



# I Quaderni di LETTERE dalla FACOLTÀ

dal 1998

Direttore editoriale Marcello M. D'Errico

*Raccolta a carattere monografico di documenti inediti o già editi nella rivista*

*Scienze umane*

## **L'Infermieristica come prassi in dialogo con Medicina, Filosofia e Storia**

*Maurizio Mercuri, Giordano Cotichelli*

Corso di Laurea in Infermieristica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università Politecnica delle Marche

### **1. Presentazione**

*Maurizio Mercuri, Giordano Cotichelli*

### **2. Il Caring, le teorie del Nursing e le buone pratiche**

*Maurizio Mercuri*

### **3. Contributo per una storia sociale dell'Infermieristica**

*Giordano Cotichelli*

**4**  
**2019**



*Maurizio Mercuri è Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti del Corso di Laurea in Infermieristica e Docente a contratto nello stesso e nel Master in Medicina Narrativa, Comunicazione ed Etica della Cura. È laureato in Filosofia vecchio ordinamento presso l'Università degli studi di Macerata. Coltiva da sempre oltre agli studi disciplinari anche quelli in Scienze umane. (m.mercuri@univpm.it)*



*Giordano Cotichelli, PhD in Sociologia ed Epidemiologia delle disuguaglianze nella salute, con Tesi di Dottorato pubblicata con Franco Angeli su: Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica. Cura su questo tema un'ADE presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Ancona, nel quale è anche Docente a contratto di Infermieristica Clinica e Guida di Laboratorio relazionale. (giordanojesi@tiscali.it)*

## Presentazione

Parlare di Infermieristica è parlare di una disciplina antica, autonoma, completa e complessa. Chi, riferendosi a questo ambito di conoscenza, lo intendesse limitato, subalterno o senza tradizioni commetterebbe errore certo, davanti alla verità ed al suo darsi. Ogni oggetto di ricerca nasconde in sé una pericolosa infinità. E più si procede nell'accumulo delle informazioni, più spunta fuori una nuova prospettiva, o un nuovo enigma che esige di rimettere in gioco tutto ciò che si è appreso fino a quel momento. A quanto pare il bello della conoscenza consiste proprio nel suo cammino inesauribile, più che nel suo improbabile punto di arrivo. Ogni atto di conoscenza possiede la forza di una catastrofe, di una illuminazione, di un pensare, che coinvolge le più profonde radici del proprio essere. L'evento ripensato diventa un crinale che divide nettamente un prima da un dopo.

Studiare Infermieristica, esercitare la passione del prendersi cura e dell'assistere un altro essere umano, rappresenta uno dei vertici di quella *phronesis* antica, di quel sapere pratico che permette alla mente di riflettere sui migliori gesti, processarli per dare la parte migliore di sé e dell'assistere, pensato perché qualsiasi astrazione di processi clinici od organizzativi, siano a vantaggio della vita, della salute e dell'essere umano. Questo pensiero fronetico viene declinato nell'esercizio professionale come espressione di un entusiasmo contagioso, specifico di chi ha trovato l'esistenza che più gli si addice, che non desidera altro che ciò che si conquista ogni giorno.

Ma l'Infermieristica è anche pensiero epistemico, meditazione costante tra ciò che gli appartiene d'in sé e quello che eredita o armonizza del sapere di altre

scienze e discipline di cura. Certamente l'Infermieristica è la più filosofica delle professioni sanitarie, quella priva di Hibrys, perché l'ambito di ricerca è sempre la migliore assistenza, non la trasformazione della realtà trovata nel nostro cadere nel mondo o l'interferenza nei processi presenti. E' la più filosofica dei corpi disciplinari perché interviene dove è presente l'essenziale: l'amore nei confronti dei propri simili, provati spesso da fragilità, da dolore o dal timore della morte. Troppo ci si avvicina tutti giorni a ciò che più temiamo da non doverci fare i conti con la mente. E come tale l'Infermieristica è l'esercizio costante di una presenza incarnata, motivata, amorevole ed umile dello stare in vita bene, per il benessere che sempre tende all'essere felici, anche in presenza di elementi che producono meraviglia, contraddizione o paura.

Chi si avvicina allo studio della disciplina, matura, è formato, si educa alla vita, alla tecnica, all'amore dell'umanità e lo fa attingendo al pensiero e all'esempio di tutti quelli che ci hanno preceduto, alimentando una perenne giovinezza legata alla presenza e alla speranza e partecipando ad un grande lavoro collettivo.

In questo quaderno si raccolgono le testimonianze di due Infermieri, docenti del corso di laurea.

Il primo in una lunga meditazione sul *Caring*, cerca di dare voce al pensiero filosofico che scopre il valore del prendersi cura degli altri e di sé, un pensiero di lunga tradizione, che irrompe nei modelli pensati da infermiere che per secoli si sono dedicate a ragionare sul senso del fare infermieristico e soprattutto sul proprio essere infermiere. I modelli pensati sono sempre stati dedicati all'osservazione di fenomeni di salute e alla loro interpretazione razionale, assai diversa da quella messa in atto

dal pensiero medico, come risposta a bisogni e a domande esigenti per le richieste umane alla cura, non solo alla guarigione. L'essere umano ha bisogno di cura, di essere preso in cura, con premura e tenerezza, alimentando l'attesa del domani o la sospensione delle attese nel solo stare vicini per sostenere le funzioni, i movimenti, i respiri, gli affetti, i desideri, la pace interiore.

Chi scrive è convinto che l'Infermieristica sia la più bella delle arti belle, da coltivare con dedizione, ed al contempo, subito dopo Medicina, la più filosofica delle professioni della salute, al punto che il lungo articolo sul *Caring*, le teoriche del *Nursing* e le inevitabili buone pratiche mette a confronto pensatori della cura, letterati ed infermiere dettagliando la matrice etica del nostro stare al mondo, cercando una salute dell'esistenza e non solo del corpo e della mente.

Il secondo riprende con originalità alcuni momenti salienti della storia del fenomeno e del pensiero dell'assistere, correlandolo con la tradizione storica medica. Il metodo usato è quello dell'articolo breve. Ognuno dei lavori prende in considerazione un periodo storico letto attraverso diverse chiavi interpretative: dall'arte classica alla manualistica professionale, dalla ricerca all'etimologia, alla storizzazione specifica di eventi relativi alle due guerre mondiali del XX secolo. E' un lavoro di tasselli di un meraviglioso mosaico da vedere da lontano. Metaforicamente gli articoli sono una lente di ingrandimento che permette di vedere il dettaglio per fargli esprimere la bellezza che porta.

Il pregio delle due parti raccolte in un unico quaderno è dare piena dimostrazione di quello che è e sempre più potrà essere una Infermieristica universitaria.

Maurizio Mercuri, Giordano Cotichelli

# Il Caring, le teorie del Nursing e le buone pratiche

Maurizio Mercuri

Corso di Laurea in Infermieristica

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Università Politecnica delle Marche

## La cura tra arte e scienza

Giovanni di Salisbury (1120-1180) nel *Metalogicus* III, 4 riporta le parole di Bernardo di Chartres (fine sec. XI - 1126 o 1130), grande ammiratore degli autori del passato: "Noi siamo, rispetto agli antichi, come nani sulle spalle dei giganti: possiamo vedere più in là di essi solo perché possiamo sollevarci alla loro altezza".<sup>i</sup> Nel nostro mestiere non c'è mai per alcuna questione la prima e l'ultima parola, ma un rapporto dialettico che viene da lontano e prosegue senza interruzione.

Come ricorda Marsilio dei Manardini, meglio conosciuto come Marsilio da Padova (1275-1342), filosofo averroista e medico, rettore dell'Università di Parigi, teorico dello Stato moderno, riprendendo da Aristotele "Nessuno può infatti scoprire da solo la maggior parte delle arti pratiche e di pensiero, ossia speculative, poiché ciò non si realizza se non con l'aiuto di chi viene prima a chi viene dopo... E dunque è con la collaborazione reciproca degli uomini e il sommarsi di nuove scoperte a scoperte precedenti che tutte le arti e le discipline sono state perfezionate".<sup>ii</sup> Questa citazione riportata dal *Defensor Pacis* del grande umanista trecentesco anticipa di molto la famosa frase di Albert Einstein (1879-1955): "Cento volte al giorno ricordo a me stesso che la mia vita interiore ed esteriore sono basate sulle fatiche di altri uomini, vivi e morti, e che io devo fare il massimo sforzo per dare nella stessa misura in cui ho ricevuto"<sup>iii</sup>, che aggiunge al contenuto una connotazione morale: dare nella stessa misura in cui si è ricevuto

dalla cooperazione degli altri esseri umani.

L'idea che guida ogni professionista sanitario è quella della cura. Viene trasformata in disciplina, scienza ed etica, sebbene sia essenziale all'ente uomo già dai primi giorni della sua esistenza. Ma in cosa consiste questa idea di cura? Come è giunta alla coscienza umana? Che senso ha questa parola oggi? Che contributo danno le discipline studiate in una Facoltà di Medicina e Chirurgia allo sviluppo del pensiero umano e alla civiltà e ai singoli individui?



Fig. 1 - Gustav Klimt, *Filosofia*, olio su tela, 430 x 300 cm, 1900, Mostra della Secessione, distrutta nel 1945 per incendio del Castello di Immendorf.

Se provassimo ad interpretare le tendenze attuali delle discipline mediche e di cura, non potremmo non constatare una riconosciuta perdita del ruolo sociale del medico, considerato sempre

più come un tecnico e sempre meno come persona a cui affidare le proprie sofferenze.<sup>iv</sup>

E l'abilità tecnologica acquisita dovrebbe contribuire a fare risparmiare tempo al medico in modo da poter dedicare maggiori energie al contatto umano col paziente e i suoi familiari, ma accade sovente che il sempre maggiore *avvicinamento* del medico alla realtà fisiopatologica della malattia, attraverso diagnosi e terapie sempre più perfezionate, comportamenti, quasi per meccanica conseguenza causa-effetto, un suo sempre maggiore *allontanamento* dalla realtà antropologica del malato. Le tecniche diagnostiche e terapeutiche, anziché funzionare da *trait d'union*, interferiscono nel rapporto medico-paziente come una sorta di diaframma separatore o distanziatore; il che ha riscontro in un interessamento medico che, talora o sovente, si fa maggiore o massimo per l'oggetto organismo e minore e minimo per il soggetto persona.<sup>v</sup>

Michel Foucault (1926-1984) dichiarò che "per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre dal malato (...) paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderli in considerazione che per metterlo tra parentesi".<sup>vi</sup> Il corpo stesso acquisisce un significato diverso nello studio anatomico rispetto a ciò che era acquisito nelle pratiche relazionali e sociali. Concentrandosi in uno sguardo "stupito, emozionato ed estetico" nelle profondità microscopiche cellulare, molecolare e genetica, si perde la

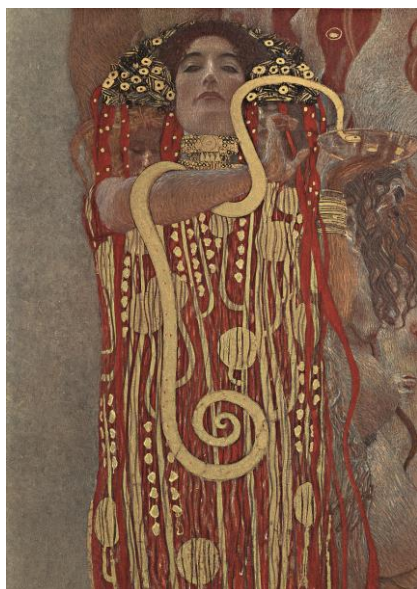


Fig. 2 - Gustav Klimt, Hygieia (dettaglio di Medicina), olio su tela, 430 x 300 cm, 1900, Mostra della Secessione, distrutta nel 1945 per incendio del Castello di Immendorf.

“tridimensionalità” dell’individuo. E, processo storico incongruo, mentre il professionista medico perde credito sociale in proporzione al suo incrementare di competenze tecniche e diminuire dell’interesse a prendersi cura, la medicina ha ampliato il suo spazio teorico ed operativo ed interviene in maniera totalizzante in processi, quali l’inizio ed il termine della vita, che finora erano pertinenza di altre discipline, che spesso trovano voce in riflessioni e dichiarazioni di bioetica.

E’ necessario richiamare la medicina, ma non guasta un sollecito anche all’infermieristica, come professioni di cura, alla vera natura dell’impianto disciplinare medico-sanitario: la medicina vera è filotecnica, ma soprattutto filantropica.<sup>vii</sup> Così le altre professioni sanitarie.

E la medicina è essenzialmente una “scienza filosofica”.<sup>viii</sup>

Basti pensare intuitivamente all’immagine statuaria di Igea, nell’opera di allegoria pittorica “Medicina” o a quella deità più grande, ma dai contorni meno definiti e nitidi della “Filosofia” di Gustav Klimt (1872-1918) (Commissionate entrambe dal Ministero per l’Istruzione austriaco per l’Aula Magna dell’Ateneo

Viennese, dipinte nel 1900 e andate distrutte dai bombardamenti del 1945): entrambe le dee si vedono sfilare accanto le vittime umane nel trascorrere del tempo, che mai si ferma, e per le avversità che colpiscono l’integrità dei processi vitali, dalla nascita sino alla vecchiaia, senza risparmiare alcuno (il tema sarà ripreso da Klimt nell’opera del 1902 “L’ostilità delle forze avverse” nella rappresentazione bestiale, anoressica e antropomorfa della Malattia, della Follia e della Morte attratte da una forza segreta verso le tre figlie del gigante Tifeo, le Gorgoni, dalla Lussuria, dall’Impudicizia e dall’Intemperanza, nel Fregio di Beethoven del 1902).

Eppure la medicina (in tutte le sue espressioni professionali) è la scienza filantropica di più lunga storia: “la medicina è la scienza umana per eccellenza perché attraverso i territori della sofferenza, perché entra negli snodi delle scelte cruciali e fronteggia il massimo dell’inesprimibile: la morte e la paura dell’uomo. Ecco perché parlare di malattie e di cura vuol dire inscrivere il discorso in un orizzonte di senso, quindi filosofico”.<sup>ix</sup> Qui si ritrovano le sue radici di scienza del curare complementare a tutte le scienze, ugualmente prescrittive, del prendersi cura. Il curare e il prendersi cura devono guardare nel fondo dell’orrido dell’esistenza che desta meraviglia, basti questa citazione da Virginia Woolf (1882-1941): “Alle grandi guerre che il corpo, servito dalla mente, muove, nella solitudine della camera da letto, contro gli assalti della febbre o l’avvicinarsi della malinconia, nessuno bada. Non ci vuole molto a capire perché. Guardare simili cose in faccia richiede il coraggio di un domatore di leoni; una vigorosa filosofia; una ragione radicata nelle viscere della terra”.<sup>x</sup> Ma non ce ne rendiamo conto, nella naturalezza e giovinezza del nostro prenderci cura dei fragili e sofferenti.

La malattia, la sofferenza del

corpo o della psiche, trasformano la persona, rallentano i movimenti, riducono le aspettative, restringono gli orizzonti. Come scrisse Leder a proposito dell’esperienza di salute e malattia: “Il corpo non è soltanto qualcosa che io possiedo, ma una parte inscindibile di ciò che io sono; è il fondamento di tutte le mie interazioni con l’ambiente. Quando mi ammalo, questo corpo diviene qualche cosa di estraneo. Diviene ciò che mi causa sofferenza, limitando i miei movimenti, umiliandomi, con un aspetto o un odore sgradevoli. Allora comprendo quanto io sia strettamente legato alla carne. Nello stesso tempo, questa carne che io sono, sembra anche ciò che io non sono, “l’altro”, capace di ostacolarmi e contrastarmi in un modo che quand’ero sano mai aveva mostrato. Questa esperienza, rappresenta una dura prova per il senso comune di autonomia personale. La persona malata può non comprendere né controllare cosa succede dentro il suo corpo, benché da questo dipenda la sua vita. Il rapporto col proprio corpo finisce con l’essere mediato dagli altri: il medico che fa la sua diagnosi e ne informa la persona malata; il chirurgo che lo apre, esaminando organi che il paziente non ha mai visto”.<sup>xi</sup> Il rapporto col proprio corpo, la cura di sé e la gestione del tempo risulta mediata da altri.

Un approfondimento di quel che la persona malata cede lo riscontriamo nella ricerca psicologico-fenomenologica di Toombs, che esplora le cinque dimensioni esistenziali caratteristiche del vissuto di malattia: la “perdita di integrità”, di unità di sé col corpo, che diviene ostacolo all’agire irriflesso e spontaneo; la “perdita di certezza”, come perdita di stabilità di stato e di fiducia nelle proprie capacità; la “perdita di controllo”, nei confronti del mondo-ambiente, fino a dover dipendere da altri anche per attività banali; la “perdita della libertà di agire”, per la impossibilità a prendere decisioni razionali in carenza di

competenze sufficienti; la “perdita del mondo familiare”, nell’ospedalizzazione e nella perdita dei tempi e ritmi propri quotidiani.



Fig. 3 – Max Klinger, *Plague (Pest)* (plate 5) for the portfolio *On Death, Part II, Opus XIII* (*Vom Tode, Zweiter Teil, Opus XIII*), incisione 58.5 x 42.5 cm, pubblicato per *Verbindung für historische Kunst, Amsler & Ruthardt, Berlin, 1904*.

Toombs inoltre enfatizzerebbe l’importanza del *racconto clinico*,

che supera l’indagine sui sintomi e la formulazione della diagnosi per diventare tramite d’incontro degli orizzonti di senso tra medico e paziente sul vissuto soggettivo e sulla sofferenza che il paziente vive.

Il vissuto di *sofferenza*, irraggiungibile allo sguardo medicalizzato, è recuperato solo nella sfera del *senso* e in quella della *libertà*.<sup>xii</sup>

Il corpo malato sperimenta precarietà e inessentialità, alterazioni spazio-temporali (il tempo collassa, il linguaggio interpretante si destruttura) e di relazione, colpa e responsabilità del vissuto, in stretto legame simbolico con la società d’appartenenza.<sup>xiii</sup>

Questo legame è spesso anche biologico, oltre che culturale.

Si pensi agli studi di Panksepp, sui fondamenti delle emozioni umane ed animali. Egli distinse le affettività sui sistemi dedotti dalle neuro-scienze.

Il sistema della ricerca, quello della paura, quello agonistico, fanno ancora parte del cervello rettiliano, la parte più antica del

cervello umano, che sottende alla interazioni non sociali.

Il sistema del gioco è di preludio ai sistemi motivazionali.

Il sistema della dominanza sociale, quello della espressione sessuale, il sistema condotto dal panico e quello orientato alla cura del simile costituiscono i sistemi che regolano le relazioni sociali fino alla costruzione di un mondo umano cooperativo.<sup>xiv</sup>

La teoria dei sistemi motivazionali interpersonali è stata a lungo studiata da Liotti, riprendendo autori a sé precedenti.<sup>xv</sup> Egli descrisse i sistemi motivazionali come: sistema di attaccamento alle figure di riferimento (Bowlby, 1969); di accudimento (George, Solomon, 1999); agonistico (Gilbert, 1989); sessuale (Fisher, 1992); di cooperazione paritetica (DeWall 2001, Tomasello, 1999) e di gioco sociale (Panksepp, 1998, Bateson, 1955). La cura quindi ha una sua prima matrice biologica, diffusa a livello animale, evolutasi poi con le specie più complesse, al pari dell’evoluzione interpersonale della coscienza.

## La matrice archetipica ed etica della cura

Veniamo al dibattito culturale più antropologico. Il prof. Reich definisce la cura: “un archetipo (...) che fornisce un significato fondativo al nostro orientamento e alle nostre percezioni morali (...) ognuno di noi è figlio di Cura: questa è la nostra identità fondamentale”.<sup>xvi</sup>

Discorso antico, per questo archetipico, se Iohann Gottfried Herder ha identificato la Cura come madre e attribuisce all'uomo l'essere figlio di Cura.<sup>xvii</sup>

Quale è la matrice semantica della cura? “Il termine “cura” possiede tre ambiti semantici diversi che è possibile ritrovare, diversamente articolati, nella storia della medicina. Il primo viene direttamente dal latino cura, che significa “amministrare, farsi carico, gestire (la cura degli affari)”. Il secondo campo semantico si lega al termine più direttamente medico di “terapia, trattamento” o “guarigione” e come tale si trova già in Galeno e in Celso, nella forma *sanatio* o *curatio*. La terza accezione riflette invece il sentimento di preoccupazione, di ansia, ma anche di sollecitudine, protezione, salvaguardia, attenzione nei confronti della sofferenza dell'altro, di protezione dei più deboli (la cura dei neonati, ad esempio). Nel linguaggio italiano contemporaneo queste differenze potrebbero essere rese dalla distinzione fra “curare”, e “prendersi cura”, corrispondente alla distinzione inglese fra *to cure* e *to care*. Sino all'inizio dell'Ottocento, il termine “cura” non è direttamente associato al concetto di guarigione. Curare non significa guarire, ma solo prendersi cura, “amministrare” una situazione patologica, una sofferenza”.<sup>xviii</sup>

Per Gensabella Furnari alla cura vengono attribuiti due significati: uno negativo di preoccupazione, di ansia; l'altro positivo di sollecitudine, di attenzione al benessere dell'al-

tro. Per l'autrice il concetto di cura emerge nella tradizione occidentale come concetto fondamentale solo in tempi recenti.<sup>xix</sup> Se questo è vero però da sempre l'uomo, come vivente consapevole, ha bisogno di cure: “tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura, perché l'esistenza nella sua essenza è cura di esistere (...) Si parla di primarietà ontologica della cura perché è l'aver cura che crea la possibilità dell'esserci; per questo è definibile come la categoria formativa dell'esperienza. Si può parlare di primarietà ontologica della cura poiché l'essere umano ha bisogno di essere oggetto di cura (piano della passività), ma nello stesso tempo di aver cura (piano dell'attività). Ha bisogno di essere oggetto di pratiche di cura perché, a partire dalla nascita, il ricevere cure è la condizione necessaria affinché si dischiudano le possibilità dell'essere; e ha bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo per costruire direzioni di senso della sua esistenza (...) Si può dire che la cura sia il luogo dove comincia il senso dell'esserci”.<sup>xx</sup> Parole dense di significato, che andrebbero rilette e meditate.

Davanti ad esse, da sempre, il richiamo della memoria va all'atto V della parte II del *Faust* di Goethe (1749-1832). Cura compare per la prima volta, come figura femminile grigia, “compagna eternamente ansiosa” di ogni uomo. Cura, come metafora del disorientamento e della perdita di senso, compie l'azione di accecare Faust, per dargli il contrappasso per non aver mai conosciuto lui il peso della cura. Nel patto stipulato con Mefistofele segna col sangue di sfuggire alla condizione umana di preoccupazione ed ansia. Cieco per Cura, Faust scoprirà il volto positivo della cura, la sollecitudine, come l'altro cieco famoso, Tiresia, scoprirà la veggenza, la sollecitudine del sapere. E' Mezzanotte. Compagno a Faust

quattro donne vestite di grigio: penuria, insolvenza, necessità e cura. Riporto il bellissimo testo per intero nella traduzione di Franco Fortini<sup>xxi</sup>.

*“Migrano le nuvole, spariscono le stelle. Là dietro, là dietro! Da molto, da molto lontano, arriva la nostra sorella, arriva la morte.*

*Cura: La Cura, l'hai mai conosciuta?*

*Faust: Non ho fatto che correre io attraverso il mondo. Ogni piacere l'ho afferrato al volo. Non mi bastava? E se ne andasse! Non l'ottenevo? E si perdesse! Ho avuto solo desideri e solo desideri saziati e nuove voglie; e di forza, così ho attraversato d'impeto la vita. Alta e potente dapprima; ora va savia, ora va attenta ...*

*Cura: Quando ho qualcuno in mio potere il mondo gli diventa inutile...*

*Faust: Basta! Tu così non mi prendi (...)*

*Faust: Una palude sotto il monte si distende e ammorba quanto già s'è conquistato. Che anche quell'acque putride scompaiano, questa sarebbe l'ultima e più grande conquista. Aprirei spazi a milioni e milioni d'uomini che vi abitino sicuri no e invece attivi e liberi. Verdi campi, fecondi! Uomini e armenti subito accolti dalla terra appena emersa avranno sede subito sotto il colle potente che avrà eretto una gente audace e laboriosa. Qui all'interno, un paese di paradiso; là, fuori, l'onda fino al limite; e quando eroda a irrompere violenta, corra unanime un impeto a colmare la breccia. Sì, mi sono dato tutto a questa idea, qui la sapienza suprema conclude; la libertà come vita si merita soltanto chi ogni giorno la dovrà conquistare. E così, circondati dal pericolo, vivano qui il bimbo, l'uomo, il vecchio, la loro età operosa. Tolto tanto fervore, lo potessi vedere! In terra libera fra un popolo libero esistere! Potrei dire in quell'attimo: “Verweilw do, du bist so schön!” - “Fermati sei così bello! Non potrà mai, l'orma dei giorni miei terreni, per volgersi in eoni scomparire”. Presentando in me quella felicità tanto alta, ora*

godo l'attimo più alto".

Da cieco ed ingannato dai rumori dei Lemuri che gli scavano la fossa, Faust immagina la costruzione della città ideale, pensando con premura ancora al futuro e alle nuove generazioni.

Ed ecco la giustizia arriva, sembrerebbe che Faust abbia da morto a pagare il suo pegno, ma le preghiere di Gretchen, degli angeli, dei mistici, del dottore Mariano portano l'anima di Faust verso l'alto. A chiudere: "Ogni cosa che passa è solo figura. Quello che è inattingibile qui diviene evidenza. Quello che è indicibile qui si è adempiuto. L'Eterno Femminino qui ci attrae verso l'alto".<sup>xxii</sup> Solo la cura declinata al femminile salva.

fondata la regola che vale per tutti, nell'altro è data importanza alle relazioni interpersonali all'appartenenza alla comunità di riferimento. Diverso è il ruolo della razionalità nella definizione delle norme che regolano l'agire e quello dei sentimenti e delle emozioni. Nell'etica della giustizia buona è l'azione, nell'etica della cura buono è l'agente.<sup>xxiii</sup> La cura dell'altro non implica il trattarlo in modo imparziale ed eguale, bensì trattarlo sotto il profilo delle sue differenze, da eguale sotto il profilo umano e morale. Esiste una diversità dell'altro sotto la sua eguaglianza: non deve avere necessariamente i

come colui che si prende cura, sia per riferimento alle cose che fa, sia per riferimento al modo in cui le fa, ed infine per le motivazioni che lo spingono ad agire in quel certo modo".<sup>xxv</sup> La cura conferisce qualità morale alla pratica infermieristica, senza con ciò escludere il ricorso ai principi, o agli ideali di imparzialità e giustizia che ispirano l'azione infermieristica.

La cura infermieristica diviene molto più di una "performance competente", è un'attitudine morale che rende possibile all'infermiere di agire responsabilmente in una situazione e in circostanze particolari, quelle in cui si trova un essere umano che chiede.<sup>xxvi</sup>

Da tempo gli studiosi dell'idea di cura sottolineano il valore etico della cura: "L'etica della cura svolge con ciò una funzione critica nei confronti della deontologia quando interpretata come enunciazione di norme e di precetti "esteriori" imposti all'agire personale.

