



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatra

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO
REVIEW

Riflessioni storiche sulla figura dell'infermiere di ambito geriatrico

Historical comments about geriatric nursing

D. LIPPI

Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

La storia dell'infermiere di ambito geriatrico è molto recente e riflette un preciso cambiamento nella concezione della vecchiaia. Solo a metà del XX secolo, si verifica una svolta nell'assistenza all'anziano, che genera la nascita di una nuova figura professionale, quella dell'infermiere geriatrico. L'offerta formativa di alcune realtà universitarie completa percorsi mirati alla individuazione di questa figura e del suo profilo professionale.

The history of geriatric nursing is very recent and reflects a real changement in the perception of elderly. As a matter of fact, in the second half of the XX th century, an important turning point takes place in the care of old people, wich brings to birth of geriatric nursing and to the organization of a didact curriculum.

Parole chiave: Infermiere Geriatrico • Anziano • Storia Della Assistenza

Key words: Geriatric nursing • Old age • Health care

Introduzione

La storia dell'infermiere di ambito geriatrico propone una riflessione in un ambito poco studiato della storia della sanità e dell'infermieristica. Si tratta, in realtà, di un problema estremamente complesso, in quanto presuppone una ricerca su più livelli: è necessario innanzitutto contestualizzare la ricerca in un ambito preciso dal punto di vista spazio-temporale e cioè nella società occidentale, a partire dall'età post-classica.

Questo presupposto è fondamentale perché l'atteggiamento nei confronti della vecchiaia muta decisamente col passaggio dal mondo post-classico a quello medievale e moderno.

Dalla più nobile ideologia della vecchiaia in età classica, che è quella di Seneca, alla concezione di questo evento umano che lega la decadenza di ciò che è corporeo al segno tangibile del peccato: i vecchi sono, nell'antropologia medievale, coloro nei quali gli effetti del peccato maggiormente si accumulano. La stragrande maggioranza dei vecchi poveri, ove non sia aiutata dalla solidale assistenza della famiglia o del vicinato, appartiene alla storia della povertà.

Pauperes infirmi, poveri malati e malati poveri, senza troppa distinzione tra l'indigenza economica e l'emergenza sanitaria, inclusi storpi e vagabondi, ciechi e mendicanti, folli e pezzenti, orfani e vecchi, popolano le stesse strutture ¹.

Nel Rinascimento, la società del cosiddetto "capitalismo precoce", che guarda al futuro, richiede una popolazione fatta di soggetti produttivi: la vecchiaia è ancora un disvalore, come provano l'iconografia e la letteratura, rinnovando stereotipi negativi.

Il problema "pubblico" della vecchiaia, cioè il problema sociale della vecchiaia assistita, ha un interprete tra il serio e il faceto, a metà strada tra realtà e utopia, in Thomas More, il cancelliere umanista amico di Erasmo che, nell'Elogio della pazzia, aveva già classificato la vecchiaia come condizione profondamente negativa.

Scrivendo Thomas More nella sua Utopia: "Restava solo più da provvedere con pubblico intervento a quanti fossero ridotti in miseria dalle malattie o dalla vecchiaia... ebbene io dispongo con apposita legge che tutti questi mendicanti vengano distribuiti e assegnati ai conventi".

Vecchiaia come non produttività, vecchiaia come peso sociale: la percezione del problema dell'assistenza ai vecchi come problema specifico, ritagliato nel più vasto ambito di tutti gli aventi bisogno, è particolarmente complesso, in quanto è difficile incorporare l'anziano dal mondo indistinto e confuso di quei soggetti, che sono caratterizzati da una estremamente varia debolezza nei confronti dell'ecosistema di cui fanno parte ².

L'uscita dell'adulto dalla vita lavorativa, per il venir meno della vigoria fisica e della vigilanza mentale, non significava affatto, tra Medioevo e Rinascimento, l'ingresso nella categoria del "vecchi assistiti", ma, per chi era privo di assistenza familiare, significava il ristagno nell'indifferenziata massa dei poveri.

