

# **EVOLUZIONE STORICA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI SECOLI**

**Caramia G.**

Primario Emerito di Pediatria e Neonatologia  
Azienda Ospedaliera Materno-Infantile “G. Salesi” – Ancona

[www.bambinoprogettosalute.it](http://www.bambinoprogettosalute.it)

Giuseppe Caramia  
Via Enrico Toti n° 1, ANCONA  
**Tel.: 071.36938 - 335-6166470**  
Fax.: 071. 3589180  
E. Mail : [caramiagm@libero.it](mailto:caramiagm@libero.it)

## Introduzione

Una delle funzioni più antiche e fondamentali dell'Uomo, da quando questi è comparso sulla terra o, se si vuole, da quando è stato scacciato dal paradiso terrestre, è rappresentata dall'assistenza, in quanto cura e sostegno alla persona malata o in condizione di disagio, e quindi dalla messa in atto di un'insieme di presidi assistenziali e terapeutici che vanno sotto il nome di "Cure".

Tale prassi assistenziale è progredita accompagnando il genere umano nella sua storia e ritrovando, a seconda dei tempi, modalità ed intensità diverse in quanto tutti, ed in particolare chi opera in ambito della salute, comprendono che l'Essere Umano è fatto di terra e spirito in una unità sfuggente che le continue cure permettono di far vivere assicurando il bene, instabile e temporaneo, dell'unità.

Già nella più antica civiltà mesopotamica e poi egiziana, i templi dedicati ad Iside ed a Serapide attraevano folle di malati fiduciosi nella grazia divina che, almeno in parte, trovavano posto in apposite costruzioni dove ricevevano una qualche forma di assistenza. Nell'antica Grecia si erano invece strutturate tre forme assistenziali: gli asclepiei, lo jatreion, dai latini dette "tabernae medicorum" e le infermerie domestiche che successivamente saranno denominate dai latini "valetudinari" e che avevano le caratteristiche di essere una specie di ospedale con la presenza di "infermieri" "servus valetudinario" per una adeguata assistenza come è emerso dal valetudinario di Vetera (lungo 83 metri con dimora per medici, infermieri e deposito medicinali), venuto alla luce con gli scavi a Xanten in Germania .

Inizialmente accanto ai templi dedicati alle divinità, gli asclepiei erano costituiti da costruzioni dove i malati, su consiglio dei sacerdoti e, dopo gli insegnamenti di Ippocrate, su precise indicazioni dei medici e con l'aiuto degli infermieri dell'epoca, seguivano un percorso assistenziale preparatorio essenzialmente dedicato ad una particolare dieta, alla igiene del corpo e a bagni, massaggi, frizioni, ed esercizi fisici. I pazienti erano quindi introdotti a dormire nel recinto del tempio, dove aveva luogo l'*incubatio*, cioè il sogno profetico nel quale appariva il dio in persona a curare il paziente o ad indicargli il trattamento che doveva seguire. Locali adatti furono aggiunti all'asclepieo di Epidauro in epoca romana, sia per le partorienti che per i moribondi, affinché le nascite e le morti avvenissero in luogo appartato e riparato, con opportuna assistenza. A quel tempo però l'ammalato era una persona socialmente inutile che non meritava di essere presa in considerazione per sé solo con gli insegnamenti di Ippocrate sorge il concetto più umano dell'amore del medico e di chi prestava assistenza, verso il prossimo sofferente tanto da far affermare che "dove c'è amore per l'uomo c'è amore per l'arte" (Pazzini A) .

La necessità di opportune "Cure" indispensabili alla vita dell'uomo, richiama alla mente l'antica leggenda romana di Cura, Dea del firmamento di Giove, che un giorno, attraversando un fiume, vide dell'argilla e pensò di darle forma.

Fu così che modellò un corpo e, dopo aver chiesto a Giove di dare alla sua creatura lo spirito, iniziò una disputa che coinvolse anche Terra, dea della fecondità e madre di Urano, dio del cielo e del firmamento tutto, su chi dovesse dargli un nome.

Per dirimere la contesa venne chiamato a giudice Saturno, dio della fertilità della terra, che così sentenziò: tu Terra che hai dato il corpo al momento della morte riceverai il corpo; tu Giove

che hai dato lo spirito riceverai lo spirito; tu Cura che per prima hai creato e fatto vivere un corpo lo “possiederai” finché vive e si chiamerà Homo perché è stato tratto dall’ “humus” cioè dalla Terra.

Come molti altri racconti mitici, questa fiaba ha la capacità di mediare delle profonde verità e, giungendo direttamente al cuore, ci fa capire che, fin dai tempi più antichi, Cura non doveva solo provvedere a curare ma anche a “prendersi cura” di questo Homo in quanto lo “possiederà”, e quindi lo terrà come cosa sua, finché vivrà.

L’assistenza, intesa come “prendersi cura” della persona, è progredita ed evoluta nella storia dell’umanità tanto che già Socrate (469-399) nel V secolo a. C. affermava che “non si deve tener conto del vivere ma del vivere bene” (Platone, Il Critone o del Dovere) e Aristotele (384-322) riportava nella “Politica” che “compito dello stato non è solo quello di concedere la vita ma piuttosto una buona qualità di vita”. Tali concetti furono poi ripresi anche dalla Rivoluzione Francese (Il Comitato di Salute Pubblica, 1793) e, in anni del tutto recenti, dalla Organizzazione Mondiale Della Sanità nella cui Costituzione è scritto “I governi hanno la responsabilità dello stato di salute della loro popolazione... intendendo non solo assenza di malattia ma completo benessere fisico, psichico e sociale”.

Nell’atto pratico e nell’attività quotidiana, l’evoluzione del concetto di “Cura”, cioè come si è detto del “prendersi cura dell’Homo”, ha creato una distinzione fra coloro che più si impegnano nel trovare rimedi finalizzati alla guarigione e coloro i quali stanno più accanto alla persona, si dedicano al malato nella sua fisicità condividendo dolore, sofferenza, tristezza, paura, angoscia esistenziale.

Per secoli l’aspetto assistenziale è stato una peculiarità delle donne: madri, mogli, figlie o persone devote che lo svolgevano con nobile vocazione e talora completa donazione di sé.

Il cercare di alleviare le sofferenze e di soddisfare le necessità di un corpo malato, “brutto”, piagato, maleodorante è stato un compito da sempre affidato alle donne, sia per la loro innata carica umana, e per la loro disponibilità, sia perché certe funzioni considerate poco nobili nella gerarchia sociale, venivano delegate proprio al sesso femminile che, un tempo, non era certo molto considerato.

In questo ambito, finalizzato ad aiutare la persona a compiere tutte le attività tese al soddisfacimento delle proprie necessità, è nata l’assistenza infermieristica ed è cresciuto l’aspetto vocazionale, inteso come abnegazione, donazione di sé, a volte portato fino all’estremo sacrificio, assumendo così un tratto nobilitante, di riscatto e di riconoscimento sociale per chi le svolge (Caramia G.).

Questi aspetti hanno fatto emergere la dimensione distintiva dell’azione infermieristica, che si differenzia da quella di altri professionisti. La fisicità è vita: soddisfarne le esigenze fa meglio superare la condizione di malattia, riduce la possibilità dell’instaurarsi o dell’intensificarsi del danno da malattia, migliora il benessere, l’armonia con sé e con gli altri, valorizza la dimensione globale dell’individuo. Il bisogno di assistenza infermieristica così inteso è universalmente diffuso, anche se diversamente espresso dagli appartenenti ai vari gruppi socio-culturali. Tale bisogno prevede una risposta universale, che ha articolazioni differenziate a seconda dell’appartenenza della persona cui è rivolta.

## **Sviluppo delle forme assistenziali nell’età cristiana**

Sintetizzare una storia lunga di secoli è arduo anche per l’enorme evoluzione che si è

verificata in un periodo così lungo.