L'etica della cura si rivela invece efficace quando purifica l'intenzione più profonda della deontologia professionale, cioè ricorda alla norma la sua radice morale, per cui la norma è espressione codificata di un valore che vi soggiace.

L'invito è quello di riuscire a scovare nelle articolazioni di un codice deontologico l'intento morale che ha guidato i suoi estensori".<sup>xxvii</sup>

Quali sono le caratteristiche della cura? Secondo Luigina Mortari e Luisa Saiani la buona pratica di cura viene strutturata in tre parti:<sup>xxviii</sup>

- A. La cura per l'altro ovvero le azioni dirette sul paziente;
- B. La cura del contesto ovvero le azioni che gli operatori compiono sul contesto sia relazionale che fisico;
- C. La cura invisibile ovvero quel pensare e quel riflettere che strutturano lo sfondo immateriale della pratica del caring.



Fig. 4 - Beato Angelico, Predella: nono scomparto - La guarigione del diacono Giustiniano, cm. 37 x 45, 1443 Museo di San Marco, Firenze.

Proprio sull'etica della cura si è aperto al femminile un dibattito. In contrapposizione all'etica della giustizia. Tong ha illustrato con chiarezza i tratti più caratteristici del rapporto tra l'etica della giustizia e l'etica della cura, in particolare la "distinzione antropologica": se nella prospettiva della giustizia l'individuo è quasi un assoluto, separato dagli altri, nell'etica della cura contano soprattutto le relazioni tra le persone, il loro interessarsi reciproco. Nell'un caso è enfatizzata la dimensione pubblica dell'agire su cui è

nostri stessi principi e le nostre stesse credenze, la nostra stessa morale. Più cogente Hunt: si scaglia contro la "metafisica delle procedure". E' una puntuale critica al proceduralismo, anche relazionale. A favore di un comportamento autonomo, maturo e perciò responsabile del professionista.<sup>xxiv</sup>

Con lo specifico infermieristico, per Van Hooft la cura è una virtù che comprende le componenti dell'azione, dell'emozione, della motivazione e della conoscenza. "Intendere la cura come una virtù permette di descrivere l'infermiere



- A. *La cura per l'altro* viene identificata in almeno sette categorie:
1. Prestare attenzione: tenere lo sguardo sul paziente e ascoltare;
  2. Dedicare tempo: prendersi il tempo di stare con l'altro, prendersi il tempo per una parola che cura, esserci in silenzio, impegnare il tempo in azioni non previste;
  3. Comprendere l'altro: essere capaci di empatia, interpretare il vissuto del paziente;
  4. Cercare di stabilire una relazione con il paziente: coltivare la relazione con l'altro attraverso la gestualità fisica e quella linguistica;
  5. Soddisfare i bisogni del paziente: accogliere le richieste personali, aiutare il paziente nella cura del corpo, aiutare il paziente a mantenere il suo modo di vivere, lenirne il dolore;
  6. Preoccuparsi della dimensione emozionale: tranquillizzare, rassicurare, incoraggiare, fagli coltivare la fiducia;
  7. Avere rispetto per l'altro: preservare la dignità del paziente, agire con delicatezza.
- B. *La cura del contesto* si declina in tre categorie:
1. Agire sull'ambito relazionale dei familiari;
  2. Agire sul contesto organizzativo, adattando le regole ai bisogni del paziente;
  3. Costruire buone relazioni con i colleghi e con il team medico.
- C. *L'invisibile della cura* si sviluppa in altre tre categorie:
1. Pensare, a quello che si fa e riprendere in esame le azioni già decise;
  2. Riflettere sull'esperienza, interrogandosi sul proprio agire;
  3. Occuparsi del proprio vissuto emozionale, valutando il proprio agire, ascoltando le

proprie emozioni, cercando di gestirle.

La relazione intersoggettiva che attraversa il corpo passa per l'empatia che "è l'atto attraverso cui ci rendiamo conto che un altro, un'altra, è soggetto di esperienza come lo siamo noi: vive sentimenti ed emozioni, compie atti volitivi e cognitivi. Capire quel che sente, vuole e pensa l'altro è elemento essenziale della convivenza umana nei suoi aspetti sociali, politici e morali. E' la prova che la condizione umana è una condizione di pluralità: non l'Uomo, ma uomini e donne abitano la terra".<sup>xxxix</sup> L'empatia non è simpatia o compassione, gioire o soffrire insieme, partecipare emotivamente alle sorti dell'altro. Ha a che fare anche con questo, ma è essenzialmente la capacità specifica di sentire l'altro, di per sé una sfera complessa di esperienza, che è possibile riattivare.

In un mondo complesso, trascinato da mille derive culturalmente involutive vale discutere un attimo sul valore della cura come lenimento dell'uomo ferito. Essa fornisce una prospettiva allo spirito disorientato alla deriva. Ad essa non si chiede di entrare nelle correnti ascensionali che conducono a forme di paradiso, ma l'attenzione a superare ostacoli e pesi dell'esistenza. Certo lenisce le molte paure dell'uomo e orienta a sanare le molte ferite, del corpo e dell'anima, nel tempo della vita. Alimenta una buona visione del futuro accogliendo quelle istanze superiori che già in Gioele erano descritte: "Dopo questo avverrà che io spargerò il mio spirito su ogni persona: i vostri figli e le vostre figlie profetizzeranno, i vostri vecchi faranno sogni, i vostri giovani avranno visioni". Non basterà forse ad evitare di provare vertigine o a proteggerci dall'arrivo dei momenti più bui, ma orienterà il timone del carattere e del governo verso migliori prospettive.<sup>xxx</sup>

La cura è contro ogni riconoscimento della vanità del mondo. Il ritornello del Qoélet: "Vanità delle vanità, ogni cosa è vanità" si trasforma in saggezza.

"Chi è il saggio?"

Chi conosce la spiegazione delle cose?

La sapienza dell'uomo rischiarà il suo volto, ne cambia la durezza del viso",<sup>xxxix</sup> riconoscendo la supremazia del tempo del curare su quello del demolire e del morire. Sul filone di questo pensiero non tutto è vanità, ma tutto è cura.



Fig. 5 - Edvard Munch, Fanciulla malata, olio su tela 119,5 x 118,5 cm, 1885-86, Galleria Nazionale Oslo.

Per terminare questo paragrafo, desidero citare l'amato Italo Calvino de "Le città invisibili", per l'insegnamento che offre a noi mortali: "L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio",<sup>xxxii</sup> questo è ciò che intendo per Cura.

## La cura di sé come cura dell'esperienza della cura

Come afferma Boella: *“tutto inizia con l'apparizione di un essere, che impone ai miei movimenti verso di lui o di lei il limite e la legge dell'esistenza di un altro nello spazio del mondo in cui vivo. L'emozione dell'incontro è questo: lo sconvolgimento, lo stupore, la sorpresa, derivanti dal nascere di una ricerca destata dall'apparizione dell'altro. (...) Vivere l'emozione dell'incontro vuol dire scoprirsi di colpo dentro la relazione. L'interdipendenza tra me e l'altro ne rappresenta il cuore di carne, che non posso governare con gli strumenti consueti della percezione, della vista, del tatto e dell'udito o dell'accumulo di dati, di informazioni”*.<sup>xxxiii</sup> Tutti iniziamo a dare significato al nostre essere nati esseri umani individui e sessuati scoprendoci in relazione gli uni con gli altri. E il corpo gioca un ruolo importante nella intersoggettività sin dalla sua formazione, come corpo visibile, nella sua dimensione spazio-temporale, e come corpo invisibile, sua immagine inconscia che si è venuta a creare con gli scambi relazionali sin dalla più tenera età.<sup>xxxiv</sup>

La relazione intersoggettiva che attraversa il corpo passa per l'empatia che *“è l'atto attraverso cui ci rendiamo conto che un altro, un'altra, è soggetto di esperienza come lo siamo noi: vive sentimenti ed emozioni, compie atti volitivi e cognitivi. Capire quel che sente, vuole e pensa l'altro è elemento essenziale della convivenza umana nei suoi aspetti sociali, politici e morali. E' la prova che la condizione umana è una condizione di pluralità: non l'Uomo, ma uomini e donne abitano la terra”*.<sup>xxxv</sup> L'empatia non è simpatia o compassione, gioire o soffrire insieme, partecipare emotivamente alle sorti dell'altro. Ha a che fare anche con questo, ma è essenzialmente la capacità specifica di sentire l'altro, di per sé una sfera complessa di esperienza, che è possibile riattivare.

Con Emmanuel Lévinas (1906-1995), pensatore della crisi dell'umanità,<sup>xxxvi</sup> autore dei *“Quaderni di prigionia”*,<sup>xxxvii</sup> spirito profetico dell'annuncio delle guerre tra religioni e tra territori, l'Altro è arrivato ad imporsi come *“evento traumatico”* che confuta qualsiasi pretesa del soggetto di avere una presa sulla realtà, di riconoscere e di riconoscersi.<sup>xxxviii</sup> E' questo altro che ci impone obblighi assoluti.



Fig. 6 - Francisco Goya, Goya curato dal dottor Arrieta, 1820, olio su tela 114,6 x 76,5 cm Minneapolis Institute of Art, Minneapolis (Stati Uniti)

Conoscere l'altro significa conoscere un corpo e un'anima, un'interiorità che fa parte del mondo esterno a noi, oggetto e soggetto dotato di vita propria, esistente di per sé. Davanti a questo Altro che si impone, la cura non può essere che intenzionale, una pratica che ha luogo nell'ambito della relazione, che richiede un tempo lungo per costruirsi, che è attivata dall'interesse per l'altro, che si occupa di qualcosa di essenziale per l'altro. La cura mira a produrre benessere per l'altro e per questo acquisisce uno statuto etico.<sup>xxxix</sup>

L'essenza del *caring* si declina con: il prestare attenzione; il sentirsi responsabile per l'altro; l'agire con delicatezza e tenerezza (sentirsi trattato con delicatezza significa sentirsi rispettati e il ricevere rispetto, necessario a farci sentire soggetti, aiuta a trovare la forza vitale per affrontare le difficoltà della malattia); l'aver fermezza e l'indignarsi di fronte all'incuria, di fronte alla negligenza; il coltivare una cura: è necessario interrogarsi continuamente sulla qualità del proprio agire, in rapporto a ogni specifica situazione. Tutte le persone hanno bisogno di attenzioni, i malati anche di più. E *“non c'è dubbio che una medicina a mani nude, fatta di attenzione estrema e di tutti quei piccoli gesti che comunicano rispetto e tenerezza, sia una medicina preziosa”*.<sup>xl</sup> Quando il malato esprime la sua angoscia il vero professionista lo ascolta. Desto stupore come la maggior parte dei medici e degli infermieri non sappia né ascoltare né dialogare. Eppure la vulnerabilità ci accomuna, in quanto creature mortali.

Veniamo ora al prendersi cura di chi si prende cura. Una tematica non da poco, poiché innesca il germe della prossimità, della reciprocità e riconosce il valore supremo del prendersi cura dalle sue stesse radici. Risponde all'esigenza di aver cura dell'esperienza della cura, dell'essere presenza curante consapevole ed accudita. Il curante in situazione di cura deve garantire al soggetto preso in carico la possibilità dell'esperienza autentica della cura: chi è curato deve poter fare esperienza di ciò che sta vivendo. Il curante deve aver cura dell'esperienza di cura vissuta dai pazienti e dai curanti. Inoltre deve aver cura di sé per aver cura dell'esperienza della cura: è una pratica che richiede esercizio, disciplina, dedizione.<sup>xli</sup>

Di per sé non è pratica consolatoria, piuttosto costringe a togliersi dal flusso delle abitudini, ad accettare ed affrontare l'angoscia come elemento strutturale dell'esistenza. Fa vivere alle persone curate l'esperienza della ricerca di un senso profondo della vita promuovendo la loro cura di sé. Considerando le fatiche delle organizzazioni attuali, si richiede uno sforzo di cura di sé anche ai professionisti della cura e ai responsabili delle organizzazioni la costruzione di ambienti veramente umani. Dalla cura sui nascono i presupposti e i contenuti della conoscenza di sé. Il socratico "conosci te stesso" diviene elemento per aver cura dell'esistenza, per imparare l'arte di esistere, per "avere una conoscenza sicura del vivere umanamente e politicamente" (Apologia di Socrate, 20b), per aver cura di sé (Alcibiade I, 128 a, 132 c) e dedizione e cura dell'anima immortale (Fedone, 107 c), per affrontare consapevolmente l'esercizio della cura di sé, e dei propri inevitabili errori e del governo di sé.



Fig. 7 - Telemaco Signorini, La sala delle agitate al San Bonifazio in Firenze, 1865, olio su tela 66 x 59 cm, Venezia, Galleria d'Arte Moderna Ca' Pesaro.

E' prioritariamente necessario conoscere se stessi per aver cura di sé: occorre educarsi ed educare ad aver cura, ad aprire orizzonti di ricerca sul sapere essenziale che è sapere del-

l'essere e del desiderio non scontato di dare all'essere spazio e senso al tempo della propria vita che l'essere manifesta. Ed è necessario attivare con la conoscenza di sé quelle pratiche trasformative quali le meditazioni, le memorie, le pratiche di consapevolezza e di esame di coscienza, lo sviluppo di una spiritualità come accesso all'orizzonte della verità che non è solo l'oggetto il cui accesso è dato per primo dall'intelletto, ma il contenuto di coscienza al quale si accede plasmando il proprio essere fino al punto di agire con verità, sulle vie dell'esistenza più che su quelle disciplinari, come ben studiate da Foucault<sup>xlii</sup> ed Hadot<sup>xliii</sup>.

Questo impone un lavoro sul ben pensare e l'operazione sui pensieri che il soggetto produce aprendosi all'altro. La consapevolezza transita allora sulla presenza che cura, sulla ferma convinzione di aver cura anche dell'esperienza della cura, intesa e come possibilità di esperienza autentica e come assunzione su di sé delle problematicità intrinseche al progetto da realizzare per la parte che ci compete. Ciò vale per i rapporti interpersonali. E quando chi cura sta all'interno di processi ed organizzazioni più vaste, non possiamo non ricordare a chi ha ruoli politici o dirigenziali che lo spazio pubblico viene a occupato da questioni che hanno a che fare sempre più con le regole che con i soggetti, anzi il valore dei soggetti viene definito dai dispositivi che li organizzano. Non ci si può interrompere dall'interpellare e chiedere, e chiedersi, che cosa e come i luoghi di cura consentano a chi cura ed è curato di imparare dall'esperienza vissuta.<sup>xliiv</sup> In questa epoca di disorientamento, la cura sui diventa la richiesta di costituirsi come nuclei di resistenza e centri di forza per mantenere il carattere contro la deriva del non senso che ci

omologa in serie davanti alla presenza del nuovo fenotipo in cui la componente morale è ormai definitivamente sfaldata.<sup>xliv</sup> Come dice Natoli, "il tema delle virtù è rifluito e si è dissolto nella rivendicazione dei diritti, nella richiesta di tutele, nell'ampliamento degli spazi di libertà, ove l'attenzione a sé è lasciata ai singoli e non ha alcuna sostanziale incidenza nella virtù pubblica, presa nel suo complesso. La virtù come cura di sé e coltivazione della propria eccellenza va sfumando sullo sfondo e resta - quando resta - una questione privata. La società chiede solo prestazioni. Poco importa se virtuose o meno; ciò che è importante è l'efficienza. In questo caso far bene equivale ad essere conformi alle regole previste. E, come è noto, si è tanto più efficienti quanto meno si sollevano questioni di valori. Peraltro, questo è il modo per ottenere riconoscimento sociale, per avanzare nelle carriere, quando si avanza".<sup>xlvi</sup> E se ogni atto umano è un vaso di responsabilità infinita,<sup>xlvii</sup> chi ha cura di sé non può non proporla anche come progetto educativo, come processo di formazione continua.<sup>xlviii</sup> Per questo è nostra cura come formatori in ambito sanitario avere a cuore la formazione complessiva dello studente, anche quella del carattere e delle sue virtù.

Un filosofo rumeno, vissuto in isolamento sotto il regime di Ceaucescu, Dinu Noica,<sup>xlix</sup> ha individuato per l'essere umano, ente debole ed instabile, sei malattie costituzionali dello spirito. Queste malattie riguardano tutte la sofferenza che gli individui provano di fronte alla perdita del senso generale o al contrario allo sperimentare e conoscere essenze generali, non di singole realtà. I mali dello spirito si introducono come difetti di determinazione adeguate di sé, come tormento ed esasperazione di non poter agire in accordo col proprio pensiero. Le sei malattie dello spirito sono

dovute alla carenza o al rifiuto dell'uomo o alla inadeguatezza delle cose rispetto ad uno dei termini dell'essere: il generale, l'individuale e le determinazioni di questi.

Sono certo che gli studenti di discipline mediche e sanitarie non dovrebbero temere queste malattie dello spirito tipiche di questo secolo:

- essi dovrebbero essere educati a non perdere di vista il senso generale delle cose: curare e prendersi cura delle altre persone è insito nel percorso che dovrebbe confermare le loro scelte. Lo faranno con decisione, spirito di sacrificio e giustizia. Lo faranno in un'ottica di sapere per meglio agire, di ricercare per meglio spendere ed organizzare, per meglio curare. Classificheranno, diagnosticheranno, pianificheranno. Avranno rispetto della vita in tutte le sue forme, crederanno nei valori umani e si applicheranno perché non si disperdano;
- essi dovrebbero essere educati a non perdere di vista l'individuo. Essi cureranno quella persona precisa, con nome e cognome, con una storia, con una sua narrazione. Avranno il piacere, o a volte solo la volontà o la caparbia, di stare accanto ad un bimbo, ad un adulto, ad un anziano, per lenire la tristezza inconsolabile dell'inabile, dello spegnersi di una esistenza individuale. A questi giovani professionisti della salute spetterà di coltivare un'etica

della pietà, un'etica del rispetto, un'etica dell'ascolto, un'etica del silenzio, un'etica della durata nell'aver cura; - ad essi non dovrebbe mancare di forgiare la loro personalità, il loro carattere, il loro tempo in scelte e decisioni che hanno più di altre ricadute sulle vite dei nostri simili.

Da loro e dalle loro determinazioni dipenderanno le buone pratiche, metodiche ed appropriate, e i loro esiti in termini di salute e qualità di vita dei loro e nostri assistiti.

Quante le responsabilità per noi formatori, non vi pare?

Vorrei concludere questo intervento sulla cura di sé con degli auguri personali agli studenti e a questo punto parlo direttamente a voi:

- vi auguro di essere voi stessi sempre, autentici il più possibile, centrati sulla vostra vita interiore, che è l'energia e il motore delle vostre più belle azioni;
- vi auguro l'attenzione ai dettagli e la visione del futuro, per comporre il grande mosaico delle vostre vite;
- vi auguro l'espressione viva della vostra intelligenza, senza temere le critiche e le contraddizioni, anche se la vita non è logica e i nodi li scioglie sempre comunque;
- vi auguro il coraggio per scegliere secondo il bene ogni giorno, senza finzioni;
- vi auguro di testimoniare sempre le cose belle in cui credete, che di quelle brutte ce

n'è abbastanza in giro;

- vi auguro di andare sempre oltre le vostre possibilità in modo generoso, con fermezza, per contrastare il clima diffuso di scadimento culturale;
- vi auguro l'esercizio della compassione e della gratitudine, la benedizione del perdono e quella dell'amore;
- vi auguro l'esercizio della vostra umanità per accogliere l'umanità di ciascun altro;
- vi auguro la felicità dell'esercizio professionale e le gioie della vita.

Ed un grazie: dell'energia della vostra giovinezza e del tratto di strada che stiamo percorrendo insieme. A tutti voi un brillante futuro professionale.



Fig. 8 - Alessandro Bonvicino, *Il Moretto, San Rocco con l'Angelo*, 1545, olio su tela, 227 x 151 cm, Szépművészeti Múzeum, Budapest.

## Le teorie del Nursing centrate sulla cura

Nell'orizzonte della medicina della complessità, ogni professionista proporrà interventi in base ai bisogni di salute della persona. Interpretazione teorica, classificazione dei fenomeni, giudizi clinici, diagnostica, interventi sanitari vedranno l'assistito come centrale, soggetto delle cure da parte degli esperti delle malattie (medici, mediante la diagnosi medica), degli esperti delle risposte umane alle malattie (infermieri, mediante la diagnosi infermieristica) e degli esperti nell'ambito della prevenzione, della diagnostica e della riabilitazione (mediante la gestione di processi di ordine preventivo, riabilitativo, diagnostico e tecnico operativi). Le competenze intellettuali degli infermieri vanno ad intervenire sui modelli alterati delle risposte umane alle problematiche di salute di soggetti o gruppi, modelli classificati in scelte, comunicazione, scambi, sensazioni, conoscenze, movimento, percezioni, relazioni, valori.<sup>1</sup>

Nel preambolo del Codice etico dell' *International Council of Nurses* rivisitato nel 2012 viene riportato: "*Nurses have four fundamental responsibilities: to promote health, to prevent illness, to restore health and to alleviate suffering. The need for nursing is universal*".<sup>ii</sup> Intervenire sui bisogni, sui problemi di salute, sulle risposte umane o sui modelli funzionali diviene per gli infermieri un obbligo professionale per migliorare gli *outcome* dei propri assistiti. Questo incide enormemente quella loro qualità della vita. Studi condotti nel Nord America hanno mostrato che l'inclusione delle diagnosi infermieristiche tra i dati di assistenza sanitaria, indipendentemente dai sistemi DRG, possono spiegare i risultati nell'assistenza ospedaliera aumentando il potere esplicativo dei sistemi DRG.

Infatti, le diagnosi infermieristiche associate ai DRG hanno un potere predittivo più elevato (dal 30% al 146% in più) sui giorni di ricovero, sui costi sanitari e sulla mortalità ospedaliera.<sup>lii</sup>

Un rapido sguardo alle gigantesche dell'Infermieristica sulle quali spalle siamo tutti seduti per osservare l'orizzonte futuro. Sono una bella vetrina di studiose, ne presenterò solo alcune.

Poco da dire di **Florence Nightingale** (1820-1910): applicando nel Barrack Hospital di Scutari basilari norme di igiene ridusse il tasso di mortalità dei soldati feriti dal 42 al 2%.<sup>liii</sup>

Interessantissimo il filone della relazione, con tre teoriche di rilievo: **Ildegard Elizabeth Peplau** (1909-1999), Ida Jean Orlando (1826-2007) e Imogene Martine King (1923-2007). Per la Peplau, il *Nursing* è un significativo processo terapeutico interpersonale e un rapporto umano fra un individuo malato o bisognoso di servizi sanitari ed un'infermiera professionalmente preparata a riconoscere tali bisogni e rispondere con l'aiuto adeguato al paziente. Si deve a lei la Teoria del Nursing Psicodinamico, all'interno della quale è teorizzato il rapporto di scambio attivo tra utente ed operatore. L'assistenza infermieristica è una esperienza condivisa che i professionisti infermieri possono facilitare attraverso osservazione, descrizione, formulazione, interpretazione, validazione ed interventi. I ruoli dinamici dell'infermiere nella evoluzione della relazione (estraneo, risorsa/sostegno, educatore, *leader* partecipativo, sostituto, consulente, esperto tecnico) determineranno ciò che l'assistito imparerà durante tutto il periodo di presa in carico. quattro le fasi essenziali: *orientamento* (rappresenta la fase del primo incontro, il riconoscimento reciproco dei ruoli,

l'ascolto e la decodifica della domanda portata), *identificazione* (in questa fase va collocato il lavoro di osservazione e di ascolto che si fa all'inizio di una relazione di aiuto per comprendere la soggettività, i bisogni, ed il tipo di distanza terapeutica tollerabile dalla persona assistita), *utilizzazione*: tutto lo sviluppo degli interventi e delle relazioni assistenziali. Il processo relazionale si sviluppa attraverso una complessa articolazione di analisi ed interazioni), *risoluzione* (a fase in cui il rapporto terapeutico si conclude. La malattia viene integrata come esperienza di vita).<sup>liv</sup> L'applicazione delle intuizioni della Peplau sono particolarmente utili in ambito di assistenza infermieristica psichiatrica. La **Orlando** è la teorica del rapporto tra infermiera e paziente. Imparare a capire quello che avviene tra se stessa e il paziente costituisce il fulcro dell'azione dell'infermiera e rappresenta lo schema di base per l'aiuto che ella dà al paziente. E questo avviene attraverso un complesso sistema di reazioni ad azioni che manifestano percezioni, pensieri e sentimenti reciproci.<sup>lv</sup> La **King** per Infermieristica intende: la cura degli esseri umani; percepire, pensare, giudicare e agire nei confronti del comportamento degli individui che si rivolgono in un sistema di assistenza sanitaria; la creazione di un ambiente in cui due individui stabiliscono un rapporto per far fronte ad eventi situazionali; l'obiettivo di aiutare gli individui e i gruppi a raggiungere, mantenere e ripristinare la salute o di aiuto alle persone a morire con dignità; un processo di azione, reazione, interazione, transazione, percezione e giudizio in cui l'infermiere ed il cliente condividono informazioni sulle loro percezioni nella situazione di cura.<sup>lvi</sup>



Fig. 9 - Bram Van Velde - Composition (1962), olio su tela, 130x162 cm, Collezione Berardo, Lisbona

**Virginia Henderson** (1897-1996) ha esplicitato la funzione peculiare dell'infermiere, quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile. Questa teorica riassume l'impegno dell'infermiere in una fase programmatica che è tra le più belle mai scritte su questo tema: "l'infermiera è temporaneamente la coscienza di chi si trova in stato di incoscienza, l'amore per la vita del suicida, la gamba di chi ha subito l'amputazione, gli occhi del cieco, il mezzo di locomozione del neonato, la consulente, la confidente e la portavoce dei più deboli". Nessuna professione ha una consapevolezza formalizzata più nobile di questa. E' la teorica delle risposte logico-scientifiche ai quattordici bisogni dell'uomo di ambito emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale:<sup>lvii</sup> 1. Respirare normalmente. 2. Mangiare e bere in modo adeguato. 3. Eliminare i rifiuti del corpo. 4. Muoversi e mantenere una posizione desiderata. 5. Dormire e riposare. 6. Scegliere il vestiario adeguato; vestirsi e svestirsi. 7. Mantenere la temperatura corporea a un livello normale, scegliendo il vestiario adeguato e modificando

l'ambiente. 8. Tenere il corpo pulito, i capelli, la barba e i vestiti ben sistemati e proteggere il tegumento. 9. Evitare i pericoli derivati dall'ambiente ed evitare di ferire altri. 10. Comunicare con gli altri esprimendo emozioni, bisogni, paure o opinioni. 11. Seguire la propria fede. 12. Lavorare in modo da rendersi conto di un certo risultato. 13. Giocare o partecipare a varie forme di ricreazione. 14. Imparare, scoprire o soddisfare la curiosità che porta a un normale sviluppo e alla salute e usare tutti i mezzi disponibili per la salute. Questa impostazione apre le porte alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,<sup>lviii</sup> aperta ai fattori ambientali nelle forme delle relazioni e del sostegno sociale e delle competenze d'utilizzo dei servizi, sistemi e politiche.