Nella letteratura sul pauperismo, si nota una certa disattenzione verso l'anziano, al punto che lo si può considerare un problema storiografico veramente inesplorato.

La più recente storiografia è peraltro concorde nel sostenere che l'anziano si colloca a pieno titolo nella fascia dei poveri "strutturali" che tra Quattrocento e Settecento oscillava dal 4 all'8% della popolazione delle città dell'Italia centro-settentrionale.

La appartenenza dei vecchi alla moltitudine amorfa dei poveri comportava, quali uniche misure in qualche modo correttive dell'emarginazione e dello sbando sociale, l'elemosina elargita e l'operosa pietà: molte città italiane conoscono questa atten-

zione verso questi gruppi di emarginati, tanto che si era creata una rete di *domus*, che erano, nello stesso tempo, ricovero per i pellegrini, asilo per viandanti mendicanti e per vecchi questuanti.

Questi istituti, variamente denominati, ma poi compresi sotto la dizione di *Pia loca*, avevano come scopo la attuazione della *caritas*.

Nel momento in cui queste strutture, nel corso del tempo, si laicizzano e assumono anche una connotazione più marcatamente sanitaria, si assiste al passaggio della generica cura in terapia, cioè in una tecnica produttiva di salute; questo passaggio, però, non coinvolgeva il mondo dei vecchi.

Senectus ipsa morbus est: la vecchiaia è un male incurabile, per cui, per i vecchi la carità non era sollecitata a farsi curativa.

Prendersi cura dei vecchi era una pratica stagnante, demotivata ad evolversi, confinata nei modi caritativi tradizionali e, dove la carità faceva difetto, la cura mancata lasciava il posto all'incuria, l'assistenza si trasformava in controllo distante.

Nel tardo Cinquecento, le nuove Confraternite, come i Fatebenefratelli di Giovanni di Dio e i "ministri degli infermi" di Camillo de'Lellis, realizzano un'opera di generale rinnovamento nell'assistenza, che si confrontava con un'arte medica estremamente carente, ma con una assistenza infermieristica dotata di efficienza e di efficacia.

La presenza dei vecchi nella società del tempo doveva essere, comunque, numericamente significativa: basta fare l'esempio di Milano, dove l'Ufficio della Pietà dei Poveri, per mendicanti e senza tetto, si trasforma in ospedale o ospizio dei vecchi, alla fine del XVI secolo.

Il pauperismo, inoltre, alla cui dimensione sei-settecentesca contribuivano peraltro molti vecchi, diventava da fenomeno congiunturale legato alle crisi di sussistenza e sopravvivenza periodiche, un fenomeno strutturale, legato alle trasformazioni economiche della società: da una libera o interessata volontà di carità e di cura, si passa a una meccanica necessità di controllo e di governo.

Il controllo sociale e il governo politico delle devianze dalla norma (economica, sanitaria, produttiva, per cui erano devianti i poveri, i malati, i vecchi), passava attraverso l'attenzione che le classi dominanti o emergenti dedicavano alle istituzioni che dovevano soccorrere e curare, ma anche prevenire, vigilare, contenere e reprimere.

Nella nuova categoria sociale dei devianti, i vecchi non autosufficienti e accattoni costituivano una quota numericamente rimarchevole.

È vero che l'accattonaggio non aveva limiti anagrafici, ma, accanto ai ragazzini abbandonati, ai ciechi

e agli storpi, i vecchi dediti alla questua erano una presenza che da fisiologica si era fatta esuberante. Per gli orfani esistevano, inoltre, apposite strutture, ma per i vecchi della città e del contado, immersi e dispersi nella indifferenziata massa dei poveri, non esistevano istituti che non fossero quelli promiscui della pietà e dell'ospitalità date a tutti; questo vale per Milano, come per Firenze.

