, A.A. 1998/99.

M. Mazzoli, *Economia Sanitaria*, A.A. 1999/2000.

## RIVISTE.

*L'Ospedale Maggiore*, Milano. G. Ascoli, *Considerazioni generali sull'assistenza infermiera*, 1920.

*Relazione della Commissione Ministeriale per lo studio della riforma dell'assistenza infermiera*, Roma 3 settembre 1919, n.1 gennaio 1920 e n.

3 marzo 1920

*L'infermiere*: Annate dal 1905 al 1919.

*Notiziario dell'Amministrazione sanitaria*, G. Giannelli e V. Raponi,

*Libro bianco sulla riforma ospedaliera*, dicembre 1965.

Nuova Antologia, H. Zimmern, *Infermiere patentate e infermiere inservienti*, settembre 1919.

Star, *Il posto della donna negli ospedali militari*, 1 luglio 1917.

Rassegna Sindacale, *Per l'istituzione in Italia di un sistema di sicurezza sociale*, n.33 settembre 1960.

Tempo Medico, *Il ricovero lungo*, n. 120, marzo 1974.

n. 210, marzo 1983.

Le scienze, J. H. Knowles, *L'Ospedale*, n. 73, novembre 1974.

Selezione dal Reder's Digest, *La riforma sanitaria*, 1980.

## **CAPITOLO SECONDO : I PRINCIPI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA.**

### **2.1 Dal primo riconoscimento della professione all'accesso alla dirigenza: 1925-2000.**

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 perchè 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 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<sup>1</sup>, 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 monitorici 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.1360<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> C Cosseta *Op cit*, p.205

<sup>2</sup> *Ivi.*, p.310.

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”<sup>1</sup>), viene avviata un'inchiesta dalla Commissione permanente del Benessere Economico Sociale, BES, sulla retribuzione e sulla condizione di lavoro delle infermiere professionali<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> Dati desunti da una documentazione di inchiesta di I.Riccelli e M: Cantarelli riportato in C.Cosseta. op. cit. p.208

<sup>2</sup> Ivi p.209

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”<sup>1</sup>.

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 del paziente.

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.

---

<sup>1</sup> A. Cavicchioli e AA.VV. *Elementi di base dell'Assistenza Infermieristica*. C.E.A. Milano 1994 pp.80, 81

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<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> C. Cortese A. Fedrigotti. *Op. cit.* p. 10.



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'<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p.19 nota n. 3 punto 3.

responsabile partecipazione alla programmazione e gestione dei servizi infermieristici<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> C. Cosseta. *Op cit.* p.213.

<sup>2</sup> *Ivi*, p.214.

<sup>3</sup> *Ivi*.

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 attrezzature siano adeguati all'assistenza ai pazienti<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

La Conferenza generale dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL)<sup>3</sup>, 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

---

<sup>1</sup> G.U. della Comunità Europea. 15.7.77. n°.L176/1-12. Riportata in C. Cortese A.F fedrigotti. *Op.cit.* p.11

<sup>2</sup> C. Cortese A. Fedrigotti. *Op. cit.* p.12.

<sup>3</sup> 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. *Ivi* p233 nota 1.

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<sup>1</sup>.

La riforma sanitaria, L. 23 dicembre 1978, n.833<sup>2</sup>, 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".

---

<sup>1</sup> *Ivi*, Allegato 23, p.233.

<sup>2</sup> *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1/2 - 15.1-1.2.79.

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<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> C. Cosseta, *Op. cit.* p.296.

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 del paziente; 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<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> C. Cortese A. Fedrigotti. *Op.cit.* pp.11-12.

<sup>2</sup> *Ivi*, nota n. 2 p. 15.

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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

Viene ratificata, sempre nel 1984, la convenzione 149/77 dell'OIL, sulle condizioni di lavoro del personal infermieristico, e diviene L. 9 novembre 1984, n. 862.

---

<sup>1</sup> *Ivi.* All. n.10. p.210.

<sup>2</sup> *Ivi.* Nota n. 2, p. 15.

Un documento che rappresenta “il punto più alto della riflessione etico-professionale del mondo infermieristico internazionale”<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> *Ivi*, p. 181.



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<sup>1</sup>.