Per **Lydia Eloise Hall** (1906-1969) l'Infermieristica è *Care* (l'assistenza che risponde ai bisogni primari della persona. L'infermiera è completamente indipendente dagli altri professionisti. Il centro dell'attenzione è il corpo dell'assistito); *Core* (il lavoro psicologico che l'infermiera, in sinergia con altri specialisti, svolge con la collaborazione attiva del paziente, stimolato alla riflessione e al cambiamento delle proprie convinzioni e dei propri atteggiamenti. Il centro dell'attenzione è la persona); *Cure* (l'attività di cura che l'infermiera svolge in collaborazione col medico. Il centro dell'attenzione è la malattia).

**Dorothea Elizabeth Orem** (1914-2007) ha approfondito la teoria dell'autocura, meglio conosciuta come "Self-care deficit nursing theory".<sup>lix</sup> L'autocura è un bisogno umano appreso ed ogni soggetto svolge un ruolo attivo e secondo un

ordine logico per mantenere o riacquisite la propria salute e il proprio benessere. Tre sono i fattori di autocura: *universali* (per compiere azioni quotidiane), *evolutivi* (quali lutto, cambio di lavoro e invecchiamento) e *derivanti da problemi di salute*. Si ha deficit di autoassistenza quando la persona non è in grado di prendersi cura di sé totalmente o parzialmente. Allora entra in azione il *Nursing* con pratiche completamente o parzialmente compensatorie o di istruzione/educazione.

L'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di autoassistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi.

**Dorothy E Johnson** (1919-1999) è la teorica del modello di sistema comportamentale.

L'essere umano è un sistema comportamentale costituito da sette sottosistemi: *attaccamento e affiliazione* che regola l'inclusione sociale e l'intimità; *dipendenza* con le regole di approvazione, attenzione, riconoscimento e assistenza; *ingestione; eliminazione; sessualità, aggressività e realizzazione e successo*. Il sistema uomo è sottoposto a continue perturbazioni interne ed esterne che provocano squilibri nei sottosistemi e quindi nel sistema intero. Il *Nursing* diviene la forza capace di ripristinare l'equilibrio di sistema riducendo gli stimoli stressanti o sostenendo le difese naturali e il processo di adattamento della persona.<sup>lx</sup>

**Faye Glenn Abdellah** (1919-2017) identifica e distingue i problemi infermieristici in evidenti e diagnosticabili e nascosti, più di natura emotiva, sociologica o interpersonale. Tramite il processo scientifico del *problem solving* la duplice tipologia di problemi va risolta, mediante

interpretazione, analisi e scelta di procedure appropriate. Fu la teorica della emancipazione della figura professionale infermieristica da quella medica. I problemi infermieristici sono ventuno. Vale la pena elencarli: mantenere una buona igiene ed il benessere fisico; favorire un'attività ottimale: esercizio, riposo e sonno; favorire la sicurezza mediante la prevenzione di incidenti, lesioni o altri traumi e la prevenzione contro il diffondersi di infezioni; mantenere un buon funzionamento corporeo; prevenire e correggere le deformità; facilitare la continuità del necessario apporto di ossigeno nelle cellule di tutto il corpo; facilitare il mantenimento della nutrizione a tutte le cellule del corpo; facilitare la regolarità della eliminazione; facilitare il bilancio dei liquidi e degli elettroliti; riconoscere le risposte fisiologiche del corpo alla malattia, alle condizioni patologiche, psicologiche e compensative; facilitare il mantenimento delle funzioni e dei meccanismi di autoregolazione; facilitare il mantenimento della funzione sensoriale; individuare ed accettare espressioni positive e negative, sentimenti e reazioni; identificare ed accettare la correlazione esistente tra emotività e malattia; facilitare il mantenimento di un'efficace comunicazione verbale e non verbale; facilitare lo sviluppo di proficui rapporti interpersonali; facilitare il progresso mediante il raggiungimento di scopi di ordine fisico e spirituale; creare e mantenere un ambiente terapeutico; facilitare la presa di coscienza di se stesso quale individuo con bisogni vari di natura fisica, emotiva e di sviluppo; accettare positivamente gli obiettivi ottimali raggiunti, tenendo conto dei limiti fisici ed emotivi; usare le risorse della comunità per risolvere i problemi derivanti dalla malattia; capire l'influenza esercitata dai problemi sociali sulle cause della malattia.<sup>lxi</sup> La Abdellah è sicuramente molto

debitrice del pensiero della Henderson.



Fig. 10 - Fons Heijmsbroek - Large Seascape & Diagonal (1989), acrilico su tela, 145 x 160 cm, edito in rete dall'autore (pubblico dominio)

**Ernestine Wiedenbach** (1900-1998) definisce il *Nursing* come un servizio di aiuto reso con abilità, gentilezza, compassione e saggezza, che può essere acquisita attraverso esperienze dense di significato. La sensibilità porta l'infermiere alla consapevolezza e alla percezione di fattori impercettibili che possono però significare un problema potenziale o reale. Caratteristiche professionali dell'infermiere sono chiarezza dello scopo; maestria, cioè abilità e conoscenza necessarie per raggiungere lo scopo; capacità di stabilire e mantenere relazioni di lavoro con gli altri; interesse per il progresso della propria disciplina; dedizione al bene dell'umanità.<sup>lxii</sup>

La teoria della Wiedenbach ha il merito di essere prescrittiva. Nella infermieristica vengono identificate: la *finalità centrale*, l'essenza di una determinata disciplina (ciò che l'infermiere desidera raggiungere per mezzo delle sue azioni, è lo scopo generale verso il quale essa tende con costanza: rappresenta la sua ragione di essere e di agire); la *prescrizione* che serve per rea-

lizzare la finalità o scopo centrale; si tratta in pratica, di un piano di assistenza; la *realtà della situazione contingente* che influenza il compimento dello scopo centrale e dipende da cinque fattori:

l'agente;

il fruitore;

lo scopo, cioè il risultato atteso dall'infermiera, i mezzi, vale a dire le abilità, le procedure, le tecniche e le attrezzature che l'infermiera usa per raggiungere lo scopo;

la struttura, che costituisce il *setting* dell'attività infermieristica, che ne condizionano lo svolgimento.

Il concetto di aiuto infermieristico sfrutta tre principi: il *principio dell'incoerenza/coerenza*, tramite il quale l'infermiera identifica nel paziente comportamenti non attesi, che la orientano a individuare le aree in cui la persona abbisogna di aiuto; il *principio dell'utile perseveranza*, ovvero l'infermiera deve sforzarsi di aiutare la persona bisognosa di assistenza nonostante le difficoltà che incontra; il *principio dell'autoestensione*, tramite il quale l'infermiera identifica e accetta i limiti personali e della situazione contingente. Per superarli può chiedere aiuto agli altri.

**Myra Estrin Levine** (1920-1999), ha approfondito essenzialmente argomenti di psicosomatica, reazione organica agli *stressor* ambientali e alla modellistica di Bates sull'ambiente esterno (percettivo, operativo e concettuale).<sup>lxiii</sup>

**Martha Elizabeth Rogers** (1914-1994), ha elaborato seguendo gli studi di fisica e di teoria dei sistemi un modello di difficile applicazione che ha posto le basi di concetti che saranno poi ripresi del *Nursing* moderno: campi di energia, uomo come sistema aperto, pattern (modello) e pluridimensionalità.<sup>lxiv</sup>

**Callista Roy** (1939) prende spunto dalla *teoria dei sistemi* di Von Bertalanffy (1968) e dalla teoria dell'adattamento di Henson (1964). Lo scopo del *Nursing* è il sostegno alla persona nel potenziare la risposta di adattamento in relazione alle quattro modalità di adattamento fisiologica, di ruolo, riguardo al concetto di sé, nella interdipendenza. Il livello di adattamento della persona è determinato da stimoli: *focali* (impatto per produrre il cambiamento); *contestuali* (capaci di influenzare la situazione e che sono osservabili, misurabili o riportati soggettivamente); *residuali* (costituiscono le caratteristiche della persona, presenti nella situazione e significativi, ma che sfuggono alla valutazione obiettiva). Suor Callista Roy fu la prima a parlare del processo infermieristico in termini di accertamento, diagnosi, determinazione degli scopi, pianificazione e valutazione dei risultati.<sup>lxv</sup>

**Betty Newman** (1924) afferma che il "cliente" è costituito da cinque tipi di variabili: fisiologiche, psicologiche, evolutive, socioculturali, spirituali. Nei tre tipi di ambiente (interno, esterno e creato) l'Infermieristica ha il compito di ridurre gli agenti stressanti intra, inter ed extrapersonali, trattenendo, ottenendo o mantenendo l'energia di sistema nelle forme della prevenzione primaria, secondaria e terziaria colla finalità del benessere ottimale dell'assistito e della stabilità di sistema.<sup>lxvi</sup>

**Jean Watson** (1940), prendendo spunto da autorevoli rappresentanti della Psicologia della terza via e dell'Esistenzialismo, ha approfondito i dieci Processi Caritas che identificano l'Infermieristica: far riferimento a un sistema di valori umanistico-altruista; trasmettere fiducia e speranza; coltivare la propria e l'altrui sensibilità; instaurare una

relazione di fiducia e di aiuto; promuovere e accettare l'espressione di sentimenti positivi e negativi; basare il proprio processo decisionale sul *problem solving*; promuovere rapporti interpersonali improntati all'apprendimento/insegnamento; fornire un ambiente di sostegno mentale, fisico e spirituale che protegga e/o corregga; orientare l'assistenza al soddisfacimento dei bisogni umani; considerare le forze esistenziali-fenomenologiche.<sup>lxvii</sup> Jean Watson ha approfondito gli elementi che caratterizzano l'identità e l'azione dell'infermiere: praticare la gentilezza amorevole e l'equanimità nell'ambito di un contesto di consapevolezza del *caring*; essere autenticamente presenti permettendo l'espressione e supportando il sistema di profondo credo di vita soggettivo di se stessi e di coloro di cui ci prendiamo cura; coltivare le proprie pratiche spirituali ed il sé transpersonale, superando il limite del proprio ego, sviluppare e sostenere, in uno scambio d'aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di *caring*; essere presente e sostenere l'espressione dei sentimenti positivi e negativi come in una connessione con lo spirito più profondo di se stessi e di coloro di cui ci prendiamo cura; impiegare in modo creativo se stessi e tutte le proprie conoscenze, quali parti integranti del processo di *caring*, impegnandosi nell'arte della pratica del *caring* verso la guarigione; impegnarsi in vere esperienze d'insegnamento / apprendimento che aspirano al raggiungimento dell'interesse, cercando di rimanere nell'ambito della sfera di riferimento dell'altro; creare un ambiente di guarigione a tutti i livelli, laddove l'interesse, la bellezza, il benessere, la dignità e la pace siano potenziati; prestare assistenza, con riverenza e rispettosamente, ai bisogni essenziali con una consapevolezza di *caring* intenzionale, ammi-

nistrando "l'essenziale dello *human care*" che potenzia l'allineamento di mente - corpo - spirito, l'interesse in tutti gli aspetti di cura; essere aperti e prestare attenzione alle dimensioni misteriose e sconosciute della vita, sofferenza e morte del singolo, alla cura dell'anima per se stessi e per coloro di cui ci si prende cura, "consentire ed essere aperti ai miracoli".

**Rosemarie Rizzo Parse** (1938) con la teoria dell'uomo in divenire e gli studi sulla speranza nella cura<sup>lxviii</sup> e **Madelein Leininger** (1925-2012) con i suoi studi antropologici ed il modello del sole nascente<sup>lxix</sup> hanno fornito originalissimi contributi all'approccio culturale dell'Infermieristica.



Fig. 11 - Fons Heijmsbroek - Large abstract oil painting (1998), olio su tela edito in rete dall'autore (pubblico dominio)

**Marisa Cantarelli** (1930) ha teorizzato il modello delle prestazioni infermieristiche: bisogno di respirare; bisogno di alimentarsi e idratarsi; bisogno di eliminazione urinaria e intestinale; bisogno di igiene; bisogno di movimento; bisogno di riposo e sonno; bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie; bisogno di un ambiente sicuro; bisogno di interazione nella comunicazione; bisogno di procedure terapeutiche; bisogno di procedure diagnostiche.<sup>lxx</sup> A questa maestra italiana un grande elogio per l'impegno teorico svolto.

Più conosciuti perché più in uso attualmente i modelli funzionali



della salute di **Marjory Gordon** (1911-2015), che con gli strumenti di classificazione NANDA (Associazione infermieristica del Nord America), NIC (Interventi) e NOC (*Outcome*), costituisce ora il cardine teorico e procedurale di più ampio raggio, stabilendo oltre alla correttezza metodologica del ragionamento diagnostico infermieristico anche la tempistica prestazionale.

La Gordon ritiene che tutti gli esseri umani hanno in comune modelli funzionali che concorrono alla loro salute, alla qualità della loro vita e alla realizzazione del potenziale umano. I modelli indicano una serie di comportamenti che si ripetono nel tempo. Consapevoli e volontari o meno, tali comportamenti riguardano l'alimentazione, il riposo, l'eliminazione, l'attività cognitiva, l'autostima e molti altri aspetti della vita umana. Un "modello" come tale non è immediatamente percepibile, ma si può indagare su di esso fino ad arrivare a una visione complessiva dei comportamenti che la persona mette in atto, proprio relazionandosi con l'assistito o con il *caregiver*.

I modelli funzionali identificati permettono la raccolta delle informazioni (accertamento infermieristico) attraverso le quali gli infermieri indagano sui modelli comportamentali che contribuiscono (punti di forza del cliente) a determinare lo stato di salute, la qualità della vita e la realizzazione del potenziale umano per poterne valutare l'appropriatezza o l'inadeguatezza.

L'assistenza infermieristica ha luogo là dove emerge una disfunzione nel modello di riferimento (diagnosi infermieristica). La Gordon prevedeva 11 modelli funzionali: percezione e gestione della salute, nutrizione e metabolismo, eliminazione, attività ed esercizio fisico, riposo e sonno, cognitivo-percettivo, percezione e concetto di sé, ruolo e relazione, sessualità e riproduzione,  *coping*  e tolleranza allo  *stress* , valori e convinzioni.

Dall'evoluzione degli approfondimenti di Gordon sono scaturiti il modello bifocale di **Lynda Juall Carpenito** (1897-1996), con l'individuazione delle diagnosi espressamente infermieristiche e di quelle dei problemi collaborativi con altri professionisti, che per gli infermieri risultano essere potenziali complicanze per l'assistito), e l'approfondimento di tutta la Diagnostica infermieristica da parte di gruppi di studio internazionali facenti capo a NANDA, un sistema tassonomico che permette la formulazione di 244 diagnosi suddivise in 13 domini e 47 classi (Diagnostica 2018-2020).<sup>lxxi</sup> I 13 domini sono una ulteriore specificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon. Essi sono: promozione della salute, nutrizione e metabolismo, eliminazione e scambi, attività e riposo, percezione e cognizione, autopercezione, ruoli e relazioni, sessualità e riproduzione,  *coping*  e tolleranza allo  *stress* , principi di vita, sicurezza e protezione, benessere, crescita e sviluppo.

Per il nostro tema della cura, non solo del corpo, pensiamo siano sufficienti pochi rimandi:

Dominio 1, classe 1: consapevolezza della salute; Dominio 4, classe 5: cura di sé; Dominio 5, classe 5: comunicazione; Dominio 6, classe 1: concetto di sé; Dominio 6, classe 2: autostima; Dominio 7, Classe 1: ruoli del  *caregiver* ; Dominio 7, Classe 2: relazioni familiari; Dominio 7, Classe 3: prestazioni di ruolo; Dominio 9, classe 2: risposte di  *coping*  (comprehensive di afflizione, ansia, paura, resilienza); Dominio 10, classe 1: valori, Dominio 10, classe 2: convinzioni (benessere spirituale); Dominio 10, classe 3: congruenza tra valori, convinzioni e azioni (processo decisionale, moralità, spiritualità); Dominio 12 Benessere, Dominio 13 Crescita e sviluppo.

Quando uno studente o un professionista sceglie di spendere le singole preziose vite ad assistere altre persone, dovrebbe avere sempre la consapevolezza di farlo bene. Il prepararsi a farlo bene dovrebbe essere sollecitudine e principale occupazione, un lavoro individuale costante che offre enorme soddisfazione. Questo porterà a curare la personale percezione morale; a sostenersi e supportarsi nelle incertezze personali e relazionali; a stimolare curiosità e ricerca; a cercare elementi di crescita intellettuale e culturale; a perfezionare la riflessione e spirito critico; a riflettere sulle migliori scelte tra quelle possibili.

## Le migliori pratiche sanitarie

Per quel che concerne le buone pratiche, i professionisti infermieri e non solo dovrebbero cercarle ed alimentarle traendo la motivazione costante dalla riconferma di una identità consapevole costantemente ricercata, riconfermata e riconosciuta. Esse constano nell'esercizio quotidiano teso al miglioramento delle prestazioni secondo l'appropriatezza e nel rispetto di valori, tra i quali c'è l'oculato risparmio. Non si possono esercitare buone pratiche se si prescinde dai seguenti quadri di riferimento:

- avere ed alimentare un quadro di valori e motivazioni;
- costruire le migliori relazioni interpersonali e interprofessionali;
- usare un modello di riferimento teorico per individuare, interpretare e catalogare i fenomeni;
- analizzare criticamente i fenomeni;
- usare strumenti di misura e confronto (dai PICOM della ricerca ai *benchmarking* nella qualità delle organizzazioni e prestazioni);
- applicare sempre le evidenze scientifiche, valutando caso per caso;
- pianificare razionalmente le azioni giuste in base a risultati attendibili;
- standardizzare, quantificare, rendere le azioni tracciabili dandole un valore.

Vorrei concludere presentando il decalogo per aspiranti scienziati del libro di **Alberto Mantovani** "*Non aver paura di sognare*"<sup>lxxxii</sup>, per incoraggiare a nuotare controcorrente trasmettendo l'entusiasmo e la passione per la conoscenza. Mantovani è un oncologo ed immunologo di chiara fama. Attualmente è Professore Ordinario di Patologia Generale presso l'Humanitas University. Nel libro, parla di ottimi medici ricercatori, premi Nobel per la medicina, scopritori di meccanismi e funzioni dell'immensa-

mente piccolo del corpo umano, intelligenti spole tra i *bench* e i *bedside*, tra i banchi dei laboratori e i letti dei pazienti. Lo prendo ad esempio per il rispetto che porto verso la conoscenza e verso la medicina. Lo prendo ad esempio perché tutti i professionisti della salute non possono discostarsi dai valori intrinseci della conoscenza e dell'assistenza. Con Alberto Mantovani questo è l'augurio che faccio a tutti gli studenti che frequentano e frequenteranno le aule della nostra Facoltà:

- *Seguite le vostre passioni*: realizzate pienamente le vostre vite, senza arrendervi mai;
- *Vivete in una dimensione internazionale e contribuite a costruire ponti di pace*: siate cittadini del mondo ed abbiate rispetto per chiunque;
- *Siate umili*: non vuol dire indecisi, ma in ascolto, attenti ai dettagli, semplici e disponibili agli altri;
- *Imparate dai pazienti*: non sono le nostre cavie o vittime, sono i nostri maestri, abbiamo loro nelle nostre menti e nelle nostre mani, abbiatene cura;



Fig. 12 - Pete Ashton, Rielaborazione di pubblico dominio di Willem de Kooning, *Woman II*, 1952

- *Collaborate e siate pronti ad ascoltare gli altri*: non lavorate

mai da soli, quando lo fate prendetevi le vostre responsabilità;

- *Imparate dai tecnici*, cioè da coloro che hanno sapere, conoscenze tecniche, metodo, strumenti adeguati: con le chiacchiere non si va lontano;

- *Accettate il giudizio degli altri e fatevi guidare dal vostro spirito critico*: correggersi significa migliorarsi, non perdersi d'animo e d'impegno, senza scordarsi che quando occorre bisogna avere il coraggio di dire fermi no, motivandoli con giudizio;

- *Rispettate i dati*: nel mondo della conoscenza e delle persone di spessore, chi altera la verità intenzionalmente non è perdonato;

- *Condividete a cambiare il Mondo*: nel rispetto dei valori e della vita umana. Per non essere travolti occorre non cedere un millimetro sul rispetto dell'essere umano, anche quando non sembra averne più, per questo vi invito a non essere mai superficiali con gli altri: assistiti, parenti, colleghi o quanti contatterete per motivi professionali.

Auguro ai nostri studenti ogni bene che si prospetti all'apertura al mondo della vita adulta e professionale, mentre sono nel fior della giovinezza. Soprattutto auguro loro di non aver paura.

**Alfredo Reichlin**, nel recente *Riprendiamoci la vita*. Lettera ai nipoti afferma: "*vedo una frattura tra generazioni che forse non è stata mai così profonda*".<sup>lxxxiii</sup> Questo lo credo anch'io, eppure sono sempre più convinto che nello studio, nella appassionata conoscenza e nel motivato e consapevole esercizio professionale si crea il più grande ponte tra le generazioni: la vita è breve, l'arte lunga. Non è un mistero quanto le popolazioni più avanzate e gli Stati a Prodotto Interno Lordo più alto (o altri indicatori di benessere più complessi con

indici più elevati) abbiano a cuore la formazione delle giovani generazioni.

Nel futuro "a fare la differenza ci sarà la diversa qualità delle persone, dei luoghi e delle istituzioni".

La stessa produzione e "accumulazione di ricchezza dipenderà sempre più dalla capacità di produrre valore sociale e di darci nuovi strumenti di partecipazione democratica". Ecco le vostre conoscenze, che hanno avuto un costo, anche collettivo, sono risorse e creano salute e ricchezza. Vi auguro di non perdere mordente e di continuare a studiare, di esercitarvi nella ricerca, di aggiornarvi, di appassionarvi al lavoro e chissà, magari di insegnare.

**Padre Enzo Bianchi**, fondatore e priore della comunità monastica di Bose, guardando da distante il nostro tempo, riscontra in questo nuovo millennio tre dominanti.<sup>lxxxiv</sup>

- *Prima*: la presenza di un io narcisistico diffuso, fragile detentore di desideri che aspirano a diventare diritti. Forme di desiderio tra le più varie, che chiedono di iscriversi all'interno dei diritti di una comunità. Un io a volte astenico, privo di carattere, di volontà, di forza. Diventano improponibili parole come lotta, esercizio, disciplina dei desideri, delle azioni e delle parole possibili.

- *Seconda*: una società senza orizzonte di convergenza. Una società individualistica che nega solidarietà e condivisione. Si pensa a progetti individuali. L'individuo deve sì rispettare le regole del gioco, ma per il suo proprio bene e tornaconto. E' tollerato il danno inflitto alla collettività, in nome di una progettualità individualistica. Ci si dimentica del bene comune, purché porti beneficio o vantaggio al singolo. Prima delle crolli delle grandi ideologie, esisteva l'orientamento al sacrificarsi per il bene comune. La società non è più un orizzonte

di convergenza, responsabilità, solidarietà.

- *Terza*: la mancanza di un ethos, di una morale. La morale è costruita dal singolo, è prodotta dall'uomo e può essere dallo stesso contraddetta, al variare delle condizioni e degli interessi. L'esito di questo costruttivismo etico è una diffusa posizione nichilista, mortale per la conduzione della vita e per i valori dell'esistenza.

Le conseguenze di questo relativismo etico sono la subordinazione della ragione alle altre pulsioni, l'incapacità di affrontare le aporie dottrinali e la mancanza di esercizio del pensiero, il senso diffuso di incertezza e di vuoto. Si fatica a pensare e discernere se qualche cosa è buono in sé ed anche per gli altri. Si fatica ad operare scelte nello spazio della giustizia. Perché porsi limiti e divieti, quando tutte le azioni sono possibili?

In un certo modo, chi sceglie di diventare infermiere e si è formato in una università pubblica, frequentando tirocini in dipartimenti del Servizio Sanitario Nazionale, è meno esposto a queste tre dominanti.

Pur vivendo le fragilità del nostro tempo, proprio per i richiami stessi dell'essere infermiere, del duro esercizio professionale che costantemente ci mette a confronto con le scelte e col patire, colla dimensione multiprofessionale e collegiale, con la tutela delle risorse collettive per il mantenimento o il ripristino di un bene comune, la salute, siamo meno esposti ai pericoli della fragilità o astenia di carattere, del narcisismo, dell'individualismo e del relativismo etico. Sono convinto che non ci sia tra voi chi non desideri ardentemente, dopo questi anni, essere un Infermiere secondo un chiaro ideale di vita. Vorrei che continuiate a riflettere su questo, ad arrovellarvi su questioni di

giustizia, a dare sempre il meglio con passione, nei settori della ricerca e scienza disciplinare, della conoscenza professionale, dell'erogazione dell'assistenza, nella trasmissione dei saperi e dei valori, nel miglioramento degli ambiti organizzativi e gestionali. Mai rinunciando all'onestà, in qualsiasi forma, che vi rende liberi, inattaccabili e mai mediocri

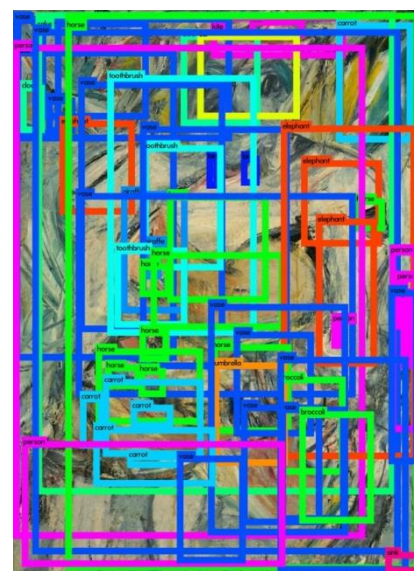


Fig. 13 - Willem de Kooning, Woman 1, 1952  
grafite, pastello e colore ad olio, 193 x 147 cm,  
MoMa, New York.

Finirei questo intervento con l'invito ai professionisti a non essere impazienti: Forse, ha scritto Kafka nella *Lettera al padre*, c'è solo un peccato capitale: l'impazienza.

*"E' impaziente chi non aspetta che il ragionamento che l'altro sta provando ad articolare si chiude e frettolosamente completa per lui il pensiero che forse stava esprimendo. E' impaziente chi di fronte ad un'immagine ricca di dettagli e colori si limita a un'impressione veloce, per passare ad un'immagine successiva. E' impaziente colui che non si ferma ad aspettare chi ha un passo più lento del suo. E' impaziente chi non ha il tempo per osservare il gesto sfrontato o umile del mendicante che intralcia il suo cammino protendendo una mano verso di lui. E' impaziente chi corre a leggere la fine di un articolo, perché intanto ha già compreso dove vuole*

arrivare. E' impaziente chi è semplicemente disattento".<sup>lxv</sup>

## Bibliografia

<sup>i</sup> John of Salisbury, *Metalogicon*, traduzione inglese di J.B. Hall, Corpus Christianorum in Translation (CCT 12), Turnhout, Brepols, 2013.