Accanto agli ospedali si configurano luoghi in cui la povertà, vista come condizione da cui si doveva uscire attraverso il lavoro, diventa oggetto di un atteggiamento più neutro, se non ostile: nascono, infatti, in età illuminista, le Case di lavoro, finalizzate a contenere il pauperismo dilagante: a Firenze Montedomini, a Milano il Pio Albergo de' poveri impotenti per età o per difetto corporale. La sua realtà è quella di una casa protetta per anziani e per vecchi, affetti dalla triplice cronica endemia, che è propria della terza età: povertà materiale, salute malferma, pesante solitudine.

La polizia medica di Frank è medicina politica e arte di difesa, strumento contro le malattie sociali provocate dall'abbandono da parte dell'uomo dello stato di natura, prevenzione aggiunta alla terapia nella cura dell'uomo sano-malato: un aver cura protratto per tutto l'arco della vita. L'arte di difesa teorizzata da Frank era un'arte della cura fatta di cibo sufficiente, vestiario adatto, dimore abitabili, provvidenza evoluta in previdenza, controllo assistito di ogni fase della vita umana: l'uomo era vigilato dal medico, in un'ottica sociale, dalla culla alla tomba.

Lavoro e famiglia sono i poli intorno ai quali, fra 700 e 800, e in maniera differenziata nelle diverse regioni, si è andata tessendo una rete di condizionamenti, che l'epoca preindustriale non aveva ancora obbligato in uno schema di produttività e razionalità economiche. La centralità esercitata dall'aggregato domestico nell'organizzare l'esistenza del singolo e la sua partecipazione alla vita collettiva misura le esigenze individuali alle risorse disponibili. Diventa però momento di costrizione e verifica dell'utilità dei singoli componenti dell'aggregato domestico appena si accentua l'importanza che i ruoli lavorativi hanno di fronte ai mutamenti economici e industriali tra 700 e 800. L'età avanzata è la situazione non negoziabile, per cui non si può rendere un vecchio operoso.

Nella Milano del tardo Settecento, anche il vecchio era vigilato e assistito: la maggiore e più specifica di queste case di ricovero era il Pio Albergo Trivulzio, fondato nel 1767.

Dei primi 150 ricoverati (77 uomini e 73 donne), solo 36 (13 uomini e 23 donne) erano classificati come "vecchi"; gli uomini erano "vecchi e in par-

te acciaccati" e le donne "vecchie e in parte cagionevoli".

Tarengo Giovanni aveva 95 anni e 102 ne aveva Sartirana Margherita.

Quali erano gli acciacchi? Gli uomini erano affetti da "ernia"; le "cagioni di malasania" nelle donne non erano specificate.

Oltre ai 36 per vecchiaia, 28 erano assistiti per malattia e 43 per gravi disabilità, come diremmo oggi: 13 "piagati", 15 gli "incurabili e cronici", 14 i "fatti, muti e ciechi", 29 gli "storpi e mostruosi": un caravanserraglio di disgrazie.

Ben nutriti, vestiti ed equipaggiati per la notte, i vecchi del Trivulzio erano sottratti alla questua, alla pietà dei passanti, al ludibrio impietoso; in questo modo, i vecchi erano preservati dall'accattonaggio e era messa in atto il disegno di polizia medica di Frank.

Medico e chirurgo erano presenti tra gli addetti alla cura; in più, è attestato un "capo infermiere", che faceva parte dell'organico sanitario: il suo compito non era solo quello di sovrintendere a che i letti fossero rifatti mattina e sera, gli ambienti profumati con essenza di ginepro e periodicamente areati, i pazienti puliti e assistiti; nell'età dei Lumi, era anche quello di osservare e far osservare ai suoi sottoposti l'obbligo della alfabetizzazione, per darsi basi di anatomia e di materia medica, in nome di una rivoluzione della medicina e della scienza, che coinvolgeva anche le professioni afferenti e le figure professionali degli addetti.

Nel Regolamento organico del 1791 sono enumerati i compiti del capo infermiere; si tratta di una competenza qualificata e solerte, messa a disposizione dei vecchi infermi nella Milano alle soglie dell'800.