Va comunque subito rilevato che, dopo la morte di Cristo gli Apostoli istituirono i diaconi e le diaconie con il compito di “soccorrere i bisognosi, indigenti, senza tetto, vedove, orfani con maggiore cura e sollecitudine” Con il passare del tempo tali istituzioni progredirono e si diffusero da oriente ad occidente dato che nel Concilio di Nicea nel 325 per ordine di Costantino il Grande (di Nish, 288-337) fu stabilito che in ogni città doveva esistere un luogo separato per pellegrini, infermi e poveri denominato “ospizio per pellegrini” . Fra questi ricordiamo gli ospizi ed asili sorti per opera di S. Elena (258-336) madre di Costantino, per opera di S. Basilio (330-379) la Basiliade a Cesarea, per opera di S. Giovanni Crisostomo (Antiochia 344 -407) i numerosi ospizi ed asili anche per lebbrosi nella regione di Costantinopoli fino al grande ospizio di Parigi divenuto poi il celebre ospedale “Hotel Dieu”.

Quanto ora riportato dimostra chiaramente che l’assistenza caritativa a tutti i bisognosi ebbe un notevole impulso, soprattutto in Oriente, perchè per la Chiesa tale attività rappresentava il principale impegno, la principale preoccupazione e mansione. Non va però dimenticato l’impegno di privati e di personalità anche illustri di nobili origini che trasformarono le loro residenze in luoghi per l’accoglienza dei più bisognosi dove loro stessi prestavano un’opera assistenziale di tipo infermieristico. Così avvenne ad esempio per Placidia, moglie dell’imperatore Teodosio, per Sofia, moglie dell’imperatore Giustiniano che contrasse la lebbra assistendo i lebbrosi e per Fabiola nobile patrizia romana che con abnegazione praticava le cure ai più umili e riluttanti, ai più miseri e bisognosi seguendo l’esempio di San Girolamo (Dalmazia 347-420) il quale introdusse dal greco il termine “nosocomeion”. Alla sua morte le esequie furono talmente trionfali, per il concorso del popolo riconoscente per la sua dedizione, da paragonarle ai cortei trionfali dei grandi condottieri.

Con l’avvento del Monachesimo intorno al IV-V secolo, che si estese da Oriente ad Occidente fino a raggiungere l’Inghilterra, l’Irlanda e l’Africa e al quale diede notevole impulso San Benedetto (480-547), i monaci consideravano i malati come cosa sacra ed un onore curarli e servirli. In tale ambiente ebbe anche notevole impulso, con le limitazioni imposte dai tempi, la medicina e le nuove possibilità terapeutiche

Dopo la caduta dell’Impero Romano d’Occidente, evento importante dei secoli bui del Medio Evo, anche se da molti poco considerato, è la nascita e la diffusione dei “Pia Loca” strutture adibite all’ospitalità e alla cura delle persone bisognose di pane, di un letto o di medicinali o i “Loca Hospitalia” luoghi dove gli “infermi” storpi, ciechi, piagati, folli e moribondi trovano un ambiente caritatevole, del personale di assistenza e delle parole di solidarietà, di conforto, di speranza.

Mentre progrediva il concetto di assistenza nell’impero romano di oriente ed occidente, nel mondo islamico evolveva “l’arte dell’assistenza infermieristica” che trovava le sue radici culturali nel decadente classicismo greco-romano con evidenti influssi cristiani. Fu così che nel 708 il califfo Al Walid I istituì al Cairo il primo ospedale fornito di tutto il necessario per la parte assistenziale con personale specifico e per l’insegnamento della medicina comprese le biblioteche e successivamente una scuola di medicina. A questo ne seguirono molti altri compreso quello molto famoso di Bagdad nel 970. L’aspetto didattico culturale oltre a quello

caritativo assistenziale per cui erano nate tali strutture, contraddistinse la nascita degli ospedali del mondo islamico.

In tutto il mondo occidentale del tempo, per le limitate possibilità diagnostiche terapeutiche venne privilegiato l'aspetto assistenziale di tipo infermieristico, di presenza, di partecipazione, del saper ascoltare e partecipare al dolore e alla sofferenza per cui persone isolate, Ordini religiosi, Ordini cavallereschi si impegnavano in questa altruistica assistenza che aveva per compenso solo l'opera compiuta e come rischio quasi certo, la morte in particolare durante epidemie o pestilenze. E' stato il germoglio dell'Umanesimo, anche in ambito sanitario, che sboccherà alcuni secoli dopo. Infatti proprio a partire dall'Alto Medio Evo, il cui inizio risale alla fine del V secolo, periodo da molti considerato "buio" per la caduta dell'impero romano, per le invasioni dal nord dei Goti, Visigoti, Longobardi, Normanni e Vichinghi, dall'est degli Slavi e Ungari, e dal sud dei Saraceni con conseguente avvento del Feudalesimo, sono sorte anche alcune strutture, come le scuole mediche ospedaliere, che diffusero le conoscenze tramandate soprattutto nei monasteri, e quello spirito assistenziale di partecipazione e condivisione delle sofferenze altrui, completamente esplose in particolare in Italia, con l'avvento dell'umanesimo.

In generale, ma soprattutto nel mondo Occidentale ed in particolare in Italia, la storia delle varie forme assistenziali e dell'assistenza infermieristica è stata segnata dalle modalità con cui, nel corso dei secoli, la Chiesa e gli uomini credenti e fedeli hanno cercato di mettere in atto gli insegnamenti di Gesù di Nazareth, dei suoi apostoli e del cristianesimo.

L'ideale degli infermieri era quello di servire il malato "per puro amor di Dio" svolgendo il loro servizio «con puro et devoto animo»: dovevano quindi adattarsi al carattere del malato, confortandolo caritatevolmente e prevenendone i bisogni (Ottazzi).

Nei secoli XIII e XIV la rilassatezza della Chiesa, l'emarginazione sociale delle persone "imperfette", malati, storpi, sordi ecc. e la prevalenza di personale laico addetto all'assistenza e costituito in crescente numero da ex galeotti e prostitute portarono ad una grande decadenza nell'assistenza (Panebianco). Tutto ciò ha rappresentato un grande impulso in alcuni strati della Chiesa a dar vita a confraternite e ordini che fondarono nuovi ospedali mentre l'attività assistenziale e l'opera di alcuni santi, in favore dei più diseredati e ammalati, come Santa Caterina (1347-1380), Santa Francesca Romana (1384 -1440) e il francese San Rocco di Montpellier divenuto poi protettore degli ospizi, degli appestati e dei prigionieri, fu tale che, "scoperta" e presa come modello anche da diverse *nurses* inglesi, determinò un miglioramento dell'assistenza e, in molte di loro, la conversione al cattolicesimo (Saba ).

Sul finire del XIV secolo, si fece strada una nuova coscienza in campo assistenziale (Ottazzi, Basili ) in base alla quale «anche i pubblici poteri hanno il compito / di proteggere la salute e di alleviare le sventure» per cui sotto l'influsso di laici, vescovi e pontefici nel XV secolo furono costruiti i primi ospedali "maggiori",.

Ma mentre miglioravano con il tempo le strutture edilizie e le decorazioni artistiche degli ospedali, la qualità dell'assistenza agli infermi peggiorava, ed era sempre più evidente, per la crisi finanziaria, la carenza dei posti letto (Gutton). Dopo la metà del XVI secolo la situazione si andava via via aggravando: i malati non venivano più guardati dagli infermieri laici, non erano più trattati amorevolmente o imboccati, bensì maltrattati e addirittura abbandonati a loro stessi. Chi moriva veniva lasciato nel letto che spesso divideva con altri due o tre malati a volte

piagati o febricitanti e portato via solo quando “faceva comodo” agli infermieri.

Come reazione a questa disumanità, (Pazzini), vennero fondate, sulle basi giuridiche medioevali, l'ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio, le congregazioni ospedaliere di San Camillo de Lellis (1550-1614) e dal francese San Vincenzo de' Paoli (1585-1660). Quest'ultimo, con San Giovanni di Dio, viene universalmente riconosciuto come il principale artefice della riforma dell'assistenza infermieristica (Roman, Russotto).