<sup>ii</sup> Marsilio da Padova, *Defensor Pacis*, a cura di Conetti M, Fiocchi C, Radice S e Simonetta S, BUR, Milano 2001, cit. in Benedek G, Prefazione a Bottani C. E, *Il Mestiere della Scienza. La ricerca scientifica fra artigianato e Big Science*, Franco Angeli, Milano, p. 11.

<sup>iii</sup> Einstein A, *Il significato della relatività. Il mondo come io lo vedo*, tr. it. di Vinassa de Regny E, Mauro W, Roma, Newton Compton Editori, 2015, p. 163.

<sup>iv</sup> Marino I, *La comunicazione tra il medico e il paziente: dialogo tra sordi*, in Minerva D, Sturloni G (a cura di), *Di cosa parliamo quando parliamo di medicina*, Codice Edizioni, Torino 2007, p. 56.

<sup>v</sup> Cosmacini G, *Prima lezione di medicina*, Laterza, Roma-Bari, 2009, p. 17.

<sup>vi</sup> Foucault M, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, tr. it. di A. Fontana, Einaudi, Torino 1998, p. 20.

<sup>vii</sup> Laín Entralgo P, *Il Medico e il Malato*, tr. it. di A. Savignano, Apèiron, Bologna 1999, p. 28.

<sup>viii</sup> Voltaggio F. *La medicina come scienza filosofica*, Laterza, Roma-Bari, 1998.

<sup>ix</sup> Veronesi U, Pappagallo M, *Una carezza per guarire. La nuova medicina tra scienza e coscienza*, Sperling & Kupfer Editori, Milano 2004, risvolto di copertina.

<sup>x</sup> Woolf V, *Sulla malattia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 8-9.

<sup>xi</sup> Leder D, *The experience of Health and Illness*, in AA. VV. *Health and Disease*, in Reich WT (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, McMillan, New York 1995, pp. 1084-113: 1108.

<sup>xii</sup> Toombs SK, *The temporality of illness: Four levels of experience*,

"Theoretical Medicine ", 11 (1990), pp. 227-241. Cfr. anche Scheler M, *Il senso della sofferenza*, in *Il dolore, la morte, l'immortalità*, tr. it. di F. Biasutti, Elle Di Ci - Leumann, Torino 1983, pp. 35-74.

<sup>xiii</sup> Scarry E, *La sofferenza del corpo*, tr. it. di G. Bettini, Il Mulino, Bologna 1990, pp. 19-20, 45, 87.

<sup>xiv</sup> Panksepp J, *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press, Oxford 1998.

<sup>xv</sup> Liotti G, *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci Editore, Roma 2005, pp. 229-50.

<sup>xvi</sup> Reich WT, *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito della cura?*, in Cattorini P, Mordacci M, Reichlin M (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Editrice San Raffaele, Milano 1996, pp.231-254: 241.

<sup>xvii</sup> Herder JG, *Das Kind der Sorge*, in *Werke*, Bollacher M. et al., Deutscher Klassiker Verlag 1990, pp.743-4

<sup>xviii</sup> Fantini B, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, in P. Donghi P, Preta L (a cura di), *In principio era la cura*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp.47-73.

<sup>xix</sup> Furnari G, *Cura. Paradigma*, in Russo G, *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, ElleDiCi, Leumann (To) 2004, pp. 58-69.

<sup>xx</sup> Mortari L, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006, p. VII.

<sup>xxi</sup> Goethe JW, *Faust*, tr. it. di F. Fortini, Mondadori, Milano 1987<sup>7</sup>, pp. 1000-11.

<sup>xxii</sup> Ivi, p. 1057.

<sup>xxiii</sup> Tong R, *The ethics of care: a feminist virtue ethics of care for healthcare practitioners*, *Journal of Medicine and Philosophy* 1988, 23: 131-152.

<sup>xxiv</sup> Hunt G, *Ethics, nursing and metaphysics of procedure*, in Hunt G (ed.), *Ethical Issues in Nursing*, Routledge, London 1995, pp. 1-18.

<sup>xxv</sup> Van Hooft S, *Acting from the virtue of caring in nursing*, *Nursing Ethics* 1999, 6, 3: 186-201.

<sup>xxvi</sup> Gastmans C, *Care as a moral attitude in nursing*, *Nursing Ethics* 1999, 6: 214-223.

<sup>xxvii</sup> Sala R, *Riflessioni sulla cura*, *Nursing Oggi* 1999, 2: 10-13: 13.

<sup>xxviii</sup> Ambrosi E, Canzan F, Cavada L, Fedrozzi L, Maini P, Polloni K, Saiani L, *Il caring nella pratica: una teoria descrittiva* in Mortari L, Saiani L, *Gesti e pensieri di cura*, Mc Graw-Hill, Milano 2013, pp. 93-6.

<sup>xxix</sup> Boella L, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. XII.

<sup>xxx</sup> Gioele 2, 28, Bibbia, CEI 2008

<sup>xxxi</sup> Qoelet 8,1, Bibbia, CEI 2008

<sup>xxxii</sup> Calvino I, *Le città invisibili*, Mondadori, Milano 1993, p.164

<sup>xxxiii</sup> Boella L, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. 31.

<sup>xxxiv</sup> Manuzzi P, *Parole come strade, in movimento. Note sulla pensabilità e dicibilità del corpo*, in Manuzzi P (a cura di), *Educare alla dimensione corporea della relazione nelle professioni educative e sanitarie*, Edizioni ETS, Pisa, 2009, p. 40.

<sup>xxxv</sup> Boella, *Sentire l'altro. Op. Cit.*, p. XII.

<sup>xxxvi</sup> Casper B, *Lévinas pensatore della crisi dell'umanità*, tr. it. di L. Bonvicini, La Scuola, Brescia 2017.

<sup>xxxvii</sup> Lévinas E, *Quaderni di prigionia ed altri inediti*, curatori vari, Bompiani, Milano 2011.

<sup>xxxviii</sup> Lévinas E, *L'enigma e il fenomeno*, in *La traccia dell'altro*, a cura di Ciaramelli F, Pironti, Napoli 1979, pp. 51, 59.

<sup>xxxix</sup> Mortari L, *Per una teoria del buon caring*, in Mortari L, Saiani L, *Gesti e pensieri di cura*, McGraw-Hill, Milano 2013, pp. 21-49.

<sup>xl</sup> De Hennezel M, *Prendersi cura degli altri. Pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia*, Lindau, Torino 2008, p. 11.

<sup>xli</sup> Foucault M, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al College de France*

(1981-1982), tr. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2003.

<sup>xlii</sup> Foucault M, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France 1980-82*, tr. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2003.

<sup>xliii</sup> Hadot P, *Esercizi spirituali e filosofia antica*, tr. it. A. M. Marietti, A. Taglia, Eidaudi, Torino 2005.

<sup>xliv</sup> Zannini L, *Le medical humanities nella formazione del lavoro di cura*, Encyclopaideia XV (31), 20011: 77-90.

<sup>xlv</sup> Benn G, *Romanzo del Fenotipo. Frammento di Landsberg 1944*, tr. it. di A. Valtolina, Adelphi, Milano 1998, p. 41.

<sup>xlvi</sup> Natoli S, *L'edificazione di Sé. Istruzioni sulla vita interiore*, Laterza 2010, p. 63.

<sup>xlvii</sup> Buber M, *La mia via al Chassidismo, ricordi*, in *Storie e leggende chassidiche*, a cura di A. Lavagetto Mondadori, Milano 2009.

<sup>xlviii</sup> Cambi F, *La cura di sé come processo formativo* Laterza, Bari-Roma 2010.

<sup>xlix</sup> Noica D, *Sei malattie dello spirito contemporaneo*, tr. it. di M. Mocan, Carbonio Editore, Milano 2017.

<sup>l</sup> Carpenito L. J, *Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica Clinica*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2001<sup>2</sup>, p. 8.

<sup>li</sup> ICN, *The ICN code of Ethics for Nurses*, Geneva 2012, p. 1.

<sup>lii</sup> Welton, J.M., & Halloran, E.J. *Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes*. The Journal of Nursing Administration, 2005, 35(12), 541-9.

<sup>liii</sup> Nightingale F, *Notes on Hospitals*, Parker and Son, London 1859; ID. *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. Harrison, London 1859.

<sup>liv</sup> O'Toole A. W, Welt S. R, *Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau*, Springer New York 1989.

<sup>lv</sup> Orlando I. J, *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles*,

J. P. Putnam's Son, New York 1961; ID, *The Discipline and Teaching of Nursing Process* J. P. Putnam's Son, New York 1972.

<sup>lvi</sup> King I. M, *A theory for nursing: Systems, concepts, process*, John Wiley & Sons, New York 1981; ID et Fawcett J; *The Language of Nursing Theory and Metatheory*, Honor Society of Nursing, New York, 1997.

<sup>lvii</sup> Henderson V, *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*, Macmillan, New York 1966, ID, *Basic Principles of Nursing Care*, International Council of Nurses, Geneva 1997<sup>2</sup>.

<sup>lviii</sup> OMS, ICF. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, tr. it. G. Lo Iacono, D. Facchinetti, F. Cretti, S. Banal, Erickson, Gardolo (TN) 2001.

<sup>lix</sup> Orem D. E, *Nursing: Concepts of Practice*, Mosby, Missouri 2001<sup>6</sup>.

<sup>lx</sup> Johnson D. E, *The significance of Nursing Care*; AJN the American journal of Nursing, 1961.

<sup>lxi</sup> Abdellah F. G. et al, *Patient Centered Approaches to Nursing*, Macmillan, New York, 1960.

<sup>lxii</sup> Wiedenbach E, *Family-Centered Maternity Nursing*, J. P. Putnam's Son, New York, 1958; ID, *Clinical Nursing - A Helping Art*, Springer New York, 1964.

<sup>lxiii</sup> Levine M. E, *Introduction to Clinical Nursing*, 1969; ID, *Renewal for Nursing*, 1971, in J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice*, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall: 181-192.

<sup>lxiv</sup> Rogers M. E, *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, F.A. Davis, Philadelphia 1970; ID, *The Science of Unitary, Human Beings: A Paradigm for Nursing*, In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care*, Wiley, Toronto 1983: 219-228.

<sup>lxv</sup> Roy C. et Roberts S. L, *Theory of Construction in Nursing: An Adaptation Model*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1981.

<sup>lxvi</sup> Neuman B, *The Betty Neuman healthcare systems model: A total person approach to patient problems* (1974), in Riehl J.P. et Roy C, *Conceptual models for nursing. The Newnan systems model: Application to nursing education and practice*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, CT 1989.

<sup>lxvii</sup> Watson J, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, University Press of Colorado, Denver 2008<sup>2</sup>

<sup>lxviii</sup> Rizzo Parse Rosemarie, *Illuminations: The Human Becoming Theory in Practice and Research* National League for Nursing Press, New York 1995.

<sup>lxix</sup> Leininger M, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*, John Wiley & Sons, New York 1978.

<sup>lxx</sup> Cantarelli M, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Elsevier, Milano 2003<sup>2</sup>.

<sup>lxxi</sup> NANDA International, *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2018-2020*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2018<sup>3</sup>.

<sup>lxxii</sup> Mantovani A, *Non avere paura di sognare. Decalogo per aspiranti scienziati*, La nave di Teseo, Milano 2016.

<sup>lxxiii</sup> Reichlin A, *Riprendiamoci la vita. Lettera ai nipoti*, Editori Riuniti, Roma 2014.

<sup>lxxiv</sup> Bianchi E, *Una lotta per la vita. Conoscere e combattere i peccati capitali*, San Paolo Edizioni, Cinisello Balsamo (Mi) 2011.

<sup>lxxv</sup> Cimatti F, *Il possibile e il reale. Il sacro dopo la morte di Dio*, Codice, Torino 2009, p. VII.

# Contributi per una storia sociale dell'Infermieristica

Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

## Presentazione

Viene qui presentata una raccolta di articoli pubblicati fra il 2016 e il 2018 relativi alla Storia dell'Infermieristica e della Medicina in generale. Ognuno dei lavori prende in considerazione un periodo storico letto attraverso diverse chiavi interpretative: dall'arte classica alla manualistica professionale, dalla ricerca all'etimologia, alla storicizzazione specifica di eventi relativi alle due guerre mondiali del XX secolo. E' un lavoro parziale, in divenire, fatto di piccoli tasselli di un più ampio quadro storiografico dell'assistenza infermieristica. Il fine è quello di rispondere ad una serie di domande in relazione a cosa si intenda per storia della professione infermieristica, e a quando questa può essere fatta risalire; e come analizzare ruoli, funzioni, compiti che nel tempo sono cambiati. In merito il sociologo Costantino Cipolla<sup>[1]</sup> sembra non avere dubbi: *“La storia della professione infermieristica non è una storia molto profonda o lontana. Essa supera di poco i cento anni se intesa in senso lato, ed, altrettanto di poco, se concepita in senso proprio. Non vi è traccia di infermieri nel corpus ippocratico, né risulta una figura di infermiere nell'elenco di malattie di lavoratori di Bernardino Ramazzini, dove, invece, appaiono speciali e levatrici. Si può quindi condividere la tesi che fu Florence Nightingale a porre le basi di un vero e proprio ruolo ausiliario alla competenza medica, dotato di conoscenze e pratiche specifiche, ma con una forte componente vocazionale all'assistenza o all'aiuto dell'altro”*. Il ragionamento è immediato.

L'infermiere nasce con Florence Nightingale, dato che non si possono ravvisare testimonianze specifiche al pari di quelle che riguardano, ad esempio, la levatrice. Osservazione incontrovertibile che basterebbe da sé ad orientare gli studi. E' vero però, allo stesso tempo, che molti autori, in particolare infermieri, tendono a far risalire a prima del XIX secolo, una storia professionale tutta da ricostruire: da Valerio Dimonte<sup>[2]</sup> con il suo libro *“Da servente ad infermiere”*, in cui traccia un percorso storiografico a partire dall'epoca medioevale a Bellotti e Destrebecq<sup>[3]</sup> impegnati in una ricerca di più ampio respiro prendendo in considerazione la storia occidentale dalle origini all'evo moderno. Questioni in buona parte già affrontate dagli studi di Dock e Nutting<sup>[4]</sup> o, più recenti di Donahue<sup>[5]</sup>, che assurgono ad un'interpretazione storiografica universalistica che oltrepassa lo spazio e il tempo; partono dai primordi dell'umanità e combinano lungo uno stesso percorso dati inerenti l'assistenza, la medicina, l'organizzazione ospedaliera e dei servizi. Parallelamente ai lavori di portata internazionale, meritano attenzione quelli italiani, sviluppatasi negli ultimi venti anni. Oltre quelli già citati si devono ricordare le opere di Fiume, Sironi, Siccardi, Passera, Calamandrei, Rocco e Stievano, Negrisolò ed anche i molti altri che, fra le pieghe della letteratura grigia della pubblicistica locale, pazientemente hanno contribuito alla scoperta, interpreta-

zione e definizione di nuove ed importanti risorse storiografiche. Fonti che possono essere primarie in forma scritta (documenti, riviste, resoconti, manuali, fonti legislative, annali statistici), in forma figurativa (fotografie, quadri, disegni), e come oggetti d'uso (gli strumenti propri dell'assistenza sanitaria). Materiali già in molti casi vagliati ed utilizzati da vari autori, che hanno contribuito alla costruzione di quel patrimonio di fonti secondarie composte dalla produzione letteraria fatta fino ad oggi. Alla fine l'obiettivo resta quello di rappresentare la scienza infermieristica, lungo un percorso diacronico che, direbbe Braudel, si fa di *long durèe*, con la consapevolezza, ed il timore, che alto è il rischio di perdersi in questo viaggio che attraversa, giocoforza, la storia dell'uomo. James Hutton geologo britannico del XVIII secolo, durante un Congresso della Royal Society, nella primavera del 1785, in relazione alla nascita della terra, ebbe a dire: *“Né vestigia di un inizio, né prospettive di una fine”*<sup>[6]</sup>. Difficile resistere alla tentazione di non considerare, alla stessa maniera, la storia dell'assistenza e della professione infermieristica.

Bibliografia a pag. 25

## Cura e assistenza agli albori della storia Solidarietà ed organizzazione delle conoscenze

Adelaide Nutting (1858 - 1948) (Fig. 1), professoressa di Scienze Infermieristiche presso la Columbia University, assieme alla sua assistente Lavinia Lloyd Dock (1858 - 1956), è stata la redattrice del primo manuale storico dell'Infermieristica <sup>[1]</sup> (Fig. 2). Un'opera di ampio respiro che prende in considerazione l'assistenza lungo tutto il cammino dell'umanità.



Fig. 1 - Adelaide Nutting (1858-1948), 1907

Un lavoro all'avanguardia per il suo tempo, forte di approcci multidisciplinari comprendenti Antropologia, Etologia, Medicina, Paleontologia, e che ancora oggi, a più di un secolo dalla sua pubblicazione, rappresenta un punto fermo per la storiografia di settore. All'inizio le autrici affrontano, nei primi due capitoli, il problema della cura in epoca preistorica, mettendo in evidenza come le conoscenze si fossero sviluppate su di un piano empirico, a partire dall'osservazione del comportamento degli animali. In questo citano gli studi di Berdoe, il quale già nel 1893 <sup>[2]</sup> elenca una serie di comportamenti tenuti dagli animali che, verosimilmente,

te, i primi ominidi possono aver preso in considerazione nel ricercare rimedi e cure a malanni e sintomi vari. Si va dall'abitudine di alcuni animali domestici di mangiare erba al fine di ottenere un effetto emetizzante, all'uso di leccare le proprie ed altrui ferite, con finalità antisettiche e detergenti. Viene messo in evidenza come alcuni uccelli (es. il beccaccino) abbiano la capacità di trattare piccole fratture immobilizzando le zampe lesionate in impasti ottenuti con argilla, saliva, sangue coagulato e piume, mentre risulta decisamente più drammatica la scelta dell'auto-amputazione che alcuni animali sono in grado di procurarsi per liberarsi da un arto intrappolato. In tema di lesioni il comportamento di alcuni cervi appare meno drastico, mostrando l'abitudine, di fronte a gravi ferite delle zampe, di ricercare un grande corso d'acqua dove mettere a riposare l'arto lesionato.

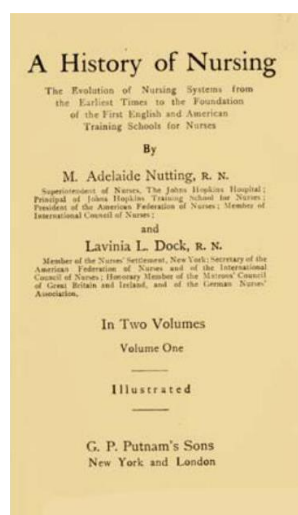


Fig. 2 - "A History of Nursing"

La stessa Nutting ricorda la peculiarità dell'organizzazione strutturale di un alveare in cui sono previsti condotti di areazione e celle in cui tenere in isolamento gli individui morti che non possono essere portati al di fuori.

Molto tempo dopo le tesi elaborate dalla Nutting, un'altra storica dell'assistenza, Patricia Donahue <sup>[3]</sup> riprende le tesi di un sapere intuitivo e imitativo mettendolo in correlazione ad elementi comunicativi e relazionali. Uno degli esempi più tipici, preso sempre dall'etologia, riguarda una pratica sociale conosciuta sotto il nome di *grooming*, l'arte dello spulciarsi a vicenda in uso tra molte specie di primati. Per molti etologi questa non solo rappresenta un'azione assistenziale, al fine di liberarsi dei parassiti infestanti, ma un mezzo di comunicazione vero e proprio, che fuoriesce dalla stretta cerchia familiare, e si rivolge a figure significative del clan, finalizzata a rinsaldare legami e relazioni, inibendo allo stesso tempo comportamenti conflittuali ed aggressivi <sup>[4]</sup> <sup>[5]</sup>, manifestando quella che, Schino e Aureli <sup>[6]</sup>, definiscono come una vera e propria forma di altruismo.

Sotto questa luce, la dimensione della cura e della salute nei nostri antenati dell'età della pietra <sup>[1]</sup> apporta un contributo ulteriore a quella Medicina che allora si caricava di valenze magico-religiose, con riti e figure (es. lo sciamano), tatuaggi e cicatrici rituali, bagni propiziatori, saune e digiuni estremi <sup>[7]</sup>. Quella presa in esame è un'epoca di cui non si ha disponibilità di fonti scritte, ma molti sono i reperti fossili e i manufatti, nonché le pitture rupestri e le sculture che aiutano a tracciare un quadro abbastanza realistico sulla concezione della salute, del corpo, della malattia e

<sup>1</sup>Il termine è un'accezione generica di una periodizzazione storica che abbraccia millenni di evoluzione e varie specie di ominidi. Riferimenti maggiormente specifici vengono evitati in questa sede per non appesantire il testo, senza che questo comporti però una erronea interpretazione dei dati presentati.

della cura. Su tutti valga l'esempio delle molte sculture denominate "veneri del Paleolitico", che rappresentano non tanto e solo un ideale di bellezza femminile fine a se stesso, ma testimoniano l'importanza della cura del corpo, dell'estetica (es. la Dama di Brassempouy in Francia) (Fig. 3) o ancor più della maternità, con una raffigurazione iperrealistica di alcune parti del corpo (natiche e seni, e per questo denominate anche Veneri steatopigie, come nel caso della Venere di Willendorf in Austria).



Fig. 3 - "Cuevas de las manos", Patagonia Museo Nazionale (particolare)

Le pitture, dal canto loro, hanno la capacità di mostrare la dimensione comunitaria delle società di cacciatori e raccoglitori di allora. Le scene di caccia o di vita quotidiana o le semplici raffigurazioni in negativo dell'impronta delle mani, come quella de *La Cueva de las manos* in Patagonia (Fig. 4), mettono in risalto un senso ritualistico di appartenenza, di lavoro collettivo, di società organizzata, solidale e mutualistica [8] [9] [10].

Le informazioni maggiori provengono poi dall'esame dei molti reperti fossili - completi o parziali - di ominidi ritrovati in diversi paesi (Shanidar in Iran, Sunghir in Russia, Brno in Repubblica Ceca, etc.), che mostrano come individui disabili - dalla nascita o dopo traumi o malattie - abbiano vissuto discretamente nonostante la loro condizione fisica. Gli esempi che qui vengono riportati riguardano ritrovamenti in par-

ticolare l'Italia e il Vietnam. Nel primo caso è riferito ad una località in cui da decenni sono presenti lavori di scavo (Romito, in Calabria), e per la precisione i resti del soggetto denominato di Romito 2 [11], il quale, affetto da una probabile displasia *acromesomelica*, è riuscito a vivere nonostante la sua disabilità e ad arrivare fino all'età di venti anni (*per quei tempi!*). Accanto al suo corpo, era presente anche quello di una donna sulla cui spalla l'uomo poggiava la testa. Forse, una sorta di omaggio funebre a funzioni assistenziali prestate. Anche i resti dello scheletro ritrovato in Vietnam [12] nella provincia di Ninh Binh parlano di una grave disabilità presente: atrofia alle braccia e alle gambe, anchilosi delle vertebre cervicali e altri segni tali da far ipotizzare agli studiosi australiani, che si sono occupati del caso, la presenza di una patologia denominata sindrome di Klippel Feil di tipo III. Colpito in età adolescenziale dalla malattia, il soggetto è riuscito a vivere, nonostante tutto, diversi anni. Entrambi i casi lasciano intendere la presenza di funzioni di cura da parte della comunità nei confronti dei disabili, che in tal modo sono riusciti a sopravvivere alla mancanza pressoché totale di una forma autonoma di sussistenza.



Fig. 4 - "La Dame de Brassempouy", d'Archeologia, Saint Germain en Laye.



## Riferimenti bibliografici

1. Nutting, M. A., & Dock, L. L. (1907). A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses (Vol. 2). GP Putnam's Sons;
2. Berdoe E. (1893) *The Origin and Growth of the Healing Art*, Swan, Sonnenschein & Co., London, 1893, p. 3 - 5
3. Donahue MP. (1988) *Nursing, an illustrated history the finest art*, Mosby Company, St, Luis, Missouri;
4. Casiddu MB, (2004) *La comunicazione animale*, in *Manuale di linguistica*, a cura di E. Savoia, De Agostini Editore, Progetto M@rte della Regione Sardegna.

Milano, p.9

5. Morris D, (1978) *Lo zoo umano*, Mondadori Editore, Milano.
6. Schino G, e Aureli F. (2009) *The relative roles of kinship and reciprocity in explaining primate altruism*, *Ecology Letters*, Blackwell Publishing Ltd/CNRS, 12: 1-6
7. Sahlins, M., & Trevisan, L. (1980). *L'economia dell'età della pietra: scarsità e abbondanza nelle società primitive*. Bompiani;
8. Grmek, M. D., & Albertini, R. (1985). *Le malattie all'alba della civiltà occidentale: ricerche sulla realtà patologica nel mondo greco preistorico, arcaico e classico*. Il Mulino.
9. Thorpe N. (2016) *The Palaeolithic compassion debate – Alternative projections of modern-day disability into the distant past*, in

Moderna, Piccin, Padova.

4. Dock, LL. e Nutting, MA. Powell L., Southwell-Wright, W., & Gowland, R. (2016). *Care in the Past: Archaeological and Interdisciplinary Perspectives*. Oxbow Books.
10. Grmek MD (1969) *Préliminaires d'une étude historique des maladies*. *Ann. E.S.C.*, 1969, 24, 1473-1483;
11. Tilley, L., & Oxenham, M. F. (2011). *Survival against the odds: Modeling the social implications of care provision to seriously disabled individuals*. *International Journal of Paleopathology*, 1(1), 35-42.
12. Tilley, L. (2015). *Survival with Severe Disability: A Case of Long-Term Care in Neolithic Vietnam (Case Study 1)*. In *Theory and Practice in the Bioarchaeology of Care* (pp. 191-218). Springer International Publishing.

*continua da pag. 20*

## Presentazione

### Riferimenti bibliografici

1. Cipolla C. (2003) *Introduzione. Verso il nursing care*. In: *La professionalità del care infermieristico, risultati della prima indagine nazionale a cura di Cipolla C. e Artoli G.*, Franco Angeli Editore,

2. Dimonte V. (2007) *Da servente a infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Cespi Editore, Torino.
3. Bellotti, GC, Destrebecq A. (2013). *Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica in Occidente Dalla Preistoria all'Età*

- (1907). *A HISTORY OF NURSING*. *AJN the American Journal of Nursing*, 7(10), 781;
5. Donahue P. (1991) *Storia illustrata dell'assistenza infermieristica*, Antonio Delfino editore, Roma
6. Barbujani Guido, Brunelli An-

drea (2018) Il giro del mondo in

## Lampade e lucerne, tra mito e quotidianità dell'assistenza infermieristica

Il 24 febbraio 1855 comparve su *The Illustrated London News* un'immagine raffigurante una esile figura di donna che ispeziona un camerone di soldati feriti. Nella mano destra reca un lume attraverso il quale osserva meglio le condizioni dei pazienti (Fig. 1). Il personaggio è Florence Nightingale e la sua opera rimbalzerà poi sulle pagine del *Times*, ad opera di John Mac Donald<sup>[1]</sup> che, sottolineerà ulteriormente l'impresa eroica dell'infermiera ricordando che, dopo aver prestato servizio durante tutta la giornata, era usata fare gli ultimi giri di visita nelle corsie con l'ausilio di una lampada.