Nel corso del secolo, vennero introdotte migliorie nella quotidianità dell'assistenza e si contemplava il lavoro attivo dei ricoverati; l'assistenza ospedaliera ebbe, nel corso dell'800, notevoli innovazioni e la beneficenza si rivelò particolarmente munifica, dando vita a strutture per l'assistenza indirizzate a diverse categorie di bisognosi.

Siamo alla fine della fase della beneficenza e della carità³. È proprio nel corso dell'800, infatti, che si collocano i primi provvedimenti significativi relativi all'organizzazione dell'assistenza in generale, con la Legge del 3 agosto 1862, inerente il regolamento delle Opere Pie e alla Legge Crispi del 17 luglio 1890, che riuniva sotto la definizione di Istituzioni Pubbliche di Assistenza e di Beneficenza (IPAB) tutte le fondazioni e istituzioni assistenziali, ivi compresi gli ospedali, che acquistano una maggiore specificità terapeutica, sostanziata in particolare con la prima Legge di Sanità Pubblica del 1888, che, però,

pur definendo e caratterizzando le finalità delle istituzioni ospedaliere, non coinvolge gli Enti deputati all'assistenza agli anziani, che rimangono contenitori aspecifici e non qualificati per i bisogni sociali e assistenziali più diversi.

Inadeguatezza strutturale, assenza di finalità terapeutiche e riabilitative, mancanza di una specifica formazione del personale, connotazione sociale negativa.

In realtà, l'assistenza agli anziani, come categoria destinataria di cure specifiche, si sviluppa proprio in questo periodo, a partire dagli Stati Uniti d'America, dove da tempo sono sorti dei movimenti che hanno rappresentato un punto di riferimento per quello che sarà il nursing geriatrico, ma, soprattutto, per disegnare la tipologia dell'assistenza nei confronti dei pazienti anziani, autosufficienti, cronici o lungo-degenti.

Cambia la *facies* della popolazione, in seguito al boom dell'invecchiamento: i vecchi e i longevi diventano sempre più numerosi e la medicina e la sanità si devono confrontare con uno spettro diverso della composizione della popolazione, che rappresenta un complesso di bisogni individuali e sociali, tecnici e umani - tanto impellenti quanto onerosi, che richiedono un progetto assistenziale nuovo, che comprenda arte e scienza.

Entriamo allora in quella fase di passaggio che è la stagione dei diritti.

Sono intercorsi, nel frattempo, mutamenti anche nel campo direttamente scientifico, che vedono la nascita della gerontologia e della geriatria.

Nascono i "vecchi" come categoria esclusiva, con produzione di documenti che si occupano solo di loro, con caratteristiche e problemi che solo a loro fanno riferimento: è un fenomeno che coinvolge tutto il mondo occidentale, dove la durata media della vita si è sensibilmente allungata e dove si affermano con maggiore chiarezza i concetti di lungo-degenti e di cronici ⁴.

Questo processo coinvolge strettamente il mondo del nursing ⁵.

A metà del XX secolo, si colloca, infatti, la figura di M. Warren, che offre degli spunti di grande interesse ed attualità ⁶.

Si apre anche in Italia una nuova fase nell'assistenza all'anziano: fino a 25-30 anni fa, l'anziano, povero e bisognoso, in Italia, come abbiamo visto, era oggetto di attenzione da parte delle Leggi di Pubblica Sicurezza e da parte della legge comunale e provinciale che lo affidava agli Enti Comunali di Assistenza, da parte delle IPAB e degli istituti di ricovero a fini custodialistici.

Verso il 1960, questo sistema assistenziale è messo

in discussione per la prima volta dal Piano Pieracini del 1965, che inserisce tra gli obiettivi prioritari anche l'intervento a favore degli anziani e pone accanto agli istituti di ricovero ed ai gerontocomi la casa albergo, l'assegnazione di alloggi nell'ambito dell'edilizia popolare sovvenzionata, i centri diurni di cultura, svago e assistenza geriatrica.