L'opera positiva di molte congregazioni religiose influì enormemente sullo sviluppo dell'assistenza sociale ed infermieristica tra il XVI e il XVII secolo. Di particolare rilievo è la rivoluzione che determinò San Vincenzo, affidando alle donne un incarico pubblico di assistenza in una società che escludeva totalmente la donna dalla vita sociale e proibiva alle religiose di uscire dalla clausura (Roman). Fu proprio San Vincenzo a creare le premesse indispensabili al proficuo contributo di Florence Nightingale per la nascita della moderna professione infermieristica (Mezzadri).

## **Illuminismo, evoluzione dell'assistenza religiosa e laicizzazione**

Verso la fine del Seicento cominciò ad affermarsi la «mentalità scientifica basata nel metodo sperimentale» (Pazzini) e con la “nascita della clinica” si sviluppa la medicina fondata su «sapere teorico, pratica artigianale e regolamentazione istituzionale» (Foucault)

La società rifacendosi agli insegnamenti di Socrate e di Aristotele si orientava verso un'idea di servizio ospedaliero dipendente dai pubblici poteri e dallo Stato. L'assistenza fondata sulla carità e l'amore per il prossimo, in base ai valori cristiani e medioevali di assistenza all'ammalato, contrastava con il concetto del neo liberismo per cui la beneficenza è basata sull'amore per gli uomini, sul desiderio di rendersi utili (Gutton), sulla filantropia (Mezzadri).

Il XVIII secolo fu largamente caratterizzato dal crescente interessi degli enti pubblici all'assistenza. Questi, riconoscendola tra i loro primi doveri, stanziarono somme per la costruzione e la gestione di nuovi ospedali, di ricoveri, di brefotrofi, di ospizi per vecchi e mendicanti, estendendo in maniera inedita il loro controllo su tutte le opere pie, laiche ed ecclesiastiche (Bascapè). Si poteva al tempo stesso già vedere l'iniziale trasformazione degli ospedali da ricoveri per malati cronici e moribondi in “fabbriche della salute”( Frascani).

Nasce inoltre un'idea di “sicurezza sociale”. Il termine *assistance* era qualche cosa che andava al di là della carità e della beneficenza. Esso comprendeva la previdenza e il soccorso, volendo esprimere l'azione tutelare e la premura della società verso i suoi membri che per età, malattia e altri motivi si trovassero in condizioni di non poter bastare a se stessi (Della Peruta, Bifulco, Dalmasso, Cosmacini).

Si viene quindi via via affermando una società diversa, «fondata sull'eguaglianza civile, sulla promessa di una felicità diffusa alla portata di tutti e di una migliore qualità della vita » (Bressan). In Francia, e nei paesi anglosassoni, si affermava l'assistenza domiciliare, aspetto più interessante dei soccorsi pubblici dato che “gli ospedali e gli ospizi non devono esserne che il supplemento” per cui il cittadino, in quanto forza lavoro necessaria, può aspettarsi a buon diritto di essere aiutato dalle istituzioni pubbliche (Léonard).

Nei primi anni del XIX secolo, con il dominio napoleonico, lo Stato affidò completamente la “cura” dei malati agli ospedali, la cui gestione passò però sotto il suo diretto controllo.

Un'altra conseguenza dell'influenza francese, fu la soppressione dei beni ecclesiastici (Aubert), ad eccezione di quelli che si occupavano dell'educazione dei ragazzi e che assistevano gli infermi, con una laicizzazione pressoché completa dell'assistenza, e la estromissione della Chiesa dalla gestione di molti ospedali. I fondi derivati servirono per riequilibrare le finanze dello stato costantemente deficitarie.

In questo secolo l'opera dei medici si perfezionò anche dal punto di vista burocratico grazie all'introduzione di uno strumento utile per la raccolta dei dati di ogni paziente: la "cartella clinica" (Pazzini). Queste innovazioni portarono al cambiamento dei rapporti non solo medico-paziente, ma del personale infermieristico con i malati sottoposti alle loro cure, come si vedrà più avanti.

Nel 1814, dopo la caduta del dominio napoleonico, il ritorno a Roma di Pio VII e il congresso di Vienna (1814-1815), fu posto alla Chiesa cattolica, a livello europeo, il problema della ricostituzione di molti ordini religiosi. L'assistenza ai poveri e agli infermi, diventata "carità legale" dopo il bagno negli ideali della rivoluzione francese, non veniva però data dallo Stato che si dimostrava incapace di intervenire in modo organico, efficace e tempestivo (Della Peruta). Da ciò proprio in questo periodo si assiste ad un fenomeno di rinascita o rinnovamento delle forme tradizionali di vita religiosa, che è derivato come risposta sia alla crisi degli istituti religiosi e degli ordini monastici sia alle profonde trasformazioni della società politica, degli assetti economici e del clima culturale all'indomani della Rivoluzione francese.

Si diffuse così, prima in Francia, nei Paesi Bassi e poi in Italia, un movimento di rinascita che consentì ad alcuni antichi ordini di riorganizzarsi in modalità più adatte ai tempi mentre iniziava la sua attività in Inghilterra dove era nata Elisabeth Fry (Norwich 1780-1845), che introdusse il termine Nursing, per definire l'assistenza infermieristica tipica dei paesi anglosassoni, e stava per nascere, proprio in Italia a Firenze, da una famiglia ricca e molto conosciuta, Florence Nightingale (Firenze 12 Maggio 1820).

L'atteggiamento rispetto alla religione muta però notevolmente e le correnti di pensiero che determinano le scelte politiche e legislative anche in campo sanitario e assistenziale a cavallo tra il XIX e il XX secolo ne risentono direttamente in tutto l'occidente europeo per cui se il vangelo rimane ad ispirare le opere di carità, l'elemento laico si inserisce per sostituire progressivamente quello ecclesiastico.

Infatti Elisabeth Fry, dopo aver cresciuto i numerosi figli, si occupa del movimento contro il commercio degli schiavi e successivamente visita molti riformatori, manicomi, ricoveri per mendicanti e ospedali. Nel 1840 visita dapprima una comunità di Béguinage in Olanda a Ghent che così descrive: "vi risiedono 600 suore ognuna delle quali ha la sua piccola casa con servizi e c'è una bella Cappella dove si riuniscono tutte per le funzioni sacre mattina e sera. Le Beghine non fanno voti. Possono tornare nel mondo quando vogliono, ma si vantano del fatto che nessuna di loro se ne sia mai andata. Visitano i malati nelle loro case o li assistono negli Ospedali e nei Ricoveri" e successivamente in Germania a Kaiserswerth, vecchia città sul Reno, visita il Pastore Eliedner e così scrive: "ha fondato un piccolo ospedale vicino a casa sua ... ha anche istituito le Sorelle della Carità Protestanti che chiama Diaconesse. Vestite tutte uguali con abiti blu e cuffie bianche, servono i pazienti in tutti i loro bisogni, vanno a trovare i poveri e vengono mandate in ogni parte del Regno ove siano richieste delle brave infermiere cristiane". La Fry, che aveva conosciuto la Nightingale e con lei aveva discusso dell'opera del Pastore Eliedner (Casarrini), ritornata in patria crea, con il consenso della regina Adelaide e del vescovo di Londra, una scuola simile a quella tedesca, ottenendo il riconoscimento all'associazione di "donne dedite alla cura dei malati". Per non rendere evidente l'ispirazione cattolica però cambiò il nome da "sorelle di

carità protestanti” in “*Nursing sisters*” cioè “Sorelle Infermiere”. La Fry aveva così segnato la storia dell’assistenza e della filantropia inglese con un notevole influsso su quella americana permeando di entusiasmo e rigore, anche religioso, l’azione delle infermiere.