Fig. 1 - La prima immagine di "The Lady with the lamp". Vivenel)

In poco tempo, dopo il reportage del *Times*, esploderà a livello dei media britannici una vera e propria "Florencemania" che esalterà in ogni modo il personaggio, sia per rendere omaggio al servizio sanitario prestato, sia per essere utile a dimenticare, sul piano militare, le cronache poco felici di una guerra rovinosa - quella di Crimea - che aveva visto l'umiliazione di Balaklava, il prolungarsi oltremodo della spedizione oltremare, il dover contare

sei milioni di anni, Ed. Il Mulino.

su alleati quali i Francesi (fino a pochi anni prima acerrimi nemici), i Turchi ed anche uno sparuto manipolo di soldati di un piccolo Regno del Nord Italia. L'operazione mediatica del resto si fa forte di un'immagine facile da veicolare: la donna, madre e sorella, protettrice delle afflizioni, quasi un Prometeo al femminile che grazie alla sua lampada non solo cura i pazienti, ma porta la luce della ragione, della scienza, del progresso umano in un'epoca intrisa di indiscutibile positivismo.

La lampada quindi quale simbolo comunicativo immediato legato ad un oggetto la cui presenza dominava la quotidianità del tempo: dai lampioni a petrolio a quelli di uso domestico, dai candelabri alle lucerne, alle lanterne rosse che minatori o operai delle ferrovie erano soliti appendere al di fuori delle baracche dove consumavano amori mercenari. Un oggetto carico di significati, in un mondo dove ancora l'illuminazione elettrica e pubblica era ben lontana da rendere "vivibile" ai più anche le ore notturne quando, accendere un lume nelle case del tempo significava dover lavorare fuori orario: al banco artigiano o allo scrittoio del letterato o accanto a qualche infermo, vegliando sul suo stato patologico, per valutarne un eventuale rapido peggioramento, a volte imprevisto e fatale.

Il filo della narrazione restituisce una storia, ed una prospettiva culturale del tempo - nella costruzione della figura della *Lady with the lamp* - che si carica di verosimiglianza interpretativa, si allarga ai miti perduti, dalla dea egizia della salute Sekhmet (anch'essa spesso raffigurata quale Signora della lampada), all'immaginario suscitato dal filosofo greco Diogene di Sinope che cercava l'uomo, munito ap-

punto di una lanterna. Certo è che la lampada, sotto forma di lucerna, di terracotta o di metallo, era già da millenni uno stru-

mento presente nella quotidianità degli esseri umani. Le prime lucerne ad olio si possono ritrovare negli scavi del Neolitico, e sono decisamente rozze. Quasi una foglia, ripiegata agli angoli in due lembi (Fig. 2) utili per far fuoriuscire una fiamma di luce controllata. Nel tempo dall'arte egizia a quella greca le lucerne hanno subito una certa evoluzione, munendosi di un corpo centrale, ovale o sferico, con ai lati un piccolo manico e un beccuccio per la fiamma, assumendo una forma che rimarrà pressoché immutata per millenni. Il bicorno tipico dei carabinieri del passato - ed ancora dell'alta uniforme odierna - con pennacchio centrale, era detto lucerna proprio per la sua forma somigliante.

L'arte romana, più di quella ellenistica, amava decorarle riccamente con scene di caccia o erotiche, figure di dei o di animali, e duelli fra gladiatori. Due importanti storici della Medicina, Mirko Grmek e Danielle Gourevich,<sup>[2]</sup> in un loro lavoro sulla rappresentazione artistica della Medicina nell'antichità, mettono in evidenza un reperto in cui è raffigurato un personaggio (Uomo in estasi, Fig. 3) in una posa che fa pensare ad un opistotono di cui non vengono fornite ulteriori interpretazioni anche se ci si potrebbe lasciare suggestionare da una rappresentazione artistica utile a chi si fosse trovato a vegliare un paziente febbricitante a rischio di convulsioni. Purtroppo non si hanno altri esempi di lampade con immagini legate direttamente alla salute o alla cura, ma lo strumento, come oggetto della veglia e dell'assistenza diventa di certo utile tassello per ricostruire la storia passata. Mol-

te le testimonianze da fonti scritte a tale proposito. Significativo il seguente passaggio: «... e in atteggiamento divoto e affettuoso s'avviano alle infermerie; lieve e a piè sospeso è il passo, basse le parole, vigile è l'occhio, l'orecchio attento anche al fiatar dell'infermo, bassa e appannata la lucerna che avvisa la giacitura de' sofferenti, le medicine da prendere, i guanciali e le coperte da accomodare».<sup>[3]</sup>



Fig. 2 - Lucerna bilicne, Museo Archeologico di Cagliari (foto Giordano Cotichelli)



Fig. 3 - Lucerna romana: Uomo in estasi (Compiègne Musée Antoine)

Il passo restituisce uno spaccato dell'assistenza durante le ore notturne in cui doveva essere abbastanza complesso prendersi cura dei malati in ambienti privi illuminazione. Pazienti che nel momento del bisogno, per un innalzamento della temperatura, un dolore, un brusco risveglio trovavano attorno a loro solo il buio delle camerate non illuminate, rotto dal lamento di altri malati, in un'atmosfera carica di sofferenza ed angoscia.

L'apparire di un lume, che preannunciava un intervento, una terapia, un giro di guardia routinario, di certo non poteva che risultare confortante per il sofferente. In questo la costruzione del mito della donna con la lampada risulta facile per quanto efficace. E al mito si aggiunge mito, se si ripensa alla storiografia nazionale che vuole il Capitano di ventura, Ludovico di Giovanni De' Medici, detto Giovanni delle

Bande nere, sostenere il lume per aiutare il chirurgo che gli sta amputando l'arto; in una prospettiva interpretativa dove la Medicina si fa narrazione epica di una realtà vissuta dato che la luce, utile a mostrare il campo operatorio senza zone d'ombra, è da sempre strumento imprescindibile, che chiama il professionista, chirurgo o infermiere, a gestirla correttamente, pena l'impossibilità dell'intervento, e traccia un percorso evolutivo dallo stoppino intriso d'olio che brucia fino alla lampada scialitica o la più moderna fonte di luce della laparoscopia. E rimanda, anche in questo caso, al passato, con la testimonianza, fra le molte, ad opera del Capo Chirurgo Dott. Jarrin, nel 1849, il quale, dopo la battaglia di Novara, ebbe a dire: "I pur valorosi chirurghi militari medicavano come potevano dato il difetto di materiale, strumenti e di luce: in tutto una candela che spesso doveva essere tenuta alta dal ferito in mancanza di infermieri"<sup>[4]</sup>.

Oppure, a ritroso di più di un secolo, attraverso le memorie di una religiosa che ricorda l'iniziazione all'essere infermiera in cui: «Fu questa persuasione maggiormente efficace un'altra notte, nella quale medicando alla inferma le piaghe, e non potendo per esser sola, tener la lucerna con una mano, e coll'altra medicarla, sentissi levar la lucerna, e fecele lume per il tempo nel quale medicò la inferma. E di poi, raccomandandogliela, disparve, rimanendo ella coll'anima si accesa nel desiderio di proseguire per tutta la vita nell'impiego di infermiera».<sup>[5]</sup>

Lo strumento che riesce a restituire una quotidianità assistenziale rimanda inoltre ad un quadro che supera i confini del singolo episodio, e mette in rilievo l'organizzazione del lavoro, i costi sanitari e i comportamenti degli operatori. Si legge infatti in una raccolta di leggi Parmensi del 1822: «Le spese da pagarsi dal Tesoro sono le seguenti

[...]il fuoco e il lume per gli astanti e per le Sale cliniche.»<sup>[6]</sup> Ed ancora in un manuale di infermieristica coevo, e in due diversi regolamenti ospedalieri, si può leggere: «Un buon infermiere avrà cura che le stanze dei malati non siano troppo rischiarate né dalla luce del sole, né da quella delle candele o lucerne»<sup>[7]</sup>, «Art. 18 - Il sotto Infermiere dovrà ogni notte esser di guardia per assistere gli infermi in tutti i loro bisogni, curare l'illuminazione, e somministrare i rimedj, che sono stati agli ammalati prescritti»<sup>[8]</sup>, «Art. 126 - Per l'illuminazione dei locali dello spedale, che pel servizio qualunque, saranno sempre adoperate lucerne ad olio e non mai candele. In caso di bisogno assoluto il direttore ne potrà consegnare all'infermiere quella.»<sup>[9]</sup>

Come non pensare alle lunghe notti di veglia, alla stanchezza, alla solitudine, dei pazienti e dei professionisti. Fino agli anni '20 del secolo scorso, in molti ospedali i turni degli infermieri in certi casi potevano coprire le 29 ore di guardia senza un giorno di riposo<sup>[10]</sup>. In un panorama di pre-

carietà assistenziale e lavorativa, nonché sanitaria, in cui molto facilmente sciatteria e malavoglia potevano far saltare qualche giro di ispezione, reso ulteriormente sgradito dal percorrere lunghi corridoi ospedalieri alla tenue luce di una lucerna, magari scarsamente alimentata per “risparmiare” sui costi. Ed oltremodo rimanda alla difficoltà nel vegliare un paziente, o un parente, in condizioni pressoché di oscurità dove comunque si doveva essere in grado di poter osservare e valutare in maniera utile lo stato di salute dell’assistito. Quasi un profondo moto di compassione professionale sale su dall’animo, generando un senso di partecipazione e solidarietà con il collega del passato. Nella quotidianità attuale la luce continua ad essere uno strumento di assistenza e di cura, in ambiti e sotto forme decisamente diversificate ed evolute, e per il semplice giro di ispezione, alla vetusta lucerna o candela, si è alternata la torcia portatile, anche nella versione aggiornata di semplice applicazione di uno smartphone. Alla modernità degli strumenti e delle innovazioni, resta legato il filo della continuità del gesto e del sentire della professione assistenziale e di cura accanto al bisognoso in piena notte.

L’attenzione e la premura, la capacità di gestire le proprie conoscenze e la dimensione relazionale, dal villaggio neolitico alla domus romana, dall’accampamento militare alla cella di un ospedale medioevale, alla corsia moderna, ben restituisce il mito attraverso una quotidianità che rimanda alla britannica Lady with the lamp, e alla relativa iconografia (Fig. 4), che caratterizza un po’ tutto l’associazionismo professionale a livello internazionale, ma ancora più lega ogni infermiere ai tanti colleghi sconosciuti persi nelle pieghe del tempo, o delle notti di veglia, ma non in quelle della disciplina e



Fig. 4 - La lampada nell'iconografia infermieristica italiana ed internazionale (foto Giordano Cotichelli)

### Riferimenti bibliografici

1. Farmer, A. (2015). *Access to History: The British Experience of Warfare 1790-1918 Second Edition*. Hachette UK
2. Grmek, M. D., e Gourevitch, D. (2000). *Le malattie nell'arte antica*. Giunti Editore.
3. Bresciani, Padre Camillo Cesare (1855), Vita di Don Pietro Leonardi, sacerdote veronese missionario apostolico, fondatore della congregazione delle figlie di Gesù, Tipografia Antonio Frizziero, Verona, pag. 37.
4. Rocco G, Cipolla C, e Stievano A. (2015). *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*. Franco Angeli.
5. Anonimo, (1727) Vite di molte venerabili madri Carmelitane Scalze, e discepolo di S. Teresa, Venezia, pag. 135.
6. AA.VV. (1822) Raccolta Generale delle leggi per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, Tipografia Ducale, Parma, pag. 53;
7. Rusca e, (1833) Manuale dell'infermiere ossia istruzione di assistere i malati, coi Tipi di Paolo Andrea Molina, Milano, pag. 39;
8. AA. VV. (1845) Statuti per lo servizio interno de lo Spedale civico di Palermo, Stamperia Demetrio Barcellona, Palermo, pag. 164
9. AA.VV. (1852) Raccolta Generale per le leggi degli stati Parmensi, Tipografia Reale, Parma, pag. 359
10. Baccarani U. (1909) Infermieri e infermiere, Modena, Società Tipografica Modenese, 1909, p.57.

## La dimensione etimologica dell'assistenza infermieristica

Il *Vocabolario siciliano etimologico, italiano e latino* scritto dall'abate Michele Pasqualino del 1786

<sup>[1]</sup> in Palermo non è la prima fonte storica che si possa immaginare di prendere in considerazione per una breve ricerca sull'origine del termine infermiere, ciò nonostante offre il seguente passaggio interessante rispetto al termine infermiere: «... che ha cura degli infermi, infermiere, valetudinarii praefectus. Da infirmus ...». Spiegazione che mostra contemporaneamente sia la derivazione latina del termine sia la sua traduzione in latino, da cui appare come l'infermiere potesse ricoprire ruoli apicali (*praefectus*) nel mondo romano, ed in particolare in quello dei *valetudinaria*, ospedali nati in primo luogo per l'assistenza militare e poi estesi ad usi civili. Il dato di rilievo però è quello relativo al fatto che il termine infermiere, in epoca classica, fosse tradotto da *valetudinaria praefectus*, parola diversa dalla radice etimologica originaria di *infirmus*. Nulla di strano, dato che nel mondo classico diversi erano i vocaboli usati per indicare chi svolgeva pratiche assistenziali.

<sup>[2]</sup> C'erano i *frictiores*, i *vulnerari*, gli *unguentari*, di cui si intuiscono facilmente i compiti. E c'erano anche i *capsari* <sup>[2]</sup>, legionari dotati di un contenitore cilindrico (denominato appunto *capsa*), contenente bende e fasce, impiegati nell'assistenza dei feriti sul campo di battaglia <sup>[3]</sup>. Successivamente, al mondo romano, anche l'Impero bizantino registra, con lo sviluppo di istituzioni di cura stabili (*nosocomios*), già a partire dal IV secolo d.C. la presenza di personale sanitario strutturato: amministratori (*xenodocoi*), medici (*iatroi* e *archiatroi*), levatrici (*iatrine*), infermieri maschi e femmine (*hypourgoi* e *hypourgisses*), portanti (*hyperetai*) <sup>[4][5]</sup>.

Con l'affacciarsi del mondo medioevale si aggiungeranno altre figure quali i parabolani o le beghine e i begardi fiamminghi, diaconi e diaconesse, i rappresentanti di vari ordini cavallereschi dai più noti Ospitalieri ai Lazariti, ai Cruciferi; ed ancora i terziari, gli alessiani, le oblate, fino ai samaritani e ai semplici serventi o ai successivi monatti di manzoniana memoria definiti "infermieri degli appestati". Ognuno di questi esplicava in maniera più o meno simile compiti di cura o di assistenza. Il Medioevo è un'epoca in cui si ha notizia anche della presenza di corporazioni infermieristiche <sup>[6]</sup> con del personale di supporto assimilabile ai moderni OSS, detti *parasokomoi* <sup>[7]</sup>.

Un quadro abbastanza ampio e variegato, come i termini presentati i quali però vedono affiancarsi, a partire dall'Alto Medioevo, il sostantivo che sarà destinato a restare e ad assumere il significato generale di tutti quelli rappresentati fino ad allora: infermiere appunto, derivato, come accennato dal motto latino usato per indicare colui che non è fermo nella sua persona, che è fragile, caduco, malato. Sul piano prettamente linguistico dal termine *infirmus* si produrrà nel tempo un processo di costruzione di altre parole, attraverso un meccanismo chiamato di *affissazione* il quale comporta, dato un termine base e attraverso l'aggiunta di un affisso (prefisso, suffisso o infisso che sia) la nascita di nuove parole. Va detto che il significato del termine *infirmus* era abbastanza ampio allora, dato che designava sia le condizioni di salute precaria sia, accompagnato di preferenza al termine *pauper* (povero) un'accezione più ampia che prendesse in considerazione la stessa condizione socio-economica. Da un termine che designa una condizione di bi-

sogno verrà poi designato progressivamente il luogo in cui si presterà la cura (*infirmarium*, in seguito infermeria), poi la professione e la dottrina relativa, lasciando inattuata la definizione di un verbo vero e proprio, fatta eccezione di rare apparizioni in testi del XVI secolo, in cui si trova il termine *infermierato*, quasi un participio passato usato come sinonimo di praticantato o tirocinio assistenziale. Ciò non accadrà per un'altra parola, sempre di origine latina (*nutrix*), che seguirà però altri percorsi linguistici, relativa al termine *nurse* da cui si avrà la formazione anche del relativo verbo (Fig.1).

La precisazione data è utile al fine di poter cogliere meglio il percorso, non sempre lineare, dell'evoluzione etimologica. Una delle prime rilevazioni del termine, strettamente correlato alla condizione di bisogno, si può ritrovare nel testo della Regola di San Benedetto da Norcia del 534, al capitolo XXXVI: *De infirmis fratribus*, in relazione alle necessità dei religiosi in condizione di malattia, dove, nello specifico del settimo capoverso: «*Quibus fratribus infirmis sit cella super se deputata et servitor timens Deum et diligens ac sollicitus*» viene specificato come i bisognosi (*fratribus infirmis*) debbano contare sulla esistenza di un luogo (*cella*) e di una figura (*servitor*) deputati alla loro assistenza. Due elementi che nel tempo diventeranno le parole *infirmarium* e infermiere.

Nel 820, presso il convento di San Gallo l'*infirmarium* è una struttura dotata di una sala di degenza, locali di deposito e giardino all'aperto per la coltivazione delle piante medicinali <sup>[8]</sup>.

L'*infirmarium* poteva indicare altresì il luogo deputato all'assistenza dei malati gravi (*cubiculum valde infirmarum*). Giuseppe La Farina nel suo libro sull'Italia e i suoi monumenti <sup>[9]</sup>, cita lo sta-

tuto del Monastero di Bobbio del 833 in cui si parla della presenza di infermieri. Se questi però già vengano designati con il termine specifico non è dato sapere.

tempo, nella lingua inglese, il termine *infirmier* continuerà ad essere usato in maniera parallela, in particolar modo per indicare i professionisti italiani o francesi, lasciando comunque intatta la

leggere l'assistenza: il primo parla di una prossimità che si realizza nel prendere in considerazione l'instabilità, la fragilità, del malato ponendosi al suo fianco, data l'accezione etimologica del termine assistenza (*ad-sistere*), sedersi accanto. L'altro mostra una lettura che vuole compensare uno stato carenziale dove l'assistenza "nutre", fornisce risorse. Due accezioni linguistiche che mostrano aspetti complementari di una stessa dottrina, che possiamo ravvisare, per non correre in un'ottica troppo "latino-centrica", anche nella definizione di altre lingue europee, in particolare quelle di derivazione dal ceppo slavo e quelle germaniche (esclusa, ovviamente l'inglese), come si può trarre schematicamente dalla tabella n.1.

Lo schema presentato è indicativo di come molte lingue europee



Fig. 1 - Ricostruzione di una sala di degenza nella Sacra Infermeria dell'Ordine degli Ospitalieri presso La Valletta, Malta (Giordano Cotichelli, 2014)

Ci si trova dunque in pieno sviluppo di quella che alcuni hanno definito come *medicina monastica*, e le prime testimonianze certe dell'uso di un sostantivo simile al termine infermiere si hanno attorno l'anno 1398 nei testi di lingua francese (*infirmier*)<sup>[10]</sup>, strettamente correlato alla parola *enfermier* di cui si registra la comparsa attorno al 1288, affiancandosi ad un simile vocabolo spagnolo in uso di cui si trova traccia nei documenti dell'Ordine di Santiago, nel 1306, dove si parla di alcuni suoi affiliati sono scelti ad assolvere ufficio di *enfermero*<sup>[11]</sup>. Lentamente la parola infermiere, nelle sue varie accezioni linguistiche di derivazione dal volgare si fa strada nei secoli successivi vedendo aumentare le testimonianze scritte in merito tra il XVI e il XVIII secolo<sup>[12]</sup>, assumendo così in epoca moderna la centralità lessicale che ancora conserva, in particolar modo nelle lingue neolatine, ma non solo. Se si farà strada nei secoli la parola *nurse* - in reazione alla cesura culturale conseguente la riforma protestante - per molto

Infermiere	italiano	Krankenpfleger	tedesco
Enfermera	spagnolo	Pielęgniarka	polacco
Enfermeira	portoghese	Zdravotná sestra	slovacco
Enfermeira	galiziano	Zdravotní sestra	ceco
Infermer	catalano	Медицинская сестра	russo
Infirmière	francese	Медицинска сестра	serbo
Infirmier	maltese	Medicinska sestra	croato
Infermiere	albanese	Medicinska sestra	sloveno
Infirmieră	rumeno	Медсестра	ucraino
Verpleegkundige	olandese	Медицинска сестра	macedone
Sygeplejerske	danese	Медсястра	bielorosso
Sykepleier	norvegese	Медицинска сестра	bulgaro
Sjuksköterska	svedese	Medicīnas māsa	lettone
Sjukskötare	finlandese	Nurse	inglese

Tabella 1: La parola infermiera nelle principali lingue europee (Cotichelli 2016)

presenza di *infirmery* che ancora oggi designa il luogo specifico delle cure assistenziali, specie in ambito militare. L'affermazione del termine *nurse* si avrà maggiormente con la divulgazione dell'opera di Florence Nightingale, anche se in alcuni casi (*wet nurse* e *nursery*) continuerà ad essere legata al suo significato originale proprio della funzione di nutrimento e cura dei neonati.

A questo punto è chiaro come le due parole, infermiere e nurse, apportino due diversi modi di

abbiano la radice semantica comune della parola infermiera. Fatta eccezione per il finlandese e il lettone, le lingue considerate fanno riferimento a tre grandi gruppi linguistici: germanico, slavo e latino<sup>2</sup><sup>[13]</sup>, in cui si possono trovare diversi modi di intendere la parola/funzione infermiera: a) sorella (*sestra*) nella

<sup>2</sup> Non c'è una concordanza fra vari autori nella classificazione del gruppo linguistico facente capo alle lingue cosiddette "neolatine", alcuni le classificano come gruppo latino, altri italico, altri ancora italico-celtico, o lingue romanze.

medicina, riferita alle lingue slave; b) cura (*pleje*) della malattia (*syge* o *krankheit*) nelle lingue germaniche cui si accosta anche il polacco (*pielęgniarka*); c) il termine infermiera nella sua declinazione delle varie lingue neolatine; d) il termine isolato – come lingua germanica – relativo alla parola nurse.

Differenti espressioni e significati linguistici che connotano una stessa professione e che sottolineano ulteriormente, sul piano etimologico, il percorso di maturazione seguito nel tempo, dalla fine dell'Impero romano al Mondo cristiano medioevale, alla rottura dello stesso con la riforma protestante fino all'affermazione della visione tecno-scientifica dell'Era contemporanea. Senza dimenticare le molte accezioni gergali o letterarie (i citati monatti) che si sono susseguite nei vari territori, ricordando fuggacemente i termini dialettali padovani di *netesin* e toscano di *pappini*, che rimandano direttamente a compiti precisi e funzioni assistenziali (pulire e nutrire) considerate però degradanti. Alla fine, il breve viaggio etimologico fatto può risultare come

una ulteriore testimonianza del percorso evolutivo non solo dell'infermieristica, ma di come questa rappresenti un utile indicatore dei cambiamenti della società umana che ha visto lo sviluppo dell'arte assistenziale in ambiti e termini strettamente correlati alle condizioni socio-economiche dei contesti di riferimento.

### Riferimenti bibliografici

1. Pasqualino, M. (1786). *Vocabolario Siciliano etimologico, Italiano e Latino*, Vol. 2, Reale Stamperia, Palermo pag. 327.
2. Celeri Bellotti G. e Destrebecq AL. (2013) *Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica in Occidente. Dalla Preistoria all'età moderna*, Piccin Editore, Milano, pp. 384.
3. Sterpellone L. (2004) *I grandi della Medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita* Donzelli edizioni, Roma, p. 1 – 263, pag. 49.
4. Cittadini A, e Braccini L. (2014) *La Chirurgia a Bisanzio*, Porphyra n. 21, anno XI, ISSN 2240-5240, pag. 52.
4. Bravo, C. M. (2011). *Bizancio fermo: panorámica de la medicina*

5. *en los primeros siglos del imperio. Historias del Orbis Terrarum*, (6), 29-45.
6. Eco U. (2010). *Il Medioevo: barbari, cristiani, musulmani* (Vol. 1). Encyclomedia Publishers, p. 357.
7. Kourkouta L, Plati, P, & Ouzounakis P. (2012). The meaning of the nursing in Byzantium. *Medicine and health care*, 1, 7, pag. 176 e 177.
8. Cosmacini, Giorgio. *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Vol. 212. GLF editori Laterza, 2001, p. 127.
9. La Farina G. (1842) *L'Italia con i suoi monumenti, le sue rimembranze, i suoi costumi*, Luigi Bardi - Firenze; pag. 236.
10. AA.VV. (1398) *Trésor des Chartres du Comté de Rethel*, IV, 268, 3 d'apr. RUNK., p. 45.
11. Sam Conedera, SJ. (2015). *Ecclesiastical Knights: The Military Orders in Castile, 1150-1330*. Fordham University Press.
12. Chieppi M. (2014) *Infermiere e Nurse: dall'etimologia delle parole al ruolo di una professione. Un primato conteso tra Italia e Inghilterra*, Rivista Infermiere pavia, Ipasvi Pavia, pp. 19 – 25.
13. Malherbe M. (1984) *I linguaggi dell'umanità*. Sugarco Edizioni, Milano, pp. 387.

## L'arte classica come fonte storiografica dell'assistenza e della cura

In uno specchio etrusco del V secolo A.C. (Fig. 1) è raffigurata la scena del bendaggio di una ferita. Due i soggetti: uno, a sinistra dell'osservatore, è intento nel fasciare un dito dell'altro personaggio che appare come un guerriero. Uno sguardo veloce e superficiale potrebbe far pensare alla figurazione di un infermiere della sanità militare del tempo che medica un soldato ferito, mentre in realtà non è altro che il disegno di un passaggio dell'Iliade (v. 95 -113), dove Stenelo viene chiamato dall'amico Diomede a togliergli una freccia dalla spalla. Stenelo è un auriga, un conduttore del carro da battaglia nell'antichità e, anche se si presta a bendare la ferita del suo compagno d'arme, ha poco a che fare con le pratiche sanitarie.

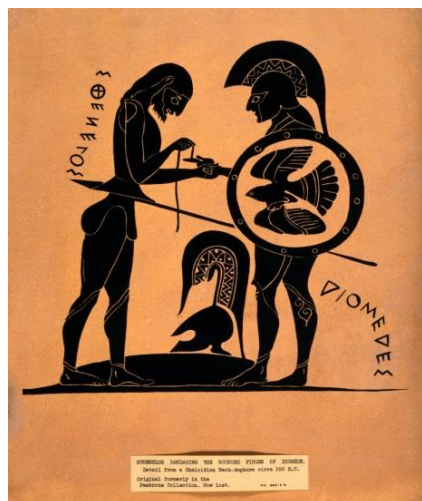


Fig. 1 - Stenelo benda il dito di Diomede, specchio etrusco V sec. A.C.