Con il trasferimento delle funzioni sociali statali alle Regioni, nel 1970, prende avvio una politica territoriale, in cui le competenze delle IPAB e degli ECA passano alla Regione: in mancanza di una direttiva nazionale, però, le diverse Regioni propongono soluzioni estremamente eterogenee, ma con la caratteristica comune della separazione tra comparto sanitario e comparto assistenziale, là dove il secondo è quello maggiormente penalizzato dal punto di vista economico ⁷.

Siamo negli anni Ottanta, quando Williamson propone una profonda riflessione sul Multidisciplinary Health Assessment dell'anziano, attraverso una distinzione tra screening e case finding, l'uno attuabile attraverso esami e test diagnostici e l'altro attraverso una valutazione squisitamente infermieristica ⁸.

Think beyond pathology è particolarmente suggestivo. Sono anni importanti, gli stessi anni in cui Rubenstein proponeva la sua riflessione sulla valutazione geriatrica multidisciplinare, su questo metodo multidisciplinare, che valuta anche aspetti infermieristici e assistenziali con un programma, che parte dall'informazione e in cui l'infermiere svolge un ruolo attivo fondamentale, non basato soltanto sullo spontaneismo, ma che si configura come una professionalità ben strutturata ^{9 10}.

Non solo, quindi, infermiere tecnologico-strumentale, ma infermiere tecnologico-sui bisogni della persona.

Sono gli anni in cui nasce il Gruppo di Ricerca Geriatrica e viene varata la legge 11 marzo 1988, nr. 67, con cui si prevedono strutture adatte alle persone anziane, che, avendo perduto autonomia psicofisica e sociale non potevano rimanere nella propria abitazione; col DPCM 22 dicembre 1989, sono state identificate queste strutture nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, collegate ai servizi territoriali di distretto, per anziani e soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio e richiedenti trattamenti continui.

Questa separazione tra l'intervento sanitario e quello assistenziale ha provocato, in Italia, un ritardo reale nelle politiche assistenziali; come tentativo di superamento di questa dicotomia, è stato varato il Progetto Obiettivo Anziani, nel 1992, a stralcio del Piano Sanitario Nazionale, al fine di:

- mantenere l'anziano al proprio domicilio e rafforzare o incoraggiare i suoi legami sociali;
- sviluppare un sistema integrato di aiuti, in grado di affrontare i molteplici aspetti, di ordine somatico, psichico e relazionale, implicati nel determinismo dello stato di salute dell'anziano;
- garantire di utilizzare uno o più servizi in modo dinamico.

Definisce inoltre una rete di servizi residenziali e una Unità di valutazione Geriatria per delineare i percorsi sanitari ed assistenziali dell'anziano.

In quest'ottica, anche se è già iniziata la "stagione della negoziazione dei diritti, essendo fortemente in crisi il sistema di tutela degli anziani, è importante allora che esistano delle figure professionali specializzate, in grado di ottemperare a questi compiti.

Abbiamo quindi raggiunto, anche in Italia, forse con un certo ritardo rispetto agli Stati Uniti, la necessità di superare la disponibilità individuale di infermieri che si sono autoformati sul campo, per disegnare un percorso formativo adeguato. In realtà, il vissuto professionale infermieristico rispetto alla assistenza alla persona anziana è stato a lungo supportato da uno spirito vocazionale, da valori profondi come quelli della sussidiarietà e solidarietà, ascrivibili tra i valori fondamentali della professione infermieristica. Certo, in una medicina fondata sulle discipline scientifiche e sulla tecnologia, questo ha forse contribuito a porre l'infermiere in un ruolo secondario, con conseguenti scelte organizzative spesso poco condivisibili. Inoltre, questo scenario ha fatto sì che la geriatria divenisse un ambito assistenziale privo di capacità attrattiva per gli infermieri, allontanando soprattutto i giovani da un settore che può essere invece ricco in termini umani e professionali.