Questo le fu riconosciuto dalla Nightingale che fra l’altro scrisse di avere avuto da Dio a 17 anni la chiamata all’impegno all’assistenza sanitaria (Nightingale, Smith). Dopo opportuni studi sui dati della salute inglese, dal luglio del 1843 si dedicò completamente ai poveri e ai malati inglesi, nonostante l’opposizione dei genitori non solo per le deprecabili condizioni delle strutture ospedaliere di quei tempi, ma per la nota immoralità delle infermiere degli ospedali che venivano ben definite da due parole: prostitute e alcolizzate (Smith). Per approfondire le conoscenze e le modalità assistenziali decise di frequentare le Suore di Carità di Parigi e nell’Agosto 1853 prende in carico un istituto per la cura delle “signore malate decadute”. Consapevole che il successo dell’istituto sarebbe stato possibile solo con spese equilibrate e un adeguato sistema di contabilità, dimostrò non solo una enorme abilità amministrativa. Inoltre se San Camillo de Lellis pensò per’ primo ad un sistema perché gli ammalati degenti in un letto potessero chiamare gli infermieri suonando un campanello, Florence ne ideò uno che consentiva di far suonare i campanelli fuori delle porte nei vari piani con tanto di segnalazione luminosa per far vedere chi avesse suonato: stabili inoltre che ogni malato ha il diritto di essere assistito, qualsiasi credo religioso professi e a qualsiasi gruppo etnico appartenga (Smith).

Per migliorare la cultura, le condizioni delle infermiere d’ospedale e la qualità dell’assistenza, bisognava però creare una scuola e l’occasione le fu fornita dallo scoppio della guerra in Crimea contro la Russia, nel 1854 dove nelle fasi iniziali si evidenziò la mancanza e l’impreparazione del personale infermieristico nell’assistenza ai feriti.

Nominata responsabile del Corpo infermiere grazie alla sua capacità e dedizione, ottenne risultati eccezionali in termini di guarigione e sopravvivenza per cui l’infermiera divenne il simbolo di forza, coraggio, lealtà, sopportazione, altruismo e superiorità di fronte ad ogni condizione di classe o sesso.

Il suo impegno per gli ospedali militari e successivamente civili e per il problema infermieristico furono ammirevoli ed ebbe successo. Fece così istituire nel 1860 al St. Thomas’s Hospital la “Nightingale School” della durata di un anno dove le allieve dovevano vivere nella “Casa dell’Infermiera” per formarsi professionalmente ma anche formare carattere e personalità, per apprendere la deontologia e l’etica della professione che avrebbero svolto ed acquisire una forte identità.

Nel 1874 diede le direttive e il suo aiuto a William Rathbone per organizzare un sistema per l’assistenza ai malati dei rioni londinesi e per fondare l’Associazione infermieristica metropolitana. L’organizzazione dell’assistenza rionale ebbe ottimi risultati e Rathbone viene ricordato come il fondatore dell’assistenza domiciliare sociale ed infermieristica moderna, riprendendo il lavoro delle Suore della Carità di San Vincenzo.

Il contributo di Florence Nightingale alla moderna professione infermieristica, moralmente elevata e socialmente riconosciuta, è stato determinante ed è passato alla storia evidenziando l’aspetto di preparazione culturale, dedizione, missione e vocazione a tale scelta professionale anche da parte di persone che non sono religiose e che percepiscono un regolare stipendio per il loro lavoro.

La Nightingale, autrice di parecchi libri e articoli sul Nursing, in una lettera del 1900 scriveva: “gli antichi romani sotto qualche aspetto erano superiori a noi, ma ad essi mancava l’idea di essere generosi con i malati e i deboli. Questa venne dal cristianesimo. Cristo fu

l'Autore della nostra professione. L'assistenza agli infermi è divenuta ora una professione”.

Come risulta da numerosi documenti la Nightingale influenzò, anche negli Stati Uniti d'America, l'evoluzione della professione infermieristica che, nata dall'opera di molte persone, in particolare donne della medio-alta borghesia, voleva migliorare le condizioni delle prigioni, liberare gli schiavi, rispondere ai bisogni fondamentali della popolazione, creare luoghi per curare e assistere i malati e gli innumerevoli immigrati, che dal 1848 si riversarono in America, e intervenire nell'opera di soccorso in caso di catastrofi naturali o di guerre.

Infatti nel 1861 la Nightingale ricevette un appello dal ministero della Guerra di Washington, che chiedeva il suo aiuto per l'organizzazione degli ospedali e dell'assistenza dei malati e dei feriti durante la guerra di secessione. A tale richiesta rispose positivamente: non è però chiaro se inviò anche delle infermiere della Scuola Nightingale (Smith).

Un notevole impulso allo sviluppo del Nursing in America fu dato però da Clara Barton (Oxford– Massachusetts). Di famiglia puritana, istruita, cresciuta nell'ordine e nell'obbedienza, allo scoppio della guerra civile di secessione americana nonostante fosse un'impiegata si improvvisò infermiera e si impegnò nell'assistenza ai malati e feriti sulla base di principi igienici con circa 2.000 donne. Tale attività infermieristica organizzata fu la prima svolta come presenza laica negli Stati Uniti, dato che fino a quel tempo questa era una caratteristica della Chiesa cattolica, anche se nel 1645 la francese Jeanne Mance di Langres fu la prima infermiera laica che costruì il primo ospedale, l'Hotel Dieu, nel nuovo mondo, a Montreal nel Canada.

La Barton più arguta ed emancipata delle colleghe inglesi, tanto da diventare una delle prime *sufragettes*, durante un soggiorno in Europa venne a conoscenza dell'opera della Croce Rossa per cui al suo ritorno fondò nel 1881 la American Association of the Red Cross e quindi la prima Red Cross Society degli Stati Uniti (Gumpert).

Per quanto riguarda la formazione delle infermiere nel 1873 furono fondate le prime tre scuole americane che erano salite a 432 nel 1900 e a più di 2100 nel 1926. Nel 1930 vi erano 294.189 infermiere e ogni anno se ne diplomavano circa 25.000 (Bachmeier e Hartman).

Con un programma di istruzione completo, efficace e sistematico, e con l'impiego di *standard* che garantissero la formazione di personale in grado di rispondere ai reali bisogni di salute e di assistenza della popolazione, si ottenne un progressivo avanzamento della professione infermieristica.

Il principio fondamentale, soprattutto nella cultura americana, della tutela della libertà individuale, senza vincoli politici o religiosi, in una ottica di pragmatismo, uniti allo spirito scientifico, di collaborazione e all'organizzazione, ha favorito l'evoluzione della professione infermieristica per cui dal 1899 le prime infermiere furono ammesse all'università presso la Columbia University e nel 1916 esistevano già tredici corsi universitari per infermiere.

L'infermiera americana non si è quindi creata dal nulla. La maggiore unità della categoria e il terreno favorevole ad accogliere le sue istanze hanno facilitato il notevole sviluppo culturale della professione e di conseguenza la creazione di una gerarchia infermieristica preparata. L'assenza di una profonda differenza culturale con la dirigenza medica e la indispensabile collaborazione per la soluzione di problemi comuni, ha imposto quindi la presenza dell'infermiera, dato che non era assolutamente possibile escluderla o ignorarla, nei vari ambiti delle stesse scelte politiche e gestionali della sanità (Goldmark, Weir).

## **Il Nursing nel XX secolo e l'evoluzione Italiana**

Mentre nell' America del Nord fra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo la figura dell'infermiera accedeva all'Università, nella vecchia Europa l'assistenza era, in particolare negli ospedali, affidata prevalentemente alle istituzioni religiose e alle infermiere religiose, che nel frattempo riunite in congregazioni avevano un po' accresciuto la loro cultura e preparazione infermieristica.

Questo perché il personale non religioso proveniva dai ceti più bassi della società, molto spesso privo di cultura e preparazione, e lavorava solo "in vista del guadagno e non per vocazione" per cui i degenti dovevano subire, non raramente anche per la ridotta sensibilità, incuria e maltrattamenti.