La scena appare quasi con un significato allegorico - un dito fasciato al posto del braccio - pur conservando il merito di suggerire una interpretazione articolata che parla del contesto in cui si svolge la scena, quello di un campo di battaglia, dove Diomede continua a mantenere in mano, seppur ferito, lancia e scudo e a calzare l'elmo di protezione al contrario di Stenelo che lo ha tolto per poter accudire l'amico.

Di tutt'altro genere invece è l'immagine presente in uno *skiphos* (bicchiere a due manici) del 440 a.C. in cui si vede la vecchia balia Euriclea che, mentre sta lavando il piede ad un ospite sconosciuto, vi riconosce il suo Ulisse, grazie alla cicatrice procurata nel passato da un cinghiale. In entrambe le scene viene mostrato un senso di prossimità e di cura, attenzione relazionale e risposta ad un bisogno in una sorta di micro-universo arcaico dell'assistenza in cui però si presentano due distinti contesti di riferimento: il primo legato al mondo militare, l'altro a quello domestico. Entrambi strettamente correlati ad una lettura di genere dell'assistenza abbastanza rigida di cui l'arte classica, greca e romana, offre una moltitudine di fonti di indubbia utilità storiografica.

Sul piano militare storie e rappresentazioni di combattimenti ed eventi bellici si accompagnano puntualmente a raffigurazioni di compagni d'arme feriti, soccorsi, curati e bendati. Alcuni riferimenti, a titolo meramente semplificativo, si uniscono alla testimonianza del bendaggio di Stenelo. Si può ritrovare così una medesima scena che vede come protagonisti questa volta Achille che benda l'amico Patroclo ferito ad un braccio, così come è dipinto in una coppa (*kylix*) del VI secolo, conservata al Staatliche Museen di Berlino. E sempre Achille compare poi in un bassorilievo ad Ercolano in cui, secondo la ritualità della magia simpatica (solo chi ha procurato una lesione può farla guarire), cura Telefo, figlio di Eracle<sup>[1]</sup>, precedentemente ferito da lui stesso. Al Museo Archeologico Nazionale di Napoli è conservato un affresco in cui si vede uno stoico Enea curato da Iapige, il quale gli estrae una freccia dalla coscia. Infine, rimanendo sempre all'età

classica, ma nel mondo romano, nella sequenza circolare della colonna traiana, relativa alla campagna contro i Daci (101 - 106), si possono notare ad un certo punto tre figure intente a medicare due commilitoni feriti. Difficile stabilire se siano medici o infermieri. Del resto se le fonti artistiche del mondo classico offrono molti spunti di analisi della vita e delle conoscenze di allora, riuscire a codificare figure e professionalità, competenze e saperi, relativi al mondo sanitario, risulta arduo senza rischiare forzature interpretative controproducenti.

Il mondo sanitario in epoca classica è popolato di ben definite figure professionali come medici, chirurghi, infermieri, levatrici, ed altre, le quali però convivono, a volte si confondono e si sovrappongono, con tutta una realtà composita fatta di guaritori ed erbuari, balie ed etere, sacerdoti e discepoli, serventi e schiave, ed una pletera di ciarlatani sempre in agguato. In tutto questo diventa quasi un percorso forzato la chiave interpretativa di genere che riconduce a due contesti assistenziali ben definiti: quello militare e quello domestico e comunitario, di cui l'arte classica ci rimanda immagini utili per la conoscenza del panorama sanitario del tempo. Lo storico Shyrock<sup>[2]</sup> afferma che la presenza delle donne all'interno delle professioni di cura era consentita solo riguardo al ruolo di bambinaie, levatrici, e balie dato che, nella società greca, non era concesso loro di praticare alcuna arte. Il contesto domestico diventa così lo sfondo di quelle pratiche assistenziali sostenute dalle donne. Molte le scene di allattamento, assistenza al parto, tagli cesarei o di semplice accudimento e risposta a bisogni "generici". Sempre in un *kylix*, di origine attica, attribuibile all'artista Brygos, databile attorno al 480 a.C. (conser-



vato presso il Martin von Wagner Museum di Wurzburg), viene rappresentata una figura femminile (una *hetaira*, una sorta di cortigiana personale) che assiste un individuo che sta vomitando, sorreggendogli il capo (Fig. 2).



Fig. 2 - Kylix attico, 480 a.C., Martin von Wagner Museum di Wurzburg

Di rilievo invece quei manufatti che riescono a mostrare figure e scene che vanno oltre la semplice azione del singolo personaggio o professionista, restituendo un respiro maggiore al quadro interpretativo. In questo, è il caso esemplare dell'ariballo di Peytel conservato al Louvre di Parigi<sup>[3]</sup> e databile attorno al 470 - 480 a.C. circa (Fig. 3). L'ariballo è un vaso proprio del mondo antico, di circa 7 - 8 cm di diametro, utilizzato in genere per contenere olii o unguenti di sorta. Quello conservato nel museo parigino ha la proprietà di rappresentare una "giornata media" all'interno di un ambulatorio medico (*iatreion*) del tempo.



Fig. 3 - Ariballo di Peytel, Museo del Louvre

Sulla sua superficie si distinguono sette figure in totale, più due angeli posti sulla spalla del vaso,

probabilmente quali intermediari simbolici del favore degli dei. La figura principale è quella di un medico, o comunque di un guaritore, intento a praticare un salasso verso un paziente posto accanto ad un bacile in cui verrà raccolto il sangue. In alto dominano alcune "coppette", utili strumenti di regolazione dei fluidi, secondo la medicina ippocratica del tempo. La terza figura è quella di un individuo seduto, appoggiato ad un bastone e in attesa del suo turno; mostra una fasciatura a croce ad un braccio. Seguono altri soggetti, chi con altre fasciature (evidenziate dal colore bianco), al petto e alla cavigliola, e chi sembra poi portatore di eruzioni cutanee a livello addominale intento a discutere con un altro personaggio, un nano (probabilmente affetto da acondroplasia), nudo, con segni di infibulazione maschile, e che reca sulle spalle una lepre. Alcuni hanno interpretato questa figura come l'aiutante del medico stesso che riceve il pagamento in natura - la lepre appunto - per la visita da effettuare. Altri vi ravvisano un semplice paziente che porta con se la lepre per pagare egli stesso la prestazione.

A queste interpretazioni se ne può aggiungere una terza. I due soggetti in esame sono pazienti che stanno discutendo fra loro. La figura più alta presenta delle manifestazioni cutanee nell'addome che mostra al nano scoprendole in parte dalle fasciature con la mano sinistra, da cui penzola un lembo di benda.

Il nano per conto suo presenta le stesse lesioni in maniera più diffusa. Non è facile capire che tipo di lesioni siano, ma la rappresentazione pittorica riportata sulla cute di entrambe le figure sembrerebbe rispondere al rilievo generico fatto da due autori, Wickkiser e Dasen<sup>[4] [5] [6]</sup>, sulla presenza di *skin irritations* raffigurate nel vaso.

A queste considerazioni se ne

può aggiungere una ulteriore legata alla presenza degli stessi segni sull'addome dell'animale morto portato in spalla dal nano; quasi ad indicare in maniera molto stilizzata la possibile presenza di un'antro-pozoonosi? Difficile affermarlo anche se l'idea può risultare abbastanza suggestiva, e le conseguenti ipotesi cliniche possibili molteplici. Una su tutte, a titolo meramente esemplificativo, potrebbe riferirsi ad una malattia causata da *microsporium canis*, che interessa cani e gatti, ma anche conigli e animali selvatici. Oltre quanto scritto nulla di più si può affermare restando comunque nell'ambito di un'ipotesi affascinante, quest'ultima riportata, che rischia però di lasciarsi suggestionare, forse, da ciò che in realtà non è altro che la banale rappresentazione grafica del vello di due personaggi.

Ad ogni modo l'ariballo di Peytel si rivela una importante fonte storiografica del mondo sanitario classico. Da un lato può rappresentare la testimonianza della quotidianità di un ambulatorio medico, dall'altro però non va dimenticato che esso resta comunque un manufatto con la funzione precisa di contenitore di sostanze medicamentose: essenze, unguenti, oli o che altro, e come ogni buon contenitore di medicinali può riportare sulla superficie esterna le indicazioni d'uso che possono riferirsi, come in questo caso, a lesioni cutanee da taglio (flebotomia), ustioni ed ematomi (da coppettazione)<sup>[7]</sup>, lesioni di varia natura per cui è previsto un bendaggio oppure, ecco ritornare le suggestioni interpretative, eruzioni da contagio animale; importanti in una società arcaica, agricola e pastorale dell'Europa del Sud dove alcune patologie da dermatofita potevano diffondersi maggiormente. Un contenitore di medicinali quindi, utili anche per quelle persone più fragili, rap-

presentate in maniera un po' rudimentale dalla deformità nuda del nano.

L'ariballo di per sé è un contenitore abbastanza piccolo e bombato, che molto spesso assumeva la forma di un animale in termini simbolici e propiziatori, perché dunque non riprodurre anche in forma pittorica un ambiente sanitario assieme alle sue garanzie di professionalità, correlate all'immagine della figura medica, dei suoi strumenti ordinati (le coppette e il bacile) e di colui che potrebbe essere interpretato come un assistente, un infermiere, identificabile nella settima figura, posta alle spalle del medico. Immagini che contribuiscono a costruire la bellezza e l'importanza dell'oggetto, e a specificarne la funzione più di semplici iscrizioni, risultando così alla portata interpretativa di tutti. E' bene fermarsi qui e non invadere campi di interesse e di studio altrui, però quello descritto resta un quadro affascinante,

forse un po' troppo, che ha l'indubbio merito di chiamare il professionista alla lettura articolata del passato in funzione del presente, come affermava lo storico francese Marc Bloch<sup>[8]</sup>, per un presente in funzione del passato, al fine di ricostruire una memoria collettiva, frutto di un lavoro di raccolta continua di informazioni funzionali a definire sempre più in maniera nitida il mosaico della storia passata dell'umanità e, nello specifico, dell'arte medica ed assistenziale.

#### Riferimenti bibliografici

1. Ghiretti, G. (2010). Luoghi e strumenti della professione medica antica. La testimonianza dei papiri greci d'Egitto.
2. Shryock, R. H. (1959). The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved. Saunders [3]

3. Département des Antiquités Grecques Musée du Louvre, & Denoyelle, M. (1994). Chefs-d'oeuvre de la céramique grecque dans les collections du Louvre. M. C. Bianchini (Ed.). Réunion des musées nationaux
4. Wickkiser, B. L. (2008). Asklepios, medicine, and the politics of healing in fifth-century Greece: between craft and cult. JHU Press
4. Wickkiser, B.L..(2003) The Appeal of Asklepios and the Politics of Healing in the Greco-Roman World, pag. 26
5. Dasen, V. (2013). Dwarfs in ancient Egypt and Greece. Oxford University Press on Demand
6. Krötzl, C, Mustakallio, K. (2016). Infirmary in Antiquity and the Middle Ages: Social and Cultural Approaches to Health, Weakness and Care. Routledge
7. Bloch, M. (1998). Apologia della storia o Mestiere di storico, Einaudi, Torino

## Dai manuali di una pratica empirica alle diagnosi infermieristiche

### La trasmissione e codificazione del sapere assistenziale

Il 25 maggio scorso<sup>33</sup> si è tenuta a Padova la 3<sup>a</sup> Conferenza nazionale sulla tassonomia Nic, Noc e Nanda con una partecipazione di circa 300 infermieri provenienti da varie parti d'Italia (43 dalle Marche) e afferenti a differenti aree di impiego: formazione, direzione, clinica, assistenza territoriale, ricerca. Diversi gli ospiti di rilievo in rappresentanza della professione, fra i quali: Marisa Cantarelli, che ha aperto i lavori con una sua *lectio magistralis* sulla disciplina infermieristica; Edoardo Manzoni sul legame intrinseco fra l'epistemologia della disciplina e il simbolismo del suo linguaggio scientifico; Beatrice Mazzoleni, segretaria della Federazione Nazionale dei Collegi Ispavi, la quale ha illustrato il lavoro portato avanti dalla federazione al fine di dare una dimensione dinamica ai linguaggi standardizzati, non solo riguardo quelli della tassonomia NNN, ma anche rispetto a quelli realizzati dall'ICN (International Council of Nurse), il quale, in un lavoro ampio di equipe transnazionale ha sviluppato in questi anni l'ICNP (International classification for nurses practice).

Al di là del suo portato intrinseco, la giornata assume il peso di una testimonianza importante per la stessa dimensione identitaria della professione. Nei fatti una tassonomia degli interventi assistenziali segna la strutturazione di un sapere che si proietta verso il futuro, raccogliendo l'eredità del passato e della pratica del presente in una valutazione continua di applicabilità delle teorie infermieristiche. Qualcosa che però appartiene alla professione da più tempo di quanto non si creda, ancor prima della stessa pubblicazione di No

tes of nursing nel XIX secolo ad opera di Florence Nightingale, quando già in età moderna inizia a farsi strada una nuova concezione della Scienza Medica e di conseguenza anche della pratica assistenziale.

In merito la storia della manualistica infermieristica è tutta da scrivere e da indagare. Uno tra i riferimenti più remoti è rappresentato dalla raccolta di testi ad opera di Trotula de Ruggiero (Fig.1), che la tradizione vuole legata alla Scuola delle mulieres salernitanae, donne esperte che derivavano le loro conoscenze in misura maggiore dalla tradizione da guaritrici, erbuarie, levatrici e infermiere.



Fig. 1 - La Maga, olio su tela (61 x 51), 1911, di John William Waterhouse. Ritratto associato in molti testi alla figura di Trotula de Ruggiero.

I testi di maggior rilievo erano il *De passionibus Mulierum Curandarum* - (noto come Trotula major) con indicazioni in tema di ostetricia, controllo delle nascite, sessualità, infertilità, e il *De Ornatu Mulierum* (noto come Trotula minor) riguardante trattamenti cosmetici e curativi della pelle. Sull'identità di chi fosse Trotula, più autori hanno sollevato interrogativi, evidenziando che il nome di Trotula era un appellativo molto comune al tempo (XI secolo) e quindi potrebbe essere più uno pseudonimo comprensivo dell'identità di più autrici [1] [2].

I lavori maggiormente di rilievo si ritrovano qualche secolo più

tardi, prodotti tra la fine dell'Evo Moderno e l'inizio dell'Età Contemporanea. Per la precisione nel XVII secolo comincia a farsi strada una visione nuova dell'Ospedale, non più inteso come semplice luogo di rifugio ed accoglienza, ma come vera e propria fabbrica della salute [3], in cui, come ricorda il medico ed economista inglese del tempo, William Petty (1623 - 1685): "Si potranno soccorrere qui (cioè in ospedale) 1000 persone con una spesa minore di quella necessaria per 100" [4].

In questo la figura dell'infermiere diventa sempre più oggetto di precetti, corsi, indicazioni e istruzioni di vario tipo con mansioni sempre più definite. Interessante ciò che si ritrova nel regolamento del 1687 dell'Ospedale Maggiore di Milano (Fig. 2): "ai serventi viene fatto obbligo che siano iscritti alla scuola di anatomia e non possano ottenere promozioni se non l'abbiano frequentata con assiduità e profitto e che non sia nominato servente chi non sappia leggere e scrivere", ricordando, ad esempio, l'importanza del: rifare i letti non solo al mattino ma anche alla sera e profumare le infermerie ogni mattina con essenza di ginepro. [5].



Fig. 2 - Il cortile dell'Ospedale Maggiore di Milano, nel quadro "Festa del Perdono e vita ospedaliera" di Anonimo milanese del XVII secolo, olio su tela, cm 194x344.

In questo si capisce l'inizio della comparsa di manuali riportanti nozioni e istruzioni di pratica in-

<sup>33</sup> Il riferimento è per l'anno 2016

fermieristica. In merito è interessante la testimonianza della analisi fatta di testi del tempo a cura di Filippo Festini e Angela del Nigro I due autori iniziano con il testo *La pratica dell'infermiere* di Frà Francesco Dal Bosco (Fig.3), pubblicato postumo per la prima volta nel 1664 (con ristampe continue fino al 1702 e fonte di ispirazione ulteriore ancora nel XIX secolo), e suddiviso in sei capitoli riguardanti vari argomenti fra cui la valutazione del polso, le urine, sangue, le tecniche per il salasso, le affezioni dell'anima, il sonno, la veglia, l'alimentazione e l'eliminazione.



Fig. 3 - Frontespizio del manuale di Frà Francesco Dal Bosco, nell'edizione del 1664.

Il secondo testo preso in considerazione è *L'infermiere istruito*, scritto dal medico napoletano Filippo Baldini nel 1790 e composto di 152 pagine in cui si prendono in considerazione vari argomenti suddivisi in capitoli fra cui si ricordano: la qualità degli infermieri, il regolamento degli ammalati, il governo dei malati (aria, pulizia, letti, gli alimenti, l'esercizio, il sonno, le passioni d'animo, i medicamenti, i bagni), la cura dei malati (le febbri, le infiammazioni, le convulsioni, gli svenimenti, le morti apparenti, il dolore, le emorragie), il regime delle partorienti, la farmacia. Il Baldini oltre le indicazioni di tipo pratico, sottolinea come il lavoro

degli infermieri debba essere esercitato quale una vera e propria arte dato che: "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" [7]. Oltre le due opere citate se ne ritrovano molte altre minori, redatte all'interno del micro-mondo degli ospedali di provincia (Napoli, Milano, Venezia, Pesaro, Palermo, Firenze, Roma) o relative ai regolamenti militari che forniscono indicazioni, informazioni, raccomandazioni, e conoscenze di vario tipo, lungo una visione professionale ancora abbastanza semplicistica e sintetizzabile dal pensiero che Giovanni Dansi [8] esternava nella sua dissertazione fatta in Pavia per il Dottorato in Medicina, in cui raccomanda per la centralità dei diversi aspetti della carità e dell'istruzione e la necessità di una formazione e conservazione dei buoni infermieri. Con l'inizio dell'era moderna si ricordano altri due manuali importanti presi in considerazione dal lavoro di Festini e Nigro, redatti rispettivamente nel 1833 da Ernesto Rusca e nel 1846 da Giuseppe Cattaneo dove l'obiettivo pedagogico di formare un professionista moderno al passo con i tempi è ulteriormente sviluppato,<sup>4</sup> in linea con quel percorso di crescita che verrà ulteriormente codificato da

<sup>4</sup> I titoli di riferimento dei due testi sono: Rusca, E. (1833). *Manuale dell'infermiere ossia istruzione sul modo di assistere i malati*.-Milano, Molina; Cattaneo, G. (1846). *Pedagogia dell'infermiere, o, Compendio d'istruzioni teorico-pratiche indispensabili ad aversi per la più vantaggiosa assistenza dei malati: coll'aggiunta di un piccolo trattato intorno ai primi soccorsi da prestarsi in caso di morti apparenti; di apoplezia; di avvelenamenti; di morsicature di bestie velenose e d'animali arrabbiati; di fratture delle ossa e di altri pericolosi accidenti*. Martinelli & Co.

Florence Nightingale. La manualistica infermieristica continuerà a conservare ancora per quasi tutto il XX secolo un taglio maggiormente pratico per coniugarsi alle soglie del III millennio con una prospettiva teorica assistenziale, declinata nelle sue varie espressioni, lungo un'assunzione di responsabilità e di autonomia che ormai supera la desueta divisione di compiti e funzioni e organizza l'intervento in maniera progettuale, partecipata e multidisciplinare. E questo è il presente, storia di tutti i giorni, in cui la Conferenza di Padova, citata all'inizio, la tassonomia degli interventi infermieristici, sono ulteriori tasselli di un filo identitario in continua crescita e definizione.

#### Riferimenti bibliografici

- 1.Cavallo, P. B., Nubié, M., & Tocco, A. (1979). *Trotula de Ruggiero, Sulle malattie delle donne*, Ed. La rosa, Torino;
- 2.Petrocelli, C. (2010). *La donna nella storia della medicina*. Quad. Soc. Ital. Farmacol, 23, 55-59.
- 3.Paolo F. (1984) *Ospedali, malati e medici dal risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Anali 7, cit., pp. 299-324.
- 4.Carlo Calamandrei, (1983) *L'assistenza infermieristica, storia teoria, metodi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993, p. 26.
- 5.Cosmacini, G. (1987). *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*. Laterza, p. 199.
- 6.Festini, F., & Nigro, A. (2012). *Prima di Florence Nightingale: la letteratura infermieristica italiana 1676-1846*. Libreria universitaria. it ed.
- 7.Dimonte, V. (1995). *Da servente ad infermiere: una storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera in Italia*. Centro studi delle professioni infermieristiche, p.41;
- 8.Dansi G. (1828) *Dell'infermiere caritatevole ed illuminato*, Stamperia Fusi, Pavia, pp. 20.

## La peste e le trasformazioni dell'assistenza tra XIV e XVII secolo

La città di Astrakan ai più ricorda il nome dell'omonima regione posta sulle rive del Mar Caspio, da cui provengono rinomate pellicce. Pochi sanno che, attorno al 1727, la popolazione del luogo fu protagonista atterrita di un evento epocale. Gli abitanti della città russa furono i testimoni dell'imponente migrazione del ratto grigio (*rattus norvegicus*) proveniente dall'Asia, che si presentò ai loro occhi come un immenso tappeto di pelliccia che fluttuava sulla superficie del fiume Volga, guadato da milioni di roditori. Un'invasione che, diversi autori <sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>, hanno sottolineato come utile a porre una cesura nella storia delle epidemie dell'umanità, dato che il ratto in questione entrava in concorrenza vitale con quello nero (*rattus rattus*) presente da secoli in Europa e ospite della pulce (*xenopsylla cheopis*) vettore della *Yersinia pestis*, l'agente eziologico della peste. In realtà la scomparsa delle epidemie di peste in Europa fu causata da più fattori sommati fra loro, quelli che fanno riferimento al concetto generale dei determinanti della salute e della malattia, e che hanno caratterizzato i cicli epidemici (variabili da due a venti anni) nei quattro secoli circa in cui la morte nera ha imperversato nel vecchio continente a partire dal 1347 fino all'epidemia di Marsiglia del 1720, ed oltre. Già nell'epoca classica si hanno testimonianze con la peste di Atene (430 a.C.), quella Antonina (166 d.C, più probabilmente riferita a vaiolo o morbillo), di Treboniano Gallo (252 d.C.) di Giustiniano (543 d.C.). La pandemia però che sconvolge il vecchio continente nel XIV secolo provocherà la morte di un terzo della popolazione del tempo (23.840.000) <sup>[1]</sup>, con punte del 90% in alcuni aree.

L'Italia risulta essere stata fra i paesi più colpiti con una media di

mortalità del 50%, e con valori massimi del 60% e 70% a Firenze e Venezia <sup>[3]</sup><sup>[4]</sup>.

La popolazione europea già sconvolta dalla prima fase della guerra dei cento anni, e soprattutto da ondate importanti di carestie, vive uno dei suoi momenti più tragici. Non viene risparmiato nessuno: servi e feudatari, clerici, magistrati, letterati e gli stessi medici. Quadri simili si ripeteranno, in parte, nelle epidemie del XVII secolo: Milano nel 1630, Napoli 1656, Londra 1665. Viene segnato l'inizio della fine del feudalesimo, del predominio letterario del latino, della stessa organizzazione urbana, così come si era sviluppata sino ad allora. La città dell'Alto Medioevo in cui trovavano una vita migliore i servi della gleba - *die stadluft macht frei* <sup>[5]</sup> - è diventata un dedalo di vie, stamberghe di legno e terra battuta, stanze scarsamente illuminate, umide, immerse in una sporcizia insanabile. Un ambiente adatto alla proliferazione dei pericolosi roditori neri. Il riverbero lessicale del tempo trova nel sostantivo *topaia* la sua giusta rappresentazione. La segregazione, l'isolamento *tout court* degli ammalati non è facile da attuare e l'insorgenza della malattia, alle volte, ha tempi fra le 24 e le 48 ore. Nasce la pratica della quarantena, per le navi che si presentano in rada, per i carri che si presentano presso le gabelle delle città; però non basta. Il morbo colpisce subitaneamente e quindi deve essere contenuto non solo all'esterno del perimetro urbano o nei lazzeretti, ma anche all'interno stesso delle diverse aree urbane, di palazzi, o di singoli appartamenti dove bisogna isolare malati, moribondi, sospetti di contagio e familiari. E' quello che Michel Foucault <sup>[6]</sup> descrive con il termine di *quadrillage* nel suo studio effettuato sui regolamenti di alcune città appestate del XVII secolo; espressione

di una riorganizzazione cittadina fortemente gerarchizzata, di un modello disciplinare che connoterà il passaggio, attraverso l'età moderna, verso quella contemporanea. La realtà dei fatti mostra come la peste abbia la capacità di porre in rilievo non solo le deficienze organizzative delle città, ma l'incapacità dell'uomo di riuscire a porre rimedi utili a contenere il diffondersi della malattia. Chiunque cercasse un'immagine rappresentativa della Medicina ai tempi della peste, troverebbe quella abbastanza conosciuta che rappresenta il vestiario tipico dei medici del tempo (Fig. 1) coperti nella totalità del loro corpo da un lungo mantello, portatori di guanti, cappello a larghe falde e occhiali protettivi posti su una maschera di cuoio (o cartapesta) caratterizzata da un lungo becco prominente.

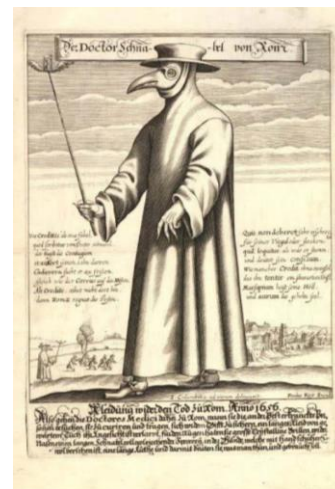


Fig. 1 - Doktor Schnabel von Rom, (Il Dottore con il becco da Roma) in un disegno del 1656.