Non a caso, questa riflessione coinvolge l'assistenza infermieristica a quelle categorie di utenti che più tardi si sono configurati come tali, i bambini e gli anziani, proponendo percorsi individualizzati per l'infermiere di area pediatrica e l'infermiere di area geriatrica.

Nel febbraio 1995, si è concluso il primo corso di perfezionamento in assistenza geriatrica per infermieri professionali, autorizzato dalla regione Toscana e condotto in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Università Cattolica^{11 12}.

In effetti, il DM del 2.12.1991, Ordinamento didattico del corso di diploma universitario in scienze infermieristiche, art. 1, comma 3, prevede da parte delle Università l'istituzione di corsi di perfezionamento per i possessori del diploma universitario in scienze infermieristiche, finalizzati alla ulteriore qualificazione per quanto riguarda le funzioni specialistiche e di coordinamento delle funzioni infermieristiche di base anche nel settore geriatrico.

L'approvazione del Decreto n. 739 del 14.9.1994, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere ha conferito un riconoscimento effettivo a necessità di formazione specialistica, che ha aperto la strada alla istituzione di un Master di primo livello, in cui l'infermiere acquisisce "competenze professionali specifiche, necessarie negli ambiti operativi della Geriatria, in cui è necessario gestire strategie assistenziali globali, continue, tempestive e di elevata qualità". L'infermiere geriatrico oggi, quindi, è il risultato di un processo clinico-assistenziale e sociale importante, come provano le funzioni a cui è deputato il suo ruolo:

- a. prevenzione, diagnosi precoce ed educazione alla salute;
- b. assistenza (comprensiva di tutti gli interventi di pianificazione, attuazione, valutazione dell'assistenza);
- c. educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento;
- d. gestione (pianificare, controllare, valutare)
- e. consulenza;
- f. formazione;
- g. ricerca.

Alla luce di questi cambiamenti di tipo sociale e sanitario, emergono quindi nuove istanze e l'urgenza di nuove figure professionali¹³.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Cosmacini G, Cenedella C. *I vecchi e la cura. Storia del Pio Albergo Trivulzio*. Bari: Laterza 1994.
- ² Godderis J. *A historical perspective on the care of the aged in medieval times*. Geriatric Nursing 1998;33:557-69.
- ³ Zanetti E, Zanetti O. *La storia dell'assistenza agli anziani in Italia*, Nursing Oggi 1998;2:55-8.
- ⁴ Stevens J. *A history of nursing the elderly*. Australian Nursing Journal 1994;1:23-5.
- ⁵ Shell E. *The origin of geriatric nursing*. Nursing History Review 1993; 1:203-16.
- ⁶ Kong TK. *Dr. Marjory Warren: the mother of geriatrics*. Journal of the Hong Kong Geriatric Society 2000;10:102-5.
- ⁷ Bishop LF. *The relation of old age to disease, with illustrative cases*. The American Journal of Nursing 1904;5:674-9.
- ⁸ Williamson J, Stokoe IH, Gray S, Fisher M, Smith A, McGhee A, et al. *Old people at home: their unreported needs*. Lancet 1964;1:1117-20.

- ⁹ Milne JS, Maule MM, Cormack S, Williamson J. *The design and testing of a questionnaire to assess physical and mental health in older people, using a staff nurse as the observer*. Journal of Chronic Disease 1972;25:385-405.
- ¹⁰ Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. *Effectiveness of a geriatric evaluation*. New Engl J Med 1984;27:1664-670.
- ¹¹ D'Innocenzo M, Massai D, Rocco G, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, et al. (eds). *Linee Guida per il master di primo livello*, Numero Speciale de I Quaderni, IPASVI. Roma, 2002.
- ¹² Canavese C, Pacini V, Vannucci S, *Qualche riflessione sull'infermiere professionale specializzato in assistenza geriatrica*. Anziani Oggi 1995;2:47-54.
- ¹³ Warren MW, *Care of the chronic aged sick*, Lancet 1946;8:841-3.