In varie nazioni si incominciava però ad avvertire che, se nell'Ottocento e agli inizi del Novecento le congregazioni religiose notevolmente accresciute in numero avevano dato, specialmente in Italia, con le loro infermiere una risposta adeguata ai tempi, questa non era più adatta alle nuove situazioni sia per l'evidente calo progressivo delle vocazioni sia, per la loro limitata preparazione, sia per il desiderio di un generale rinnovamento di una adeguata assistenza a quanti ne avevano bisogno. Tutto ciò nonostante il personale infermieristico religioso avesse in generale una dedizione e un attaccamento all'ammalato e ai suoi bisogni ed un senso del dovere certamente impareggiabili, un costo inferiore alle infermiere laiche e, da un punto di vista igienico sanitario, il servizio fosse meno peggio negli ospedali dove il personale era tutto religioso, deficiente dove era misto e decisamente scadente dove era tutto laico (Celli, Bifulco).

Per i suddetti motivi fiorirono iniziative diverse che sfoceranno negli istituti secolari attraverso non poche difficoltà in tutta l'Europa.

In tale ambito, l'opera delle infermiere straniere, soprattutto inglesi ed in parte quelle di derivazione culturale tedesca e francese, nella trasformazione dell'attività assistenziale e nella fondazione delle prime scuole per infermiere professionali fu davvero determinante, in particolare in Italia.

Va infatti ricordata l'opera della Nightingale che aveva determinato un moderno rinnovamento della formazione infermieristica in Inghilterra, negli Stati Uniti, aveva ispirato Henry Dunant nella fondazione della Croce Rossa e, come punto di riferimento sul piano internazionale, aveva influenzato in tutte le nazioni, compresa l'Italia, la formazione infermieristica (Palazzo, Calamandrei).

In Francia però l'impostazione della scuola della Nightingale non fu completamente seguita nemmeno nella più prestigiosa scuola di Bordeaux diretta da una allieva della stessa Nightingale, Miss Hamilton. Infatti durante il tirocinio le allieve non erano guidate e seguite in ogni attività da infermiere capaci ed impegnate, le Sovrintendenti o Matron, e, dopo due anni appena ottenuto il diploma, affiancando o sostituendo le infermiere che avevano lasciato dei posti vacanti, non essendo adeguatamente preparate non riuscirono a dare alla loro categoria quell'immagine e quella stima delle Nurses inglesi. Poco preparate e prive di un vero spirito di corpo, dopo qualche anno venivano messe alla pari e spesso sopravanzate dalle quelle vecchie infermiere più impegnate, sensibili e desiderose di emanciparsi. Tutto ciò non invogliò, come in Inghilterra, le ragazze provenienti dalla media borghesia ad intraprendere tale professione almeno negli ospedali pubblici.

In Italia invece Amy Turton, una signorina scozzese che nel 1890 viveva a Firenze dove faceva parte della colonia inglese, ebbe un ruolo importante nell'evoluzione dell'assistenza infermieristica. Infatti, dato che negli ospedali di Firenze poteva svolgere solo una attività di

apprendista, fece un tale tirocinio presso l'Ospedale di Lucca per poi recarsi, su suggerimento della Nightingale, presso la scuola per infermiere ad Edinburgo. Tornata in Italia svolse la sua attività negli ospedali S. Spirito e S. Giovanni di Roma (Baxter, Calamandrei).

In seguito ad un incontro con la principessa Stromboli, che gli proponeva di aprire una scuola per infermiere a Napoli, preferì continuare il suo lavoro a Roma ma fece chiamare come direttrice della scuola "Croce Azzurra" di Napoli Miss Grace Baxter. Questa, nata a Firenze (come la Nightingale) da genitori inglesi e cresciuta in tale città, si era diplomata infermiere nel celebre ospedale John Hopkins di Baltimora dove era successivamente diventata Caposala. Trasferitasi a Napoli iniziò il suo lavoro nel 1896 seguendo un sistema di formazione simile a quello della Nightingale a disciplina "quasi militare" con scuola convitto e corsi della durata di due anni.

La Baxter diede molta importanza, oltre alla preparazione professionale, anche all'aspetto morale dato che "l'opera dell'infermiere è una missione, una vocazione che porta con se privilegi ma anche responsabilità e chi pensa solo all'aspetto remunerativo si eleverà poco al di sopra delle mercenarie". Diresse la scuola fino alla morte della principessa Strongoli nel 1913.

La storia di Amy Turton e di Grace Baxter si intreccia con quella di Anna Celli, che aveva frequentato la scuola laica per infermiere di Hamburg Heppendorf in Germania. Poiché molte persone volenterose, della media e alta borghesia, e molti medici conoscevano anche l'organizzazione assistenziale tedesca, pensarono di reclutare ragazze di buona famiglia, della media e piccola borghesia per iniziare una scuola infermieristica con simili caratteristiche. Fu così che la Celli nel 1901 iniziò dei corsi annuali durante i quali validi medici tenevano delle conferenze mentre la Celli seguiva le partecipanti negli ambulatori e nelle corsie per insegnare loro tutte le nozioni pratiche per assistere un ammalato.

I corsi organizzati dalla Celli non si trasformarono in una scuola perché gli ospedali pretendevano che le partecipanti prestassero servizio per due anni presso diversi ospedali, e che fossero tolte alla diretta sorveglianza della Celli per sottostare al personale in servizio presso l'ospedale. L'attività però proseguì e numerose infermiere così preparate svolsero la loro attività in diversi servizi e cliniche (Celli).

Il problema dell'assistenza a malati e bisognosi era sempre più sentito per cui, per rilevare le condizioni di assistenza in Italia, il Ministero dell'Interno italiano condusse un'indagine nel 1902 evidenziando che su 8.380 fra infermiere ed infermieri, il 40% erano suore, vi era una infermiere ogni 12 letti mentre in Inghilterra una ogni 5,4 letti e in Austria una ogni 4,8 letti.

L'evidente carenza di infermiere e le motivazioni su riportate spinsero la Celli nel 1908 ad aprire anche una vera scuola per infermiere a Roma. Il tentativo però fallì perché alle iscritte mancava il titolo di studio, la quinta elementare. Concludeva pertanto che perdurava il pregiudizio in base al quale fare l'infermiere non era una professione per una ragazza di una certa cultura ma equivaleva a fare "l'inserviente o altro". Questo contrastava nettamente con le Nurses inglesi che provenivano dalla media borghesia e molte erano vedove, figlie o sorelle di professionisti che, una volta finiti gli studi andavano a ricoprire, con il ruolo di infermiere, una certa posizione nelle istituzioni o servizi dove poi operavano conquistandosi con professionalità, dedizione e moralità la stima di tutti.

Le difficoltà che la Turton, la Baxter e la Celli incontrarono furono pertanto dovute soprattutto alla mancanza nella piccola-media borghesia "dell'idea di votarsi alla professione infermieristica che, vista anche l'evoluzione della medicina e delle terapie, non consisteva solo nel rifare il letto dell'ammalato e nell'alimentarlo". Sarebbe stato pertanto molto difficile trovare

qualche infermiera con una preparazione culturale sufficiente per aprire e dirigere nuove scuole infermieristiche e venire così incontro alle molte necessità della popolazione.

Possiamo quindi affermare che la Nightingale, la Turton e la Baxter, “tre inglesi di Firenze” sono state le pioniere nello sviluppo, assieme ad Anna Celli, infermiera di estrazione culturale tedesca, l’Arte dell’infermiera in Italia.

L’impegno della Celli rappresenta il contributo italiano alla riforma della nostra formazione infermieristica ma la diversa estrazione culturale con le Nurses inglesi si estrinsecò in una diversa visione sulla rapida e totale laicizzazione della assistenza infermieristica. Questa, sostenuta dalla Celli secondo l’impronta culturale tedesca, era invece temuta soprattutto dalla Turton dato che sarebbe venuto a mancare, oltre ad un numero considerevole di infermiere religiose, “il loro esempio morale e vocazionale, aspetto fondamentale e necessario per il cambiamento durevole dell’immagine” e dell’Arte dell’infermiera.