Le rappresentazioni dei carnevali odierni la riportano spesso in auge. Quasi l'immagine, non a torto, di un moderno DPI per prevenire il contagio, dove la barriera fraposta dall'abbigliamento diventava lo strumento atto ad evitare il contatto con qualsiasi cosa fosse all'esterno di sé stessi, in maniera indiscriminata, e la maschera usata non aveva alcuna delle caratteristiche della più avanzata e moderna FFP3 attua-

le, con l'unico "filtro" possibile caratterizzato dal pomum ambrae: una palla di stoffa o di filaccia imbevuta di essenze e profumi di vario tipo ritenuti funzionali a tenere lontano i miasmi contagiosi della malattia come il vestiario teneva lontano i suoi umori. Prima ancora della medicina riusciranno i cambiamenti socio-economici a sconfiggere, o quanto meno a circoscrivere il morbo. Con l'inizio del secolo dei lumi ci saranno il miglioramento delle condizioni di vita, il passaggio ad ambienti più salubri e l'aumento delle case fatte in pietra, meno funzionali delle baracche di legno al proliferare dei topi. I gatti non verranno più considerati responsabili della divulgazione del morbo, e messi al rogo; e questo giocherà a sfavore dei roditori. Sul piano delle politiche sanitarie, si è detto, tende a prevalere un modello disciplinare che cerca di contenere la malattia più con l'uso della forza che non della diretta conoscenza. I poveri portati in auge dal cristianesimo dell'Alto Medio Evo, cominciano ad essere visti con sospetto. Specie in tempi di carestie, a fronte di movimenti migratori, che gettano il sospetto sui derelitti, di essere la fonte di diffusione del morbo. In parte è vero, ma in realtà sono uno degli ultimi tasselli alla base di quella che viene considerata la teoria degli horsemen effect<sup>[3]</sup>, dei Cavalieri dell'apocalisse (Fig. 2), dove il quarto cavaliere (la peste) in questo caso cavalca a fianco della guerra, della urbanizzazione e del proliferare dei traffici commerciali. Il risultato è l'avvio della caccia al povero, allo straniero, al diverso; a qualsiasi soggetto possa apparire come colui che la memoria manzoniana puntualmente ha connotato come l'untore del male. Si avviano le espulsioni dalle città, la ghettizzazione per soggetti particolari, come gli ebrei, la caccia alle streghe. La conseguenza immediata è un indebolimento delle

reti sociali. Donne e uomini che esercitavano sul territorio una certa pratica assistenziale e curativa, come le praticone o i medegùn, i beneandanti o le erbuarie, e altre ancora, scompaiono, colpite a loro volta dal morbo, o da un decreto di espulsione o dal fuoco purificatore dell'inquisizione. Uno dei tre ambiti propri dei sistemi di cura, così come li connota Kleinman<sup>[7]</sup>, quello folk, viene meno, mentre quello popolare, gestito all'interno delle mura domestiche, con il sapere tramandato da una discendenza all'altra, si rompe nel contagio che miete vittime anche nel familiare stesso che cerca di portare assistenza al proprio caro. Non c'è posto per i caregiver ai tempi della peste e quando si muore, parafrasando il poeta De André, si muore soli.



Fig. 2: I quattro cavalieri dell'Apocalisse di Albrecht Dürer, copia presente presso la Staatliche Kunsthalle di Karlsruhe.

Resta la dimensione professionale, quella medica e quella infermieristica, che vede ridursi in maniera drammatica il numero dei professionisti a causa del contagio. E' un doppio trauma, sul piano umano e su quello scientifico che, rimette in discussione in maniera forte le conoscenze mediche e assistenziali del tempo che non riescono ad essere all'altezza delle sfide della malattia. La Medicina lentamente si riprenderà e subirà un'evoluzione tale, attraverso lo sviluppo del metodo scientifico che la porterà

ai traguardi conosciuti del progresso umano. L'infermieristica, più arte che scienza vera e propria, continuerà ad essere un insieme di pratiche e saperi che lentamente cercheranno di ristrutturarsi, nella nascita di nuovi ordini assistenziali, nell'organizzazione del personale religioso degli ospedali, nella pubblicazione dei primi manuali. Per contro la rottura delle reti sociali, l'espulsione e in certi casi l'internamento in massa dei poveri, impongono l'assunzione di nuovi paradigmi assistenziali. Nei momenti più acuti degli eventi epidemici, quegli stessi poveri o gli stranieri, o in qualche caso i galeotti, vengono arruolati a forza come infermieri di fortuna per assistere ai doveri di ordine pubblico sotto la tutela dell'autorità municipale. Ancora il Manzoni giunge in soccorso ricordandoci il loro nome peculiare: monatti, figure tragiche destinate ai compiti più ingrati. Fra le tante rappresentazioni in merito, significativa è quella data da Domenico Gargiulo, artista partenopeo che li raffigura nel suo quadro "Piazza Mercatello durante la peste", riferito all'epidemia del 1656 di Napoli. Qui i monatti sono rappresentati per lo più seminudi (Fig. 3), con appena una benda cenciosa che ricopre il naso al fine di creare una barriera "ai miasmi maleodoranti e pericolosi che possono appiccicare il morbo"<sup>[8]</sup>. Quella dei monatti è una figura significativa dato che mostra una dimensione dell'assistenza che, giocoforza, si abbassa di livello, assume un ruolo più infimo che umile, più rozzo che manuale. E' verosimile affermare che in molti casi, passata l'ondata epidemica, molti dei diseredati arruolati a forza come infermieri-monatti, abbiano continuato il loro lavoro all'interno dei lazzeretti, forti sia dell'immunizzazione acquisita sia delle conoscenze pratiche e della tempra morale sviluppata. Nella sostanza si struttura la figura

dell'infermiere guardiano che arriverà fino alle soglie del XX secolo e che rappresenterà la risposta più immediata ad un'istituzionalizzazione della malattia più disciplinare, come si è detto, che non scientifica.



Fig. 3 - Domenico Gargiulo, "Piazza Mercatello durante la peste" Napoli, Museo San Martino, particolare.

Superato il trauma medioevale, a cavallo fra XVI e XVII secolo, importanti figure assistenziali si fanno avanti: da San Filippo Neri a San Vincenzo de Paoli, da San Giovanni di Dio a San Camillo del Lellis. Espressioni diverse di un sapere che si riorganizza e risponde a bisogni ed ambiti differenti: dall'assistenza ai bambini abbandonati, ai poveri, agli infermi in generale, all'organizzazione vera e propria di professionisti infermieri che apporteranno il loro contributo nell'assistenza interna dei grandi nosocomi. Nella peste di Milano si ricorda<sup>[9]</sup> il contributo di 40 Camilliani di cui ben 17 moriranno durante il servizio. A tutto ciò si aggiunge l'inizio di una manualistica di settore che offre elementi teorici e pratici dell'assistenza. Proprio in uno dei primi testi editi a cura di Fra Francesco dal Bosco<sup>[10]</sup>, c'è una parte in cui si parla dei vari tipi di petecchie: "le quali come che sempre indicano la malaqualità della febre [...]. E se si presenteranno come negre, picciolissime, e numerosissime costituiscono il terzo grado, e tal febre sarà quasi irremediabile, e tali si vedono in tempo di peste". Con l'arrivo del secolo dei lumi la peste inizierà ad essere sempre più un evento di portata ridotta - in Europa - e i saperi scientifici e culturali che dal

suo trauma medioevale avevano preso il via (basti pensare al Rinascimento stesso) contribuiranno a costruire nuovi modelli e strumenti sociali e sanitari utili al benessere della collettività. Qualche focolaio, in Europa, continuerà a manifestarsi. Un esempio su tutti quello del 1815, che registra un'epidemia di peste a Noja (oggi Noicattaro, in provincia di Bari)<sup>[11]</sup> dove, nel resoconto del tempo, oltre un'interessante descrizione di tutte le misure sanitarie prese per contenere il male - non molto diverse da quelle dei secoli passati - si registra l'infausto destino di un infermiere - Giuseppe Pietrasanta - che, contratto il morbo, volle curarsi maldestramente autoproducendosi un salasso che però, gli si rivelò fatale<sup>[11]</sup>. Fra il XIX e il XX secolo la peste tornerà a manifestarsi violentemente in Asia, in particolare in Cina e India. In questi contesti i lavori - separati - di due medici, Alexandre Yersin e Shibasaburo Kitasato, porteranno all'identificazione del microrganismo responsabile. Uno degli ultimi focolai importanti in Europa fu registrato infine nel 1920 a Parigi fra i cencioli, mentre oggi, nel resto del mondo si manifesta periodicamente in aree depresse o colpite da carestie o guerre, testimonianza attuale che, se i progressi della scienza medica sono riusciti a vincere sulla malattia, in molti contesti, nei confronti dei determinanti sociali ed economici della salute e della malattia, le azioni adottate sembrano non molto lontane, negli esiti, da quelle di medioevale memoria. Per la dimensione assistenziale infine, la prospettiva storica di lunga durata che si è presa in considerazione mostra come la professione infermieristica inizia già in epoca medioevale una sua propria segmentazione interna dove a fronte di figure preparate (i Camilliani, ad esempio) sia presente nei luoghi di cura personale scarsamente formato, utile ad

assolvere compiti ingrati e pericolosi, mentre sul territorio la rottura delle reti sociali e la scomparsa di figure assistenziali di riferimento, crea un vuoto cui solo negli ultimi decenni si è iniziato a rispondere. In merito, la figura attuale, in fase di sviluppo, dell'infermiere di famiglia è sicuramente suggestiva, forzatamente correlata alle pandemie medioevali, ma funzionale a chiudere un quadro assistenziale globale di riferimento che nell'obiettivo di rispondere ai bisogni attuali conserva il monito che gli arriva dal passato.

#### Riferimenti bibliografici

1. Nikiforuk A. (2008). Il quarto cavaliere. Breve storia di epidemie, pestilenze e virus, Mondadori, Milano.
2. Le Goff J, Sournia JC. (1986). Per una storia delle malattie (Vol. 18). Edizioni Dedalo, Bari.
3. Valente A. (2014). Dalla stagnazione alla crescita: teorie sulla rottura della "trappola malthusiana", Eprint tesi di Laurea in Storia dell'Economia, LUISS "Guido Carli", Roma.
4. Cosmacini G. (1987). Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918. Laterza.
5. Pirenne H. (2012). Storia economica e sociale del Medioevo. Newton Compton Editori, Roma.
6. Foucault M. (1976) Sorvegliare e punire. Einaudi editore, Torino, pag. 209
7. Kleinman A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology, 12, 85-93.
8. Cipolla, C. M. (2004). Cristofano e la peste. Il mulino, Bologna.
9. AA.VV. (1932) Rassegna Manzoni, in La Civiltà Cattolica, Vol. IV, Anno 83°, pag. 67, Roma.
10. Dal Bosco F. (1664) La pratica dell'infermiere, Gio. Battista Merlo, Verona, pag. 90.
11. Morea V. (1817). Storia della peste di Noja di Vitangelo Morea. tipografia di Angelo Trani, Napoli.

## Alle origini della ricerca infermieristica

### Jean Baptiste Pussin, un antesignano nella Francia della Rivoluzione

Negli anni di prigionia in Germania, durante la Seconda Guerra Mondiale, lo storico ed accademico di Francia, Fernand Braudel tiene una serie di conferenze ai suoi compagni di sventura le quali, in seguito, verranno raccolte parzialmente in un piccolo volume dal titolo: "Storia, misura del mondo" [1]. Il senso delle conferenze è sintetizzato dall'elaborazione teorica di Braudel che, rifacendosi agli studi di Levebre e di Bloch e della rivista de Les Annales, introduce una visione articolata della storia che supera la ristretta dimensione evenemenziale, quella propria della quotidianità, legata a personaggi ed avvenimenti, e la rimanda ad una proiezione temporale ampia.

E' l'Histoire de longue durèe caratterizzata da un metodo e da una struttura che scompongono i fatti umani ora in avvenimenti continui, rapidi, in successione i quali si comportano come la forza delle acque che increspano la superficie di un fiume, ora in momenti più lenti, ponderati, di cambiamento progressivo con un livello più profondo dove lo studioso riesce a cogliere il senso generale delle cose; in una lettura policentrica che si fa forza degli apporti di altre discipline: dalla sociologia alla statistica, dall'economia alla geografia ed altre ancora.

L'insegnamento di Braudel rivoluziona la concezione della storia condizionando in un quadro di più ampio respiro i successivi studi e ricerche.

Lungo questa prospettiva articolata si può dispiegare una valutazione inedita in relazione alla storia della professione infermieristica che, in questi ultimi anni, ha sviluppato una serie di studi a livello nazionale, ponendosi di fatto su un piano di ragguardevole peso rispetto alla scuola anglosassone, ormai in attività da mol-

ti decenni.

Seguendo la chiave interpretativa di Braudel la stessa Florence Nightingale, fondatrice della moderna professione assistenziale, assurge a espressione di un portato contestuale più ampio ed articolato, strettamente legato ai primi decenni dell'epoca contemporanea in cui molte figure di medici, infermieri, educatori e riformatori in generale risaltano nella storia del progresso scientifico, del cambiamento, della ricerca e dell'innovazione.

Peculiare in tutto ciò non è solo la caratteristica del singolo personaggio che di volta in volta risalta rispetto al suo contesto storico, ma la metodicità scientifica che caratterizza le sue azioni. Come nel caso dell'infermiera anglo-giamaicana Mary Seacole che divulga e mette in opera le innovative teorie epidemiologiche del medico inglese John Snow; oppure della "direttore sanitario" Cristina Trivulzio di Belgioioso che riuscirà, assieme ad altre otto donne, ad organizzare nove ospedali, nella Roma repubblicana del 1849. Per un brevissimo tempo verrà anche aperta una scuola per infermieri che purtroppo chiuderà con la fine della repubblica. Tutta una serie di figure e personaggi - Elisabeth Fry e John Howard sul campo dell'assistenza sociale tanto per fare un'ulteriore citazione - risaltano nell'impegno riformatore delle strutture assistenziali del loro tempo. In questo quadro generale si pone in rilievo un antesignano della ricerca infermieristica, più di mezzo secolo prima della Nightingale. Il nome è quello di Jean Baptiste Pussin (Fig.1) che sviluppa, su basi empiriche, i suoi studi legati all'osservazione e all'esperienza nella cura e nell'assistenza dei malati di mente nella Francia della fine del XVIII secolo, pio-

niere di quel Trattamento morale che in seguito verrà ulteriormente sviluppato dal medico francese Philippe Pinel.



Fig. 1 - Litografia tratta dal quadro realizzato da Tony Robert-Fleury nel 1876. Pussin è la prima figura maschile, con grembiule, a partire da sinistra. Tratto da: <http://www.pinel.org/pinel-celebres/philippe-pinel>

Jean Baptiste Pussin nasce a Lons-le-Saunier, nel Giura francese, il 29 settembre 1745. Figlio di una famiglia di conciatori si avvia anche lui alla stessa attività. All'età di 25 anni si ammala di scrofola, una forma di adenite tubercolare molto grave al tempo e di difficile cura.

Ricoverato all'ospedale parigino de l'Hôtel de Dieu (Fig.2), dopo poco tempo, considerato come incurabile,

viene trasferito all'ospedale di Bicêtre (Fig.3), dove rimane per molti anni fino a quando, nel 1780 viene considerato completamente guarito ed assunto come lavorante. Dopo cinque anni viene nominato sorvegliante del reparto dei pazienti psichiatrici incurabili presso l'ala Saint Prix. Il reparto si trova nel Padiglione Nove, considerato un luogo inavvicinabile per l'aria mefitica che vi si respira, come descrivono le cronache dell'epoca [3]; al primo piano ci sono i bambini infermi, poi gli anziani, gli idioti e gli imbecilli (secondo le categorie dell'epoca), gli epilettici ed infine i folli.

Si registrano 249 stanze di degenza (poco più di una cella nelle



dimensioni), con una capienza di 2 persone. I furiosi sono contenuti da una catena, mentre i meno

apicale per l'organizzazione dei servizi e dei costi di gestione; quasi un moderno infermiere



Fig. 2 - Hôtel de Dieu, Paris. Il primo Ospedale in cui fu ricoverato Pussin all'inizio della sua malattia. Cortile interno. (foto Giordano Cotichelli, 2014)



Fig. 3 - Ospedale di Bicêtre, Paris. Padiglione interno simile a quello in cui erano ricoverati les aliénés

agitati dormono in enormi stanze di 60 letti.

Le stanze sono fredde, sporche, i letti in genere costituiti da pagliericci immondi brulicanti di insetti e parassiti, in mezzo ad ogni sorta di immondizie ed avanzi di cibo. In questo ambiente malsano una umanità dimenticata passa la sua esistenza vedendo raramente la luce del sole anche quando la buona stagione lo permetterebbe.

Pussin affronta da subito le molte problematiche presenti, prima in qualità di sorvegliante poi come gouverneur, sorta di figura

psichiatrico con un incarico di dirigente dipartimentale.

In questo clima Pussin porta avanti il suo lavoro: assistenziale, organizzativo e di ricerca. Su apposite schede, da lui preparate, annota ogni osservazione pertinente il servizio e i dati generali dei pazienti [4]: età, sesso, anno di entrata, dimissioni, durata della degenza, tipo di disturbi e effetto delle cure.

Un lavoro che porta avanti per un arco di tempo di 13 anni: dal 1784 al 1797, e che metterà in evidenza importanti elementi per migliorare la qualità della vi-

ta dei pazienti: dalla condizione di vita e degenza, dall'alimentazione, all'efficacia delle terapie, molto spesso meri strumenti di tortura e di umiliazione.

In base ai rilievi fatti Pussin migliora l'alimentazione, carente sul piano quantitativo e qualitativo, notandone le ricadute sia sulla salute in generale sia sullo stesso umore del paziente. Migliorano anche le condizioni igieniche degli internati e dei luoghi di degenza, e vengono incentivate le visite dei familiari e il loro stesso coinvolgimento nelle prestazioni terapeutiche, notandone il beneficio rispetto al totale isolamento ed abbandono. Sul piano terapeutico degli accessi di follia, elimina l'uso del salasso, delle percosse e dei maltrattamenti in generale e in particolar modo toglie l'uso delle catene di contenzione, ricorrendo solo occasionalmente, nei casi più refrattari, all'uso della camicia di forza. In tutto ciò inoltre Jean Baptiste sottolinea continuamente la necessità di ricostruire le condizioni funzionali ad una vita dignitosa da parte dell'internato, l'importanza della relazione terapeutica, lo sviluppo della fiducia, il trattamento con dolcezza degli ammalati, l'obiettivo di diminuire l'infelicità [5]. Scopre l'importanza del lavoro e di come questo possa rendere meno vuote le giornate degli internati; dare un senso ed una dignità alla loro persona. Apre insomma allo sviluppo di quella che in seguito verrà definita come ergo-terapia.

Pussin lavora, vive, osserva e scrive, annota, verifica. Stila tabelle del movimento dei pazienti, elabora statistiche, e verifica in continuazione l'esito degli interventi, dei cambiamenti, degli obiettivi mancati o raggiunti. In questo quadro di intensa attività il rapporto di Pussin con le autorità politiche e sanitarie del tempo è abbastanza altalenante, in alcuni momenti gli è riconosciu-

to il merito delle innovazioni che sta apportando alla vita degli internati, in altri, specie in coincidenza con le fasi più difficili del contesto politico (si è in pieno terrore rivoluzionario), rischia addirittura l'accusa di tradimento. Ed è in questo clima abbastanza convulso che l'11 settembre del 1793 arriva a Bicêtre un medico proveniente dall'Ospedale di Salpêtrière: Philippe Pinel. Il suo è un incarico generico, inviato presso l'Ospedale in qualità di medico delle infermerie. Da subito rivolge la sua attenzione al padiglione di Saint Prix e si trova di fronte ai cambiamenti e alle ricadute positive apportate dall'infermiere di Lons-le-Saunier. Nota in particolare l'abolizione dell'uso delle catene di contenzione ed in questo chiede lumi all'infermiere: "Cosa accade quando un folle in piena crisi viene liberato dalle catene?", domanda il medico. "Si calma", è la risposta laconica ma illuminante di Pussin [6]. Il sodalizio fra i due è quasi immediato e proseguirà con ricadute positive nello sviluppo di una concezione moderna della psichiatria che farà da battistrada per gli studi successivi. Nel 1802, quando Pinel diventerà direttore sanitario presso l'Ospedale di Salpêtrière, chiamerà Pussin a continuare anche in quel nosocomio l'opera portata avanti a Bicêtre. Pussin vi resterà fino agli ultimi giorni della sua vita, assieme ad una sua collega infermiera che negli anni lo aveva aiutato e che nel frattempo è diventata sua moglie: Margherite Jubline (1754 - ?). L'ex-conciatore se ne andrà per sempre il 7 aprile del 1811.

Al suo posto Pinel chiamerà un medico: Jean-Étienne Dominique Esquirol, colui che, confrontandosi con le moderne teorie del

metodo non costrittivo espresse dal medico inglese John Conolly, e facendo tesoro del Trattamento morale sviluppato da Pussin e Pinel, sarà uno dei padri fondatori della moderna psichiatria [7].

Nel 1876 il pittore Robert Fleury rende omaggio ai due personaggi con un quadro dal titolo: *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795* [8]. Il medico è raffigurato quasi al centro della composizione e dietro di lui si staglia una figura quasi anonima, in posizione defilata ma in posa dignitosa. E' Jean Baptiste in quella che forse è l'unica immagine giunta ai posteri. Il pittore non rende in questo omaggio all'infermiere, ponendolo quasi in una posizione ancillare. In seguito però storici, psichiatri e infermieri riscopriranno la figura di Jean Baptiste al punto tale che alcune scuole francesi di infermieristica sono dedicate a lui e ancora oggi è visibile, all'entrata dell'Ospedale di Bicêtre, a Parigi, dove Pussin lavorò per 22 anni, una lapide nera che ricorda l'opera dell'ex-conciatore. La ricostruzione della storia di Pussin si ferma qui e rimanda alle tesi iniziali di una metodologia storiografica dove il singolo avvenimento, la storia evenemenziale, trascende le umane vicende e supera, nonostante il singolo personaggio e accadimento, e riconsegna uno scenario ampio, in cui il passaggio di un'epoca vede tensioni e saperi proiettati verso un cambiamento che si carica di conoscenze scientifiche, di metodologia della ricerca, di innovazioni cliniche ed assistenziali. Una storia profonda che riconsegna due figure umane, quella di Pussin e di Pinel, che diventano emblematiche di una dimensione di multi - professionalità che molto spesso ancora oggi stenta

a realizzarsi ma che, in epoca remota, già aveva dimostrato la sua validità lungo la strada del progresso scientifico ed umano.

### Riferimenti bibliografici

1. Braudel F. Storia, misura del mondo. Il mulino, Bologna 1998, p. 113;
2. Cotichelli G. Prima di Florence Nightingale: personalità e contesti della nascita della professione infermieristica contemporanea. Giornale di storia contemporanea. 2015; vol. 1, Fascicolo XVIII, pag. 133 - 150;
3. Anonyme, Mémoire sur Bicêtre, 1760-1761; A.N., F15 1861
4. Pinel P. "Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie", Parigi, 1801, trad. it. "La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale", Marsilio, Venezia, 1987;
5. Malvarez S, e Ferro O.R. "Infermiere Pussin: riflessioni su un silenzio della storia delle idee psichiatriche", in A. De Bernardi-R. Mezana-B. Norcio, a cura di, "Salute Mentale. Pragmatica e complessità", Centro studi e ricerche regionale per la salute mentale Regione Autonoma Friuli-Venezia -Giulia, Trieste, 1992, vol.1, pp.175-199.
6. Caire M, Pussin, avant Pinel, L'Information psychiatrique, 1993,69, 6: 529-538
7. Dora BW. Philippe Pinel et l'abolition des chaînes: un document retrouvé, L'Information psychiatrique, 1980, 56, 2.
8. Jean-Pierre Schuster, Nicolas Hoertel, and Frédéric Limosin, The man behind Philippe Pinel: Jean-Baptiste Pussin (1746-1811)- psychiatry in pictures, The British Journal of Psychiatry 198.3 (2011): 241-241.

## Note storiche sugli infermieri durante la Prima Guerra Mondiale

L'11 novembre 1918 con la resa della Germania finisce la Prima Guerra Mondiale. L'Italia già dal 4 aveva terminato le ostilità a seguito dell'armistizio firmato il giorno prima a Villa Giusti. Per il suo impatto, il numero totale delle vittime, l'impiego di micidiali e nuove armi (gas, carri armati, aeroplani, etc.) l'evento bellico, che durò quasi cinque anni, e coinvolse imperi e nazioni dei cinque continenti, è conosciuto generalmente come Grande Guerra. Le vittime in totale furono quasi 18 milioni. L'Italia mobilitò, solo per l'Esercito, 5.728.277 uomini, di cui 4.199.542 in zone di guerra. Si registrarono 680.071 morti, 990.000 feriti (16,57% dei mobilitati), e 462.812 invalidi [1]. Le perdite in termini di capitale umano, calcolandole sui morti e gli invalidi rappresentarono il 20% dei mobilitati. Fu definita la guerra che per la sua violenza avrebbe portato alla fine di tutte le guerre. Così non fu, e venne poi scelta come cesura storica per connotare l'inizio del '900 come *secolo breve* [2]. Un quadro generale drammatico e sconvolgente, veicolo, di conseguenza, di cambiamenti radicali a livello politico, sociale, economico e culturale e, come spesso accade in queste situazioni, anche a livello sanitario. (Fig.1)



Fig. 1 - Materiale sanitario della 1<sup>a</sup> G.M. presso il Museo della Brigata Sassari (foto Giordano Cotichelli, 2018)

La Grande Guerra vide l'inedito uso dei gas, l'aumento della potenza distruttiva delle artiglierie, e la trasformazione delle trincee in veri e propri focolai epidemici (tifo petecchiale, colera, febbre

da trincea, gangrena, tetano, tubercolosi). Per non parlare del piede da trincea, e delle ferite che si contaminavano con estrema facilità: all'addome, al torace, al cranio, agli arti [3]. La mortalità nell'esercito italiano per colera fu del 25% [4]. La sieroprofilassi di conseguenza divenne uno dei primi strumenti di intervento sanitario permettendo, nel corso del conflitto, di ridurre la morbosità di importanti malattie. Il tifo, ad esempio, passò dal 17,9% del 1915 all'1,3% del 1918 [5]. Gerhard Domagk, il medico tedesco che negli anni '30 scoprirà i sulfamidici, mobilitato anch'egli al fronte rileverà che la mortalità per ferita e per infezione sia stimata in un rapporto di 1 a 3 [6]. I soldati impararono a bere l'acqua delle trincee potabilizzata con l'uso di quantità stabilite di cloro. Il metodo fu chiamato *verdunizzazione*, in relazione al suo primo impiego sul campo di battaglia franco-tedesco vicino alla città di Verdun, che si protrasse per quasi tutto il 1916, con un numero stimato di perdite fra i 500.000 e un milione. (Fig.2) In generale non è difficile immaginarsi come, in campo sanitario, un importante apparato di mezzi e uomini fu progressivamente mobilitato. Nel caso italiano, solo al fronte furono allestite 453 unità sanitarie di cui 233 ospedaletti da campo da 50 letti, 174 ospedali da campo con 100 e 46 fino a 200 [1]. I feriti trasportabili erano classificati in: gravissimi, gravi trasportabili per intervento urgente, gravi trasportabili a breve distanza, trasportabili a lunga distanza e feriti leggeri. La Croce Rossa mobilitò 3.487 ufficiali, 8.400 infermiere, 14.650 sottufficiali e truppa, 349 cappellani, 4.122 borghesi aggregati che si fecero carico di assistere 1.205.754 militari per un totale di giornate di degenza di 21 milioni [7]. Le infermiere inviate al fronte furono 1.080 [8]. Il numero delle

infermiere citate si riferisce alle volontarie della Croce Rossa, ma in realtà altre istituzioni assistenziali del tempo fornirono personale sanitario (Società di Soccorso, Croce Bianca, Croce d'Oro, Croce Verde, Dame della Misericordia, etc.) per arrivare ad un totale circa di 10.000 volontarie<sup>5</sup>. A queste vanno poi aggiunte le infermiere religiose, le infermiere professionali e gli infermieri inseriti come personale militare. Dati precisi in merito sono difficili da reperire.