Con la L. 19 novembre 1990, n. 341<sup>2</sup>, 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. 502<sup>3</sup>, 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. 517<sup>4</sup>, 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

---

<sup>1</sup> *Ivi*. Il documento è integralmente riportato in 'Allegati', p.181.

<sup>2</sup> *G.U.* 23 novembre 1990 n. 274.

<sup>3</sup> *Supplemento ordinario alla G.U.*, 30 dicembre 1992, Serie generale- n. 305.

<sup>4</sup> *Ibidem*, del 15 dicembre 1993, Serie generale, n.293.

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 luglio<sup>1</sup>, 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"<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> G.U. 14 ottobre 1996 n. 168.

<sup>2</sup> *La nuova regolamentazione per l'esercizio professionale*. IPASVI-Roma. Dalla presentazione di G. Rocco.

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 di personale sanitario'<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *Supplemento ordinario n. 132-L alla G.U. n. 165 del 6 luglio 1999.*

Il Decreto MURST, 3 novembre 1999, n. 509<sup>1</sup>, apporta importanti modifiche alla L. 341/’90, con l’istituzione dei nuovi percorsi didattici e del criterio dei crediti.

Le 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, di durata biennale.

Detta normativa viene aggiornata con il Decreto MURST 23 dicembre 1999<sup>2</sup>, 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.

L’ultima Legge emanata, concernente il ruolo della professione infermieristica, è la L. 10 agosto 2000, n.251, “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> G.U. 4 gennaio 2000 n. 2.

<sup>2</sup> G.U. 5 gennaio 2000 n. 5.

<sup>3</sup> G.U. 6 settembre 2000. n. 208.

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”<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup>G.U. L. 10 agosto 2000, n. 251. Art.1 sub 3-a.

<sup>2</sup> Art. 5.

<sup>3</sup> Art. 6 e 7.

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.

## **2.2 La responsabilità: riferimenti normativi.**

Per responsabilità professionale si intende il carattere o la situazione a cui è chiamato a rispondere in prima persona chi compie un fatto o un atto nell'esercizio delle proprie funzioni, in piena autonomia decisionale<sup>1</sup>.

Da ciò discende l'obbligo di operare con la massima perizia, diligenza, prudenza, in piena osservanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche.

---

<sup>1</sup> C. Cosseta, Op. cit. p. 287.

L'infermiere è tenuto, nell'ambito dell'esercizio professionale, ad avere presenti in ogni momento le forme di responsabilità a cui deve rispondere.

Queste sono indipendenti ma concorrenti fra di loro, e riguardano: la responsabilità civile, che si può definire come il dovere imposto ad un soggetto di risarcire un danno prodotto ad un altro soggetto come conseguenza della illegittimità della sua azione od omissione, essa può essere di natura contrattuale quando l'obbligo di risarcire il danno deriva da un rapporto contrattuale, o extracontrattuale quando l'obbligo di risarcire deriva da un fatto illecito; abbiamo poi la responsabilità penale, che determina nei confronti di un individuo la sanzione della pena, quale restrizione della libertà, per aver commesso fatti vietati dalla legge, e previsti come reati; la responsabilità amministrativa, la quale determina una sanzione applicata dalla pubblica amministrazione per comportamenti che violano le regole di condotta della vita sociale; la responsabilità disciplinare, in cui la sanzione viene erogata dall'organismo di cui si fa parte, e di norma consiste in richiami, limitazioni di facoltà nell'ambito del gruppo sociale, multe<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> I. Giacomelli. Dispense del Corso di Legislazione Sanitaria. D.U.I. AA: 1999-2000



### **2.3 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<sup>1</sup>.

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).

---

<sup>1</sup> Detti Codici sono integralmente riportati in S. Leone, *Etica*, Mc Graw Hill, Milano 1993. Appendice, pp. 235 e seg.

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<sup>1</sup>.

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"<sup>2</sup>.

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 1977<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> Spinsanti *Etica Biomedica*, Ed.Paoline 1992

<sup>2</sup> Kant in *Nursing Medico Chirurgico Brunner, Suddarth*. Ed. Ambrosiano 1994

<sup>3</sup> C. Cortese A. Fedrigotti *Etica infermieristica. Sviluppo morale e professionalità*. Sorbona, Milano, 1989. All. 18-19 pp. 218-219.

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”<sup>1</sup>.