La limitata preparazione tecnica infermieristica delle suore spinse il Papa Pio X nel 1905 a dare incarico ad eminenti personalità della cultura e della società romana di istituire una scuola per infermiere dato che non voleva che le suore fossero “relegate nelle cucine o in guardaroba, ma dovevano stare vicino agli infermi per il loro bene spirituale e corporale” (Crispolti e Bompiani). Fu così che nel 1906 la “Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe” iniziò la sua attività, con allieve suore e signore provenienti dall’alta società romana, dapprima sotto la direzione della francese Signora Arnou, “Infermiera diplomata di 2° grado” e poi sotto la direzione delle Signe Francesca Crispolti e Serafina Bompiani che avevano conseguito il diploma di infermiera a Parigi. Dopo due anni dall’inizio dell’attività, quando la Arnou lasciò la scuola, la direzione tecnica e il programma di insegnamento fu affidato al Prof. Durante.

La scuola si adeguò ai nuovi regolamenti italiani per la formazione infermieristica, istituì il corso per caposala, rilasciò fino al 1931, 929 diplomi, metà dei quali ad infermiere religiose, e nel 1933 ottenne l’approvazione statale (Crispolti e Bompiani).

Subito dopo l’istituzione della “Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe”, furono fondate varie scuole in tutta Italia. Fra queste vanno ricordate a Roma la scuola “San Gregorio al Celio” nel 1907, gestita dalle Suore Irlandesi Piccole figlie di Maria, la scuola “Anna Potter” nel 1908, la scuola “Regina Elena” nel 1910, presso l’Ospedale Umberto I di Roma e, sempre nel 1910, quella presso l’Ospedale Civile di Trieste, che prese il nome “Regina Elena” dopo la fine della guerra 1915-1918 ed oggi si chiama “Giulio Ascoli” ed infine la Scuola “Principessa Jolanda” a Milano nel 1912 (Sironi).

Tutte queste scuole furono dirette da infermiere inglesi, compresa quella di Trieste a quel tempo sotto l’impero Austro-Ungarico, che avevano esperienza come caposala e sovrintendenti.

La più importante e grande scuola-convitto italiana fu quella dell’Ospedale “Regina Elena” di Roma che fu diretta, con grande carisma, da Dorothy Snell fino al 1932 coadiuvata da altre infermiere inglesi. Queste, come nelle scuole inglesi, si preoccuparono oltre che della didattica, del personale docente che doveva essere costituito da infermiere preparate presso opportune scuole onde formare delle infermiere capaci, migliorare l’assistenza, creare lo spirito professionale. Tutto ciò per il riconoscimento reale del lavoro svolto e per assicurare loro adeguate condizioni di vita materiale e morale. In pochi anni dalla istituzione con le diplomate e le allieve assunsero l’assistenza quasi completa di tutto l’ospedale (Palazzo, Calamandrei).

Le difficoltà di tutte queste scuole, che a volte collaborarono con la Croce Rossa, non furono poche. La principale di queste fu la carenza di fondi per proseguire nell’attività e la mancanza di una riforma dell’assistenza che sostenesse la causa infermieristica. Oltre a queste importanti

furono anche la contrapposizione di molti che ritenevano eccessiva e troppo costosa una istruzione così approfondita ed impegnativa delle infermiere, la carenza di infermiere per cui vi erano degli stimoli a diplomare del personale in breve tempo ma, avendo sotto ogni aspetto scarsa preparazione, risultava più interessato allo sfruttamento dell'ammalato con risvolti negativi sull'assistenza e sull'immagine di tutta la classe infermieristica, ed infine l'ostilità sia del vecchio personale per gelosie professionali, sia del mondo ecclesiastico che non capì il significato di una iniziativa caritatevole, altamente morale, di laici. A conferma di ciò non pochi sono i contributi culturali in tal senso che mantennero l'assistenza nell'ambito di una missione, la più alta che possa svolgere una donna (Sironi).

Mentre evolveva, fra tante difficoltà, l'assistenza infermieristica nascevano le prime associazioni infermieristiche italiane che furono sostenute, durante il I Congresso Femminile Internazionale svoltosi a Roma nel 1914, dal Comitato Nazionale Donne Italiane, affiliato al Council of Women fondato a Washington nel 1888, e dall'International Council of Nurses costituito nel 1899 dalla Ethel Bedford Fenwick, infermiera inglese allieva della Nightingale School. Tale Comitato, nel quale doveva confluire la più importante Associazione nazionale infermieristica dei vari paesi del mondo, si fondava su quattro principi: autonomia, aconfessionalità, apoliticità, democraticità, ed ha rappresentato l'elemento più importante di un secolo che ha visto la trasformazione dell'assistenza infermieristica da "un impiego buono per donne di bassa condizione ad una professione basata su principi vocazionali, etici, scientifici per persone colte e di educazione superiore". Lo scopo del Comitato era quello di rappresentare le infermiere nelle istituzioni dove si affrontano i comuni problemi della salute per migliorare la preparazione e la qualità dell'assistenza.

Nasceva così nel 1919 la Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere (ANITI), con una sua rivista il "Bollettino Mensile", che entrò nel Comitato Internazionale delle Infermiere nella riunione tenutasi a Copenaghen nel 1922 (Sironi).

La storia dell'ANITI si intreccia con quella della Croce Rossa Italiana dato che la Nurse americana Mary Gardner, chiamata a dirigere il Nursing nella Commissione anti-tubercolare istituita dalla CRI dopo la prima guerra mondiale, diede un importante contributo nella formulazione dello statuto dell'ANITI e promosse l'apertura delle "Scuole di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale per assistenti sociali visitatrici" come da decreto legge del 1925 sulla istituzione delle «Scuole convitto professionali» per infermiere, «Scuole specializzate di medicina, igiene pubblica, ed assistenza sociale» per Assistenti sanitarie visitatrici e «Corsi di Abilitazione alle funzioni direttive» (Frezza, Sironi).

Fu così importata l'organizzazione sanitaria territoriale di tipo americano e a dirigere tali scuole furono chiamate infermiere italiane che avevano avuto una formazione secondo il sistema della Nightingale.

Va rilevato che la legge del 1925 prevedeva:

- 1- l'assistenza infermistica doveva essere affidata a personale femminile;
- 2- questo doveva provenire da classi di civile condizione;
- 3- doveva essere addestrato in scuole-convitto;
- 4- alle scuole-convitto dovevano essere annesse scuole superiori di perfezionamento;
- 5- le scuole dovevano essere istituite in ambienti cui non manchi ogni conforto della vita;
- 6- dovevano essere annesse ai grandi ospedali;
- 7- era necessario l'internato, un ordinamento e la prospettiva di una carriera gerarchica;
- 8- le infermiere dovevano essere nubili o vedove senza prole;
- 9- l'assistenza professionale doveva essere ben distinta dall'assistenza volontaria

Alcuni però criticarono tale legge in quanto "i medici monopolizzarono il campo di formazione delle scuole per infermiere, nelle quali il conseguimento di un titolo di studio non sempre era espressione di una seria preparazione e consapevolezza di svolgere un importante compito, mentre una certa medio-alta borghesia monopolizzò la leadership della CRI" che svolgeva corsi per infermiere meno impegnativi e più brevi (un anno) creando così attriti fra le varie scuole (Sironi).

La ANITI fu estromessa dal Comitato Internazionale delle Infermiere con l'avvento del regime fascista dato che non poteva accogliere fra i suoi membri Associazioni nazionali infermieristiche non libere e nel 1933 fu trasformata in Sindacato fascista infermiere diplomate.

Dopo la fine della seconda guerra mondiale si è assistito ad una progressiva evoluzione della professione e dell'assistenza infermieristica. Tutto ciò grazie alla maturità professionale delle infermiere, al grande senso di responsabilità e alla consapevolezza e conoscenza del proprio ruolo, agli sforzi profusi dagli organi di rappresentanza professionale, Collegi e Federazione IPASVI, alla evoluzione culturale della popolazione, che ha maturato la consapevolezza della sua responsabilità nella tutela della sua salute, ed è sempre meno disposta a subire disagi, ritardi, disservizi, errori (Frezza, Sironi).