Fig. 2 - Istruzioni per i portaf feriti da un manuale di infermieristica del tempo (Foto Giordano Cotichelli, Archivio personale)

Il numero delle infermiere professionali era certamente esiguo dato che, all'inizio della Grande Guerra, in Italia erano presenti circa una trentina di scuole, le quali vedono però una bassa affluenza ai corsi ed una ulteriore minore numero di diplomate. Secondo alcuni autori [9] [10] [11] a Roma la Scuola San Giovanni nei primi sei anni di vita - agli inizi del XX secolo - diplomò appena 11 infermiere, a Firenze la Scuola

<sup>5</sup> Alcune delle molte infermiere volontarie che prestarono servizio, erano affiliate al CNDI (consiglio Nazionale Donne Italiane) ed in seguito, nel 1919, daranno vita all'ANITI (Associazione tra infermiere italiane), nei fatti il primo nucleo di quello che sarà successivamente il Collegio, e poi l'Ordine Professionale. Fra di esse numerose le nobildonne: la contessa Ginevra Terni de Gregory, Lina Allegri, Nora Balzani, Gina Battiati Fadda, Adolina del Bono, Marianna Denti, Irene di Targiani Giunti, Maria Sforza, Maria Teresa Viotti, Maria Valenzano, Maria Laura Donati de Grazia

Regina d'Italia presso l'Ospedale Santa Maria Nuova chiuse dopo pochi anni per mancanza di allieve e la Regina Elena di Roma dopo il primo ciclo diplomò appena 17 allieve. Le cause di questo erano diverse: un diffuso analfabetismo, una selezione rigida che vedeva quale soggetto delle scuole unicamente donne nubili del ceto medio, ed una visione organizzativa che non riusciva a definire la collocazione stessa delle diplomate nei contesti sanitari. In merito al personale militare, la cui consistenza è difficilmente quantificabile, in maniera specifica all'interno delle cifre generiche relative alla truppa e ai sottufficiali, il quadro è complesso. Molto spesso la qualifica di infermiere, portantino o aiutante di sanità era "estesa" a militari aggregati alle unità di soccorso in rimpiazzo momentaneo, o in funzione di inserviente o, come molto spesso accade nei teatri di battaglia, in convalescenza, in attesa di rientrare al corpo. In questo si può comunque cercare di avere un quadro della situazione prendendo in considerazione alcuni dati Istat del tempo <sup>[12]</sup>, che consentono di confrontare la numerosità infermieristica rilevata dai censimenti del 1911 e quelli del 1921.

Prima della guerra la presenza di infermieri in totale era di 18.084 (10.247 donne e 7.837 uomini), immediatamente dopo si registrarono 27.264 unità (15.1977 donne e 12.067 uomini) con un incremento maschile del 53,9% contro un 48,3% femminile. Una crescita inedita, che va oltre i valori registrati nei decenni precedenti e che consente di ipotizzare una importante immissione in servizio di personale assistenziale, negli immediati anni del dopoguerra, sia per colmare i vuoti lasciati dall'evento, sia per rispondere ad un aumento della popolazione dei pazienti in relazione alle conseguenze della guerra (malattie mentali, disabi-

lità, malattie trasmissibili, etc.). In molti casi il personale infermieristico, specie quello maschile, poteva rivendicare l'esperienza maturata al fronte, nelle retrovie, a volte mostrando anche eventuali attestati conseguiti. Lungo questo stesso ordine di pensiero, considerando le fonti Istat, si può notare anche una crescita importante del personale religioso all'interno delle strutture sanitarie passato da 3.597 (1911) a 12.134 (1921), ed anche in questo caso è ipotizzabile che, all'interno di quest'altra numerosità si possa ravvisare un insieme importante di infermiere religiose le quali, verosimilmente, erano state anch'esse impegnate e "formate" sui campi di battaglia. Alla fine si può pensare che l'assistenza infermieristica italiana durante la Prima Guerra Mondiale, possa aver coinvolto in varia misura oltre ventimila unità.

E' doveroso ricordare che il personale sanitario si trovava a lavorare in condizioni estreme e rimaneva esso stesso vittima dei bombardamenti o delle malattie trasmissibili. In relazione a questo, fra le infermiere della CRI che persero la vita, 42 vennero decorate con medaglie al valore, 90 con croci di guerra e 15 con encomi solenni <sup>[13]</sup>.

Una delle testimonianze più note dell'impegno delle infermiere durante la Prima Guerra mondiale è quella relativa al martirio della britannica Edith Cavell (Fig.3), fucilata in Belgio il 12 ottobre 1915 per spionaggio.

Per identiche ragioni - spionaggio - i militari francesi ed inglesi fucilarono anch'essi delle infermiere tedesche: Margaret Schmidt, Ottilie Moss <sup>[14]</sup> (o Voss) ed una presunta "Mrs Phaad". In merito le fonti a disposizione sono contraddittorie. Alcune citano in maniera molto scarna l'avvenimento senza alcuna enfasi patriottica, altre mettono in discussione sia l'esistenza sia la professione stessa delle vittime, suggerendo, come chiave interpretativa, un fallito tentativo propagandistico tedesco per controbilanciare la fucilazione di Edith Cavell. Insomma, anche i media del tempo, al pari dei *social* attuali, attiravano pubblico a colpi di notizie sensazionali ed altrettanto sensazionali *fake*. Reale invece la presenza di una "Sorella Erika" <sup>[15]</sup>, infermiera tedesca sepolta nel cimitero di guerra di Gallipoli. Significativo su tutti, il caso italiano di Margherita Kaiser Parodi, nota come la crocerossina di Redipuglia; il sacrario alle vittime militari



Fig. 3 - Francobollo commemorativo della fucilazione di Edith Cavell

della Grande Guerra. Giovane infermiera ventunenne, premiata con medaglia di bronzo al valor militare nel 1917, trovò la morte a guerra finita, presso l'Ospedale Territoriale di Firenze, il 1 dicembre 1918, vittima, fra le tante, dell'epidemia influenzale - nota come spagnola - che si sommò alle sciagure belliche.

L'elencazione delle singole storie, il riportare alla luce personaggi, contesti e drammi mostra la peculiarità che, all'interno del difficile quadro organizzativo della sanità in tempo di guerra, investì la professione infermieristica. Gli elementi salienti riguardano, come visto, l'inedito protagonismo femminile, durante un evento epocale, sui campi di battaglia, nelle corsie, e in molti settori della società stessa nel sostituire gli uomini chiamati alle armi. Un fenomeno noto con il termine di *femminilizzazione* che avrà le sue ripercussioni negli anni immediatamente successivi nella modernizzazione della professione infermieristica. Altro elemento di rilievo riguarda la necessità di un aumento numerico del personale sanitario, in grado di far fronte ai nuovi scenari assistenziali, resi in buona parte evidenti dalla guerra e che possono essere sintetizzati dal concetto di un'assistenza sanitaria di massa con caratteristiche qualitative e quantitative inedite. Un fatto che comporta la presenza di maggiore personale sanitario in generale, ed infermieristico in particolare. Più infermieri quindi e con una preparazione migliore di quella adottata fino ad allora.

Gli esiti della guerra dunque conducono il paese a porsi in maniera stringente il problema della formazione infermieristica, con oltre mezzo secolo di distacco dalle scelte già fatte in altre nazioni, come ad esempio Regno Unito e Stati Uniti. Ciò nonostante, a ragion del vero, va rilevato come anche nei paesi citati, il li-

vello di preparazione infermieristica non fosse all'altezza. Ad esempio in uno studio del tempo commissionato dalla Rockefeller Foundation e finalizzato alla analisi dello stato della formazione della professione negli USA. Tale studio era il *Goldmark Report*, dal nome della sociologa Josephine Goldmark che ne venne messa a capo e guidò un gruppo di ricercatrici e professoresse universitarie di Scienze Infermieristiche come M. Adelaide Nutting, Annie Goodrich e Lilian Wald.

Il rapporto mise in evidenza, tre anni dopo, l'inadeguatezza dei programmi di studio, della organizzazione degli orari di tirocinio e di lezione, la necessaria separazione fra la dirigenza della scuola e quella ospedaliera e la costruzione di una formazione proiettata all'ambito universitario <sup>[16]</sup>. Problemi presenti anche nel contesto italiano e sintetizzabili nella necessità di non procrastinare più una regolamentazione della formazione infermieristica. Infatti in data 8 aprile 1918 venne nominata con Decreto ministeriale una "Commissione per lo studio della riforma infermiera", presieduta dall'On. Bartolini, che in più occasioni, durante il conflitto, aveva sollevato le problematiche della organizzazione sanitaria italiana. Successivamente, il 3 settembre 1919, veniva posta l'attenzione sulla valutazione dello stato della professione infermieristica e le proposte per porvi rimedio che confermavano quanto già detto da autorevoli personalità del tempo, come Anna Fraentzel Celli che negli anni immediatamente precedenti la Grande Guerra metteva in evidenza le molte carenze presenti nella professione relative a salari, orari di lavoro, formazione e, su tutte, la presenza di un diffuso analfabetismo. Non è un caso che il R.D. n. 615 del 16 agosto del 1909 (sulla regolamentazione dei manicomi)

imponesse all'art. 23, quale requisito per gli infermieri, la capacità di saper leggere e scrivere.

Alla fine, negli anni immediatamente successivi la Prima Guerra Mondiale, si struttureranno gli interventi che condurranno alla prima legge sulle Scuole Convitto: la RDL 1382 del 1925, quasi una sintesi ed una prima risposta alle criticità evidenziate dalla guerra legate alla formazione del personale, alla sua composizione numerica, alla necessaria modernizzazione per rispondere ad una sanità ancor più di massa. Nota dolente alla fine però fu quella dell'esclusione, dalla formazione superiore, del personale maschile. La prima legge sulle scuole convitto in Italia è certo il prodotto di un protagonismo femminile che si è sviluppato durante gli anni della guerra, ma è anche il frutto di una visione gerarchica e segregazionista, relativa alla professione, figlia anche del regime fascista che si sta strutturando in quegli anni. Dovrà passare quasi mezzo secolo, con la legge 124 del 25 febbraio del 1971, per consentire anche agli uomini di poter accedere alle scuole e diventare Infermieri Professionali.

La femminilizzazione della società trovava un suo ambito specifico, ma ristretto, di espressione nella professione infermieristica, con il prodursi però della esclusione, come detto, degli uomini da livelli professionali superiori, e con il rafforzamento di conseguenza, di stereotipi legati alla figura femminile infermieristica. Su tutti, restando in tema, basti pensare al binomio uomo-soldato e donna-infermiera che l'iconografia del tempo, e quella successiva, contribuirà ad alimentare. Anche legata alla stessa narrazione epica e romantica dei racconti di guerra. Su tutti, il romanzo di un giovane statunitense, aggregato all'esercito italiano quale autista di ambulanze, che si innamorerà di una bella infermiera e con lei

scapperà in Svizzera (ricercato per diserzione dai comandi militari). E' la storia dei protagonisti di "Addio alle armi" di Hemingway, opera prima e quasi autobiografica del grande scrittore. Purtroppo però, la Prima Guerra Mondiale, come tutte le guerre, nasconde sotto il suo velo di epica e misticismo eroico, il volto orribile della distruzione e dell'infamia. Ne parleranno altri importanti artisti come Erich Maria Remarque nel suo "Niente di Nuovo sul Fronte Occidentale", raccontando di una generazione spazzata via dal Moloch in uniforme. O come Renè Clair, il regista francese del film, del 1937, dal titolo significativo: "La grande illusione". Pellicola che parla delle tragedie del passato, cercando di ammonire verso quelle imminenti - allora - di un altro conflitto, che poi sarà la Seconda Guerra Mondiale.

Forse fra tutti, a rendere esplicito il portato umano e storiografico della Grande Guerra, è il romanzo di Dalton Trumbo: "E Johnny prese il fucile", dove un reduce di guerra, grande invalido, costretto al letto e capace di comunicare con l'esterno, solo attraverso i movimenti del capo, riuscirà a farsi testimone della denuncia degli orrori bellici grazie alla relazione che, lentamente, un'infermiera riuscirà a stabilire con lui. La comunicazione, la prossimità, la volontà di riconoscere l'altro da sé come portatore di un bisogno cui rispondere, diventano gli strumenti che - tramite la figura dell'infermiera di Trumbo - riconducono e si riconciliano con un'umanità ferita e violentata. Lasciando qualche speranza alla fine, figlia anche della scienza assistenziale la quale, ancora nella narrazione della guerra - ma legata a fatti realmente accaduti - conducono ad un grido di solidarietà che i soldati al fronte, nel primo natale di guerra del 1914, mostreranno nel voler fraternizzare durante la

tregua stabilita per raccogliere morti e feriti.

Ne parla un'altra pellicola, del 2005: "Joyeux Noël", che riesce amabilmente a ricostruire e ad amplificare un grido di pace per il futuro, figlio anche di quello che quotidianamente, ogni sanitario, porta con sé.



Fig. 4 - Locandina del film La Grande Guerra.

Un grido anche per il presente rivolto, ad un secolo di distanza dalla fine della Grande Guerra, verso coloro che continuano a rimanere vittime dei tanti, troppi, conflitti in atto, pensando, grazie ad un ultimo riferimento cinematografico, ai protagonisti del film di Monicelli "La Grande Guerra" (Fig.4), interpretati da Vittorio Gassman ed Alberto Sordi, che rappresentano due poveracci qualunque, stritolati dalla macchina bellica, in quella che non è una storia di infermieri, ma è la storia di tutti noi.

#### Riferimenti bibliografici

- 1.Ferrajoli F. (1968) Il servizio sanitario militare nella Guerra 1915 - 1918, in *Giornale di Medicina Militare*, novembre - dicembre 1968, Anno 118, fascicolo 6, pag. 501 - 516.
- 2.Hobsbawm, E. J. (2004). *Il secolo breve* (Vol. 47), Rizzoli, Milano.
- 3.Cappellari L, Trevisani E. (2006) *1915-1918: guerra e sanità militare. Un confronto con i giorni nostri*, Atti del convegno 11 novembre, Arcispedale S. Anna, Ferrara.
- 4.De Napoli D. (1989), *La sanità militare in Italia durante la I guerra mondiale*, Apes, Roma.
- 5.Casarini A. (1929), *La medicina militare nella leggenda e nella storia*.

6.*Saggio storico sui servizi sanitari negli eserciti*, Roma.

7.Cosmacini, G. (2014). *Guerra e medicina: dall'antichità a oggi*. Laterza & Figli Spa, Bari.

8.Cerutti E. (2017) *Bresciani alla Grande Guerra. Una storia nazionale*, Franco Angeli, Milano, pag. 430

9.Cipolla C. (2013) *Storia della Croce rossa Italiana, dalla nascita al 1914*, vol. 1, Franco Angeli, Milano, pag. 751;

10.Dimonte, V. (2007). *Da Servente a Infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*, Cespi editore, Torino;

11.Sironi, C. (2012). *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Carocci Faber, Roma;

12.Cazzola M, Chillin G. (2008) *L'infermiere e la legge*, Maggioli Editore, 2008, pp. 158;

13.Cotichelli G. (2017) *L'infermiere nell'Italia liberale*, in *Giornale di storia Contemporanea*, A. 20, n. 1, Gruppo Periodici Pellegrini, Cosenza;

14.Calzolari E. (2014) *La Croce Rossa Italiana nella Grande Guerra 1915-1918* in *Il Caduceo*, Rivista di aggiornamento scientifico e cultura medica, Volume 16, n.3, 2014, pag. 27 - 34;

15.New York Times, 25 October 1915, pag. 3, Crozier-De Rosa, S. (2017). *Shame and the Anti-Feminist Backlash: Britain, Ireland and Australia, 1890-1920*. Routledge.

16.Sito consultato in data 01/09/2018:

<https://germannursesofthegreatwar.wordpress.com/special-cases/>

17.Committee for the Study of Nursing Education, & Goldmark, J. C. (1923). *Nursing and Nursing Education in the United States: Report of the Committee for the Study of Nursing Education, and Report of a Survey by Josephine Goldmark, Secretary*. MacMillan Company.

## Nebbie d'agosto, quando la storia cancella le professioni

Il 29 maggio del 1945, presso il complesso ospedaliero di Kaufbeuren - Irsee, nel Sud della Baviera, muore Richard Jenne, di 4 anni, per una dose eccessiva di sonnifero. Non si è trattato di un errore, ma di una scelta della caposala del reparto di Pediatria, Mina Wörle, in ottemperanza al programma Aktion T4, il piano per l'eliminazione sistematica dei bambini e degli adulti portatori di disabilità fisiche e psichiche. La Seconda Guerra Mondiale è finita in Europa da tre settimane, il programma stesso è stato sospeso dal 24 agosto del 1941, sotto la pressione delle famiglie dei disabili uccisi e di alcune autorità ecclesiastiche. Un programma di sterminio "sospeso", ma non vietato, e di conseguenza, per altri quattro anni circa, ha continuato a mietere vittime. Si parla di più di 5.000 bambini, e oltre 70.000 adulti [1]. Nell'ospedale della caposala Wörle sembra ne siano stati eliminati 210. Lei, per questo verrà condannata a 18 mesi di prigione, pene inferiori ad altre infermiere del reparto, mentre il direttore sanitario, il dottor Valentin Faltlhauser, subirà una condanna a tre anni. Mina morirà nel 1973, all'età di 78 anni.

Durante l'esistenza dello stato nazista molti furono gli infermieri, i medici o semplici ausiliari che parteciparono a programmi di eliminazione di coloro che erano considerati *ausmerzen*, sotto-uomini, e molti studiosi si sono posti la domanda di come ciò possa essere accaduto. In particolare, anni dopo, due infermiere ricercatrici, Benedict e Kuhla [2], si chiesero quali fossero state le ragioni alla base della partecipazione da parte del personale sanitario all'eutanasia di stato. I due studiosi, attraverso l'analisi dei verbali degli interrogatori, che a suo tempo furono stilati nei confronti delle infermiere

dell'Ospedale di Meseritz-Obrawalde, processate per la loro partecipazione al programma Aktion T4, hanno potuto evidenziare alcuni elementi di rilievo. In primo luogo il coinvolgimento ideologico attivo, dove l'eutanasia di stato veniva vista come una forma dovuta per porre fine alle sofferenze di chi era portatore di una grave disabilità, ed il professionista sanitario ne condivideva la dimensione valoriale, specie se iscritto alle organizzazioni professionali di partito.

L'accettazione valoriale però riguardava anche chi apparteneva ad organizzazioni professionali religiose (luterane o cattoliche), esprimendo in molti casi quasi una scissione fra l'essere cristiano e l'azione eutanasi, o peggio, vivendo un senso irrisolto di colpa per l'uccisione perpetrata. A tutto ciò si unisce il dato che comunque i professionisti operavano in un paese in cui il senso dello stato, la dimensione gerarchica, l'obbedienza e non ultime la costrizione sociale e la paura di essere denunciati alla Gestapo, scandivano le giornate della maggioranza della popolazione. Un quadro motivazionale composito che non assolve di certo nessuno, specie poi se si considera che oltre quelli citati vi erano anche fattori economici quali quello salariale che, comportava una maggiorazione mensile sullo stipendio di diverse decine di marchi.

In aggiunta a quanto detto però, su di un piano analitico speculare, devono essere prese in considerazione anche quelle testimonianze di professionisti che, in controtendenza, a rischio della propria vita, si comportarono diversamente, e soprattutto non obbedirono agli ordini. Su tutti spicca l'esempio di Irena Sandler (Fig.1) [3] [4], infermiera e assistente sociale polacca, cattolica e

figlia di un medico (Stanisław Krzyżanowsky) che aveva perso la vita mentre curava malati di tifo ebrei (nel 1917), che altri si erano rifiutati di assistere.



Fig. 1 - Irena Sendler (1910 - 2008).

Irena, in piena occupazione tedesca, riuscirà a mettere in salvo più di 2500 bambini ebrei, portandoli fuori dal ghetto di Varsavia. A volte nascondendoli nella propria borsa. Scoperta dalla Gestapo, subì torture che la resero invalida per tutta la vita. Condannata a morte, fu salvata dall'organizzazione della resistenza polacca. Si è spenta nel 2008, all'età di 98 anni. In una lettera al Parlamento polacco, in occasione della sua candidatura al Nobel per la pace, scrisse: "Ogni bambino salvato con il mio aiuto è la giustificazione della mia esistenza su questa terra, e non un titolo di gloria" [4]. Irena e i tanti altri rifiutarono quella che Hannah Arendt chiamò la banalità del male. Di molti non resta neanche la memoria di un nome, di un gesto, o di un atto di disperato coraggio. Lungo questo percorso si rischia però di cadere in interpretazioni elegiache e dicotomiche che non riescono a restituire la concretezza del contesto, la chiave di lettura della di-

mensione valoriale di cui erano portatori, in quella frazione di storia, i professionisti sanitari. Di conseguenza è necessario cercare la quotidianità, la dimensione umana che sopravvive alla burocrazia della morte, l'eccezione che diventa regola. Ed in questo un aiuto interpretativo può giungere dalla stessa Berlino, quando nel 1945, nei giorni della resa, le truppe sovietiche dilagarono nella capitale ridotta ad un cumulo di macerie. Un reparto entrò all'interno di un ospedale, sito in Iranische Strasse, dove furono accolti da medici, infermieri e malati che avevano una particolarità: erano ebrei! Più di 800 ebrei sfuggiti alla deportazione, e sopravvissuti in una struttura che i più chiamavano l'Inferno; dove periodicamente il personale veniva dimezzato da strani "trasferimenti", o il suo direttore, il dottor Lustig, ebreo anche lui, veniva chiamato a stilare elenchi di nominativi da deportare. Un ospedale, per la precisione il Krankenhaus der Jüdischen Gemeinde (Ospedale della Comunità ebraica Fig. 2, fondato nel 1913) dove però ancora giungevano rifornimenti, bende, medicinali, disinfettanti, viveri [5] [6].



Fig. 2 - Ospedale ebraico, anni 30, Iranische Strasse.

In pratica l'eccezione folle dell'Ospedale ebraico, lungo il piano della ricostruzione storiografica può porsi fra i due estremi simbolicamente rappresentati da Irena da un lato e da Mina dall'altro, con al centro una vasta area grigia dove il nosocomio con le sue storie umane, tremende ed assurde, restituisce una comples-

sità contestuale e professionale che non assolve o giustifica gli orrori e gli omicidi perpetrati dall'eutanasia di stato, ma riesce a porre in rilievo la dimensione etica e deontologica sia del singolo professionista sia della istituzione in quanto tale, in cui come uomini si è troppo piccoli per non diventare ingranaggi di una macchina di morte, e come professionisti si deve rimanere grandi per non farsi stritolare.



Fig. 3 - Il parco di Tiergarten. L'omonima via, al n. 4 è sul lato destro, coperta dagli alberi (foto Giordano Cotichelli)

Il programma Aktion T4, fu concepito durante gli anni '30, e il suo nome deriva dall'indirizzo dell'edificio in cui vide la luce: Tiergarten Strasse (Fig.3) al numero 4; nel quartiere esclusivo di Charlottenburg, zona occidentale di Berlino dove si possono ritrovare circa 1.400 stolpersteine (Fig.4), pietre per inciampare (presenti anche nel resto della città), di forma quadrangolare e fatte di metallo, in cui sono riportati i nomi di ebrei o di altre



Fig. 4 - Stolpersteine in Berlino (foto Giordano Cotichelli)

vittime del nazismo che abitavano, prima di scomparire, nei pressi di dove è posta la pietra. Per Richard Jenne, per le tante piccole vittime, ed anche per gli adulti disabili, non ci sono pietre di inciampo, ma forse la importante letteratura che si sta producendo sull'argomento possono assolvere la stessa funzione. In merito, è giusto sottolineare che il titolo di questo articolo fa il verso al libro, e successivo film: "Nebbia in agosto. La vera storia di Ernest Lossa", di Robert Domes, che parla di un quindicenne ucciso nell'Ospedale di Mina Wörle. Un libro come monito per ogni professionista della salute per il quale comportarsi come una Irena Sandler può essere un'aspirazione, ma trasformarsi in Mina Worle è un rischio da cui non può mai dirsi del tutto esente.

#### Riferimenti bibliografici

1. Conroy, M. (2017). Nazi Eugenics: Precursors, Policy, Aftermath. Columbia University Press.
2. Benedict, S., & Kuhla, J. (1999). Nurses' participation in the euthanasia programs of Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 246-263.
3. Mieszkowska, A. (2011). Irena Sendler: Mother of the Children of the Holocaust. Greenwood.
4. Wright, P., & Webster, P. (2012). Workshop Report. *The Journal of Practice Teaching and Learning*, 8(3), 97-114.
5. Elkin R. (1993). Das Jüdische Krankenhaus in Berlin zwischen 1938 und 1945. Hrsg. vom Förderverein "Freunde des Jüdischen Krankenhauses Berlin e.V." Aus dem Hebräischen von Andrea Schatz Edition Hentrich, Berlin.
6. Silver, D. B. (2004). *Refuge in hell: how Berlin's Jewish hospital outlasted the Nazis*. Houghton Mifflin Harcourt.



## Sommario

1. **Presentazione**, Maurizio Mercuri, Giordano Cotichelli, pag. 1

2. **Il Caring, le teorie del Nursing e le buone pratiche**, Maurizio Mercuri

La cura tra arte e scienze, pag. 2

La matrice archetipica ed etica della cura, pag. 5

La cura di sé come cura dell'esperienza della cura, pag. 8

Le teorie del Nursing centrate sulla cura, pag. 11

Le migliori pratiche sanitarie, pag. 16

Bibliografia, pag. 18

3. **Contributo per una storia sociale dell'Infermieristica**, Giordano Cotichelli

Presentazione, pag. 10

Cura e assistenza agli albori della storia: solidarietà ed organizzazione delle conoscenze, pag. 21

Lampade e lucerne, tra mito e quotidianità dell'assistenza infermieristica, pag. 24

La dimensione etimologica dell'assistenza infermieristica, pag. 27

L'arte classica come fonte storiografica dell'assistenza e della cura, pag. 30

Dai manuali di una pratica empirica alle diagnosi infermieristiche, la trasmissione e codificazione del sapere assistenziale, pag. 33

La peste e le trasformazioni dell'assistenza tra XIV e XVII secolo, pag. 35

Alle origini della ricerca infermieristica: Jean Baptiste Pussin, un antesignano nella Francia della Rivoluzione, pag. 38

Note storiche sugli infermieri durante la Prima Guerra Mondiale, pag. 41

Nebbie d'agosto, quando la storia cancella le professioni, pag. 45



I Quaderni di LETTERE dalla FACOLTA'  
n. 4 - 2019

*Direttore editoriale*  
Marcello M. D'Errico

*Comitato editoriale*  
Fiorenzo Conti, Lory Santarelli, Gian Marco Giuseppetti, Adriano Tagliabracci

*Comitato di Redazione*  
Pamela Barbadoro, Anna Campanati, Francesca Campolucci, Francesco Di Stanislao,  
Stefania Fortuna, Loreta Gambini, Alessandra Giuliani, Maurizio Mercuri, Alberto Pellegrino,  
Maria Rita Rippo, Andrea Santarelli, Cecilia Tonnini

*Direttore responsabile*  
Giovanni Danieli

*Consulenza tecnica*  
Giorgio Gelo Signorino, Maria Laura Fiorini