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,

---

<sup>1</sup> La Nuova regolamentazione per l'esercizio Professionale. G. Rocco. IPASVI ROMA

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.<sup>1</sup>

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,

---

<sup>1</sup> Vocabolario della Lingua Italiana *Zingarelli* ed. Zanichelli 1986, p. 891.

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 le comunicazioni 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.

Sorge però spontanea una riflessione: la realtà in cui egli opera, lo mantiene in una condizione di subalternità e subordinazione alla figura centrale del

medico, che determina il progetto terapeutico-assistenziale, spesso senza un coinvolgimento attivo e motivato.

L' infermiere è escluso dal progetto, semplice esecutore di ordini.

Anche se il C.D. comunque prevede l'integrazione delle professionalità e i lavori in équipes ( art: 3.2 e 5.1 ), siamo ancora molto lontani, nella realtà, da questi principi.

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.<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup>C. Cortese, A. Fedrigotti *Op cit.* Pag. 61.

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.

## **2.4 La Bioetica.**

La Bioetica nasce nel 1971 con la definizione del biologo americano Van Rensselaer Potter, per indicare lo studio della moralità dei comportamenti umani nel campo delle scienze della vita<sup>1</sup>.

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”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Spinsanti, *Op cit.* p. 17

<sup>2</sup> Furlan *Etica professionale*, Ed. Piccin 1989 p.



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”<sup>1</sup>.

I problemi etici delle professioni sanitarie si inseriscono in un contesto più ampio che ne allarga di conseguenza le responsabilità<sup>2</sup>, come per esempio la limitatezza delle risorse in un più ampio discorso ecologico.

---

<sup>1</sup> Ivi.

<sup>2</sup>C. Iandolo *L'Etica al letto del malato*. Armando Editore 1990, p.49

## BIBLIOGRAFIA CAP. II

S. Spinsanti, *Etica Biomedica*, Paoline, Roma 1992.

M. Furlan, *Etica Professionale per infermieri*, Piccin, Padova 1989.

C Iandolo, *L'Etica al letto del malato*, Armando, Milano 1990.

C. Cortese A. Fedrigotti, *Etica Infermieristica. Sviluppo morale e professionalità*, Sorbona, Milano 1988.

S. Leone, *Etica*, Mc Graw Hill, Milano 1993

Cavicchioli, *Elementi di base dell'assistenza infermieristica*, Ambrosiana, Milano 1994.

Brunner Suddarth, *Nursing Medico Chirurgico*, Ambrosiana, Milano 1996.

AA. VV. *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Garzanti ,Milano 1993.

C.Iandolo C.Hanau, *Etica ed Economia nella "Azienda Sanità"*, Angeli, Milano 1992.

A. B. Cosseta, *Professione Infermiere. Organizzazione. Normativa. Etica*, U.T.E.T. 1994.

N. Zingarelli, *Il nuovo Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli Bologna 1987.

G. Rocco, presentazione in *La nuova regolamentazione per l'esercizio professionale*, IPASVI, Roma 1999.

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.

G.U. 23 novembre 1990 n. 274.

Supplemento Ordinario alla G.U. 15 dicembre 1990, serie generale n. 293.

Supplemento Ordinario alla G.U. 30 dicembre 1992, serie generale n. 305.

Supplemento Ordinario alla G.U. 6 luglio 1999, n. 165.

G.U. 14 ottobre 1996 n. 168.

G.U. 4 gennaio 2000 n. 2.

G.U. 5 gennaio 2000 n. 5.

G.U. 10 agosto 2000 n. 201.

G.U. 6 settembre 2000 n. 208.

DISPENSE DEL CORSO DI D.U.I.

I. Giacomelli, *Legislazione ed organizzazione sanitaria. Percorso storico dell'assistenza: dalla beneficenza al diritto*, A.A. 1999/2000.

N. Barbato, *Organizzazione della professione infermieristica e Etica*, A.A. 1997/'98.

B. C. Masini, *Medicina Legale*, A.A. 1999/2000.

## 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 ausiliarità 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 al paziente, inteso 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 principi 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 nocimento 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 nocimento 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.

E non si può omettere di ricordare il basso numero di iscritti nelle scuole professionali universitarie 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.

Egli può diventare l'elemento portante di una nuova umanizzazione della sanità.