Alcune date sono inoltre importanti per la professione infermieristica. L'ANITI fu riammessa al Consiglio Internazionale delle Infermiere in occasione del congresso tenutosi a Stoccolma nel Giugno del 1949. Nel 1954 furono istituiti i Collegi professionali IPASVI, nel 1965 la prima Scuola per dirigenti dell'Assistenza infermieristica, nel 1971 la professione infermieristica fu estesa al personale maschile, nel 1973 fu ratificato l'accordo di Strasburgo che stabilisce tra l'altro i livelli minimi di istruzione degli infermieri; nel 1975 fu modificato l'ordinamento delle scuole per IIPP e i relativi programmi d'insegnamento.

A partire dal 1990 infine c'è stato un fiorire di norme che hanno radicalmente cambiato ruolo, *status*, funzioni e responsabilità dell'infermiere con l'attivazione dei Diplomi Universitari in scienze infermieristiche prima e dei Diplomi Universitari per infermieri poi. La professione infermieristica e quella ostetrica non sono più *arti ausiliarie*, ma vengono denominate *professioni sanitarie* e l'Infermiere è ora "l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica."

Con la legge del 2000 che ha aperto la via alla dirigenza anche per gli infermieri e la legge del 2002 che ha istituito i corsi di Laurea, di Laurea specialistica, i Dottorati di ricerca ed i Master ai quali possono iscriversi anche gli infermieri in possesso dei diplomi conseguiti con i precedenti ordinamenti, si è aperta definitivamente la possibilità di gestire in piena autonomia i processi di lavoro, con conseguenti importanti ricadute sull'organizzazione dei diversi servizi. (Rocco).

Si è così arrivati con notevole ritardo, e sia pure con le differenze legate a fattori culturali, ambientali e di temperamento, a quello che è stato realizzato negli Stati Uniti D'America circa cento anni fa. Agli Infermieri e ai Professionisti della Sanità si richiede ora di assimilare rapidamente le logiche ben definite sul terreno legislativo, ma ancora quasi totalmente da verificare nella loro effettiva applicazione.

## Considerazioni Conclusive

Ripercorrere gli eventi storici di come, dagli albori lungo il corso dei secoli, è evoluta l'assistenza a chi aveva bisogno di "Cure" significa parlare di chi si prese cura di tanti malati e di

tante persone bisognose. Significa parlare dell'opera delle prime infermiere che è stata da sempre una missione, una vocazione perché ad esse era affidata la parte migliore, cioè l'assistenza corporale e talora anche affettiva e spirituale dell'essere umano.

E poiché la fisicità è vita, "l'aiutare la persona a compiere tutte le attività tese al soddisfacimento delle proprie necessità" come dice Virginia Henderson e quindi essere costantemente vicini alla persona portatrice di bisogni di salute, evidenzia nell'Infermiere un professionista della salute votato all'assistenza di chi soffre. A tale proposito ricordo ancora la frase di tanti anni fa di un cattolico spagnolo, vecchio e con gravi problemi di salute per patologie contratte durante la seconda guerra mondiale, che parlando della professionalità degli infermieri diceva "credo che Quelli siano del paese di Gesù, a due passi dal Paradiso".

Il carattere "vocazionale" implicito nella assistenza, nel *nursing*, che esprime l'amore per i nostri simili e per le loro sofferenze, è stato tale, soprattutto nei secoli passati, che molte infermiere scelsero questo stile di vita come alternativa alla famiglia. Questo avvenne solo poco più di un secolo fa, anche per Florence Nightingale e William Rathbone, esempi di un legame motivazionale tramandato nei secoli. Sulla spinta di un rinnovato spirito assistenziale e di una nuova qualità scientifica dell'assistenza ai più bisognosi, si verificò specialmente, e non a caso, in Gran Bretagna, per la maggiore rigidità culturale e religiosa e la diversa tradizione nazionale.

L'interesse per l'umanità è, come sosteneva Francis Peabody, una delle qualità essenziali di chi opera in ambito sanitario poiché il segreto nella cura del paziente, e oserei dire il successo in questa nobile Arte, sta nel "prendersi cura del paziente" con la partecipazione del proprio io, del proprio cuore, in quanto questo, non meno dell'intelligenza e della tecnica ha la sua parte, il suo posto.

Tutto ciò richiama alla mente antiche favole udite da bambino.

Vivo è infatti il ricordo del racconto "Il Mago di Oz" di Frank Baum dove il Leone codardo è alla ricerca del coraggio, lo Spaventapasseri vuole invece il cervello, perché uno sciocco non saprebbe cosa farsene del coraggio se non avesse il cervello" e il Boscaiolo di Latta che sceglie infine il cuore "perché il cervello, non ti rende felice e la felicità è la cosa migliore del mondo". Ugualmente è ancora presente la favola "Il tenace soldatino di stagno" che, sparito fra le fiamme, il giorno dopo fu ritrovato fra la cenere sotto forma di cuore.

Questi ricordi ci fanno pensare che la spettacolare evoluzione nelle acquisizioni scientifiche in ogni campo del sapere e anche nella qualità dell'assistenza è stata talmente rapida, soprattutto nella seconda metà del secolo passato, da modificare profondamente scenari ed orizzonti. Si è ampliata enormemente la potenzialità scientifica dando eccessivo ruolo al "cervello" ma dimenticando troppo spesso il "cuore" che dà affettività, sentimento, volontà di amore per il singolo e per la collettività, rispetto reciproco: il cuore che è il centro vitale dell'essere ed è orientato sempre verso il bene comune. Molto spesso il solo cervello ha guidato una innovazione tecnologica troppo rapida che il cuore non è stato in grado di seguire e pertanto poco previdente e scarsamente intuitivo dei danni sull'ambiente e sull'uomo: è divenuto l'arbitro imperfetto della vita.

In un antico papiro egiziano è scritto che "il cuore di un uomo è il suo Dio" in quanto è testimone del bene e del male fatto nella vita: a quel tempo gli egiziani credevano che nel cuore gravava ogni colpa ed era considerato sede della coscienza. Per tale motivo era l'unico viscere del morto che veniva lasciato nella mummia e il defunto, per salvarsi e passare nel regno di

Osiride, re e patrono dei morti, figlio del dio della terra e della dea del cielo, avrebbe dovuto presentarsi alla dea della giustizia Maat che avrebbe posto il suo cuore sul piatto di una bilancia mentre sull'altro era posta una piuma: sarebbe passato nel mondo di Osiride, solo se il suo peso, testimone del bene e del male commesso, fosse stato minore di quello di una piuma.

L'importanza del cuore, come espressione dello spirito, della carità, dell'affetto, del sentimento e della coscienza, risale ai tempi più antichi e, unico superstite immortale dell'essere, si fa carico della volontà di amore per il singolo e per la collettività: è il centro della vita dell'uomo e non deve mai essere sopraffatto dall'intelletto. Gli occhi sono ciechi: bisogna cercare con il cuore, sosteneva "il Piccolo Principe" del racconto di Antoine De Saint Exupéry, ma i grandi che sono stati bambini forse non se lo ricordano più.

In questa ottica le nuove domande di benessere e di salute, rivolte alla società, alla medicina e all'assistenza, sollevano da un lato perplessità e dall'altro cambiamenti profondi.

Le perplessità sono dovute al fatto che la medicina, nonostante i successi ha determinato la consapevolezza che non è onnipotente e può dar luogo ad effetti collaterali pericolosi valicando quei limiti, peraltro sempre più sfumati, tra desiderio di nuove conquiste e aspetti etici delle loro applicazioni. Tali perplessità hanno dato origine in anni recenti ad un sapere, la bioetica, che pone netti confini fra quello che noi possiamo fare con la tecnica, e quello che la tecnica può fare di noi.

I cambiamenti si riferiscono invece al nuovo rapporto tra chi cura ed assiste e chi è curato. La medicina e l'assistenza infermieristica infatti non sono solo scienza ma una pratica entro la quale si creano situazioni di rapporto umano, di aspettative, di emozioni, per cui chi vede l'ammalato come un sistema di apparati dimentica il suo essere persona, le sue aspettative. La medicina inoltre si è spesso proposta in maniera errata: il medico detentore del sapere e del potere e il paziente suddito a compiacerlo per non perdere la sua ben evolenza. Questo ha determinato il fiorire di associazioni per la difesa del malato con contrapposizioni e accuse di malasanità mentre tutti devono essere disposti a rinunciare alle sicurezze del passato riconoscendo i limiti della natura umana.

È pertanto utile pensare ad un nuovo dialogo dove entrano in campo da un lato la medicina scientifica, con la sua efficacia e le nuove potenzialità assistenziali, e dall'altro il malato con la sua percezione soggettiva della malattia e del dolore, con il bisogno moderno di salvezza, un tempo rivolto alla religione e oggi solo al progresso biomedico, e comunque di dialogo continuo, di comprensione e partecipazione alla sofferenza.

La medicina deve quindi riscoprire le risorse individuali del paziente e, con tutti gli operatori sanitari, muoversi nell'ambito del rapporto interpersonale, della comunicazione, della capacità del lavoro in rete, del confronto interdisciplinare per dar luogo ad una sanità amica.

Tutto ciò sembra imporre un nuovo Umanesimo. Al tempo dei sofisti greci nel V-IV secolo a.C., questi iniziarono una rivoluzione umanitaria, e nel XIV-XV secolo vi fu un ritorno alla cultura classica, ad una nuova visione razionale ed umana del mondo e dell'uomo che veniva posto al centro di ogni interesse esaltandone i valori: nacque così l'Umanesimo. Oggi dovremmo saper ritrovare lo spirito per una nuova rinascita che veda al centro il cuore dell'uomo.

I vari Sistemi Sanitari sono infatti in grado quasi sempre di fornire le migliori cure in caso di malattie gravi, mentre le inefficienze riguardano spesso le prestazioni sanitarie “minori” e l’assistenza che compromettono la sopravvivenza per cui un nuovo approccio assistenziale umanitario porterebbe a quei risultati che tutti si aspettano.

In questa ottica e come stimolo per una sanità migliore, accanto agli aspetti prettamente scientifici va posta l’attenzione sui molteplici aspetti umani ed assistenziali della vita quotidiana, all’amore per l’Essere Umano dato che, come scriveva Dante, è “l’amor che muove il sol e le altre stelle”.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Pazzini A.: L’ospedale nei secoli, Ed. Orizzonte Nuovo, Roma 1958.
- Caramia G.: Prefazione Atti Congresso Internazionale “Bambino Progetto Salute” Ancona 1997
- Ottazzi V.: Le principali fondazioni ospedaliere d’Italia nei loro statuti dal secolo XI fino al secolo XIV, in Atti del I Congresso italiano di storia ospitaliera, a cura del Ciso, Reggio Emilia 1957.
- Panebianco D.: Lineamenti di storia degli ospedali e del loro contributo al progresso della medicina, in “Quaderni di Castalia. Rivista di Storia della Medicina” 1968.
- Saba A.: Storia della Chiesa, Einaudi, Torino 1928.
- Basili G. B.: Laicizzazione degli istituti ospitalieri e delle Opere Pie nel Risorgimento, in Atti del II Congresso italiano di storia ospitaliera, a cura del Ciso, Torino 1962.
- Gutton J. P.: La società e i poveri, traduzione di C. Capra, nota critica a cura di M. Rosa, Mondadori, Milano 1977.
- Roman J. M.: San Vincenzo de’ Paoli, in E. Guerriero (a cura di), Complementi alla Storia della Chiesa, Jaca Book, Milano 1986.
- Russotto G.: San Giovanni di Dio e il suo ordine ospedaliero, Arti grafiche Scalia, Roma 1969, voli. I-II.
- Mezzadri L.: San Vincenzo de’ Paoli, una carità senza frontiere, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1986.
- Pazzini A.: Il pensiero medico nei secoli, Società anonima Tumminelli editrice Studium Urbis, Roma 1946.
- Foucault M.: La nascita della clinica, Einaudi, Torino 1969.
- Bascapè G. C.: L’assistenza e la beneficenza fino al termine delle dominazioni straniere, in Storia di Milano, Fondazione Treccani degli Alfieri, Milano 1957.
- Frascani P.: Ospedali malati e medici dal Risorgimento all’età giolittiana, in Della Peruta F.: Storia D’Italia Annali . Malattia e Medicina Einaudi Torino 1984.
- Della Peruta F.: Storia D’Italia Annali . Malattia e Medicina Einaudi Torino 1984.
- Bifulco C.: Storia dell’assistenza sociale e infermieristica, Casa Editrice L’Azienda Ospedaliera, Pontedera 1953.
- Dalmaso G.: La società medico-politica. Teorie sul soggetto politico nella Francia post-rivoluzionaria, Jaca Book, Milano 1980.
- Cosmacini G.: Storia della medicina e della sanità in Italia, Laterza, Bari 1987
- Bressan E.: La fede e le opere. il cattolicesimo ambrosiano della restaurazione, in il tramonto di un regno, il Lombardo-Veneto dalla restaurazione al risorgimento CARIPLO, Milano 1989.
- Léonard J. : Les médecins et les soignants. Fenrnes, religion et médecine in “Annales ESC”, XXXII, n. 5, 1977.
- Aubert R.: Napoleone e -Pio VII, in H. Jedin , Storia della Chiesa, Jaca Book, Milano 1980.
- Della Peruta F.: La politica sanitaria nell’Italia liberale. Il Pensiero Scientifico, Roma 1978.

- Casarrini A.: La “Signora della lampada” (Florence Nightingale), “Giornale di medicina militare” V Congresso internazionale di medicina e farmacia, Stabilimento poligrafico dello Stato, Roma 1929.
- Nightingale F.: Notes on Nursing. What it is and what it is not, Dover Publications, New York 1969.
- Smith C. W.: Florence Nightingale, Sansoni, Firenze 1954
- Gumpert M.: Dunant: The Story of the Red Cross, Oxford University Press, New York 1938.
- Bachmeier C. A., Hartman G.: The Hospital in Modern Society, New York, The Commonwealth Fund, Humphrey Milford Oxford University Press, London 1943.
- Goldmark J.: Nursing and Nursing Education in the United States, The MacMillan Company, New York 1923;
- Weir G. M.: Survey of Nursing Education in Canada, The University of Toronto Press, Toronto 1932.
- Celli A.: Per le scuole delle infermiere, in “La Nuova Antologia”, Serie V, 10 ottobre 1908, vol. CXXXVII.
- Palazzo E.: Da Florence Nightingale a S. Caterina. Dorotea Snell e la riforma dell’assistenza ospedaliera in Italia, Edizioni A-Elie-Di, Messina-Roma 1957.
- Calamandrei C.: L’assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1983.
- Baxter I. G.: Manuale pratico per l’infermiera. Tecnica dell’assistenza agli infermi, Ulrico Hoepli, Milano 1932.
- Crispolti F., Bompiani S.: Ambulatorio-Scuola “S. Giuseppe”, relazione stampata nel venticinquesimo anno della sua fondazione, Istituto Grafico Tiberino, Roma 1931.
- Sironi C.: Storia dell’assistenza infermieristica. La Nuova Italia Scientifica 1991.
- Frezza A.: Storia della Croce Rossa italiana, edita sotto l’alto patronato della CRI, Istituto Pubblicazioni Culturali, Roma 1955.
- Rocco G.: Lo sviluppo della professione infermieristica. In Guida all’esercizio della professione di infermiere. III Edizione C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2002.