



# LETTERE dalla FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà  
di Medicina e Chirurgia  
dell'Università Politecnica  
delle Marche

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

## Maestri di arti sanitarie Figure, luoghi e paradigmi della formazione

A cura di Maurizio Mercuri e Giordano Cotichelli

1. Introduzione, *Maurizio Mercuri, Giordano Cotichelli*, pag. 2
2. Sull'arte di riconoscere i propri Maestri, *Maurizio Mercuri*, pag. 3
3. Gente famosa, gente malata: Florence Nightingale, *Maurizio Mercuri, Mara Marchetti*, pag.
4. L'infermieristica come un'arte, la più bella delle arti: bellezza, valore e cura, *Maurizio Mercuri*, pag.
5. Figure, luoghi e paradigmi della formazione, *Giordano Cotichelli*, pag.

2  
2021

# Introduzione

Maurizio Mercuri e Giordano Cotichelli



Tre le ricorrenze importanti. Nel 2020 sono caduti i 50 anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la casa comune di tanti professionisti che ci lavorano e che ci vivono e dove a migliaia si sono laureati. Nel 2020, ma per colpa del SARS-CoV-2 non se ne è dato sufficiente rilievo, si celebravano i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale e l'O.M.S. ha dichiarato l'Anno Internazionale degli Infermieri. Come professionisti, docenti e formatori nel Corso di Laurea Infermieristica vogliamo partecipare a posteriori a queste commemorazioni parlando di dottrine e di storie e narrando quattro avventure intellettuali.

La prima è una disamina accurata, riflettuta e sentita, di chi è il Maestro. E non solo. Di come tutti noi ne abbiamo cercato uno. Chi l'ha trovato è stato fortunato. L'articolo è in fondo un modo di orientare gli studenti ad un consiglio, quello di sforzarsi di trovare il proprio maestro.

Il secondo pezzo centra l'attenzione sul valore della cultura e delle humanities per la formazione dei professionisti che cercano il sapere nelle discipline delle scienze della salute. E poiché sappiamo che le conoscenze più astratte o quelle più specialistiche non possono fare a meno anche di concretezza ed unità, ci siamo permessi di raccontare una storia esemplare: quella di una persona eccellente dal lato della sua malattia, perché anche i maestri si ammalano. È meglio ricordare che anche i medici e gli infermieri, come tutti i professionisti e come tutti, si ammalano. Una storia d'eccezione che diventa una storia di normalità. In questo caso anche la malattia e la cura risulteranno fuori norma, in un certo modo eccezionali, perché varie, perché contratte

in tempi eccezionali e perché protratte per ben quattro decenni.

Il terzo parla di una allieva eccellente, ma tra le righe dice molto di più: l'allieva diviene maestra. Ancora di più: si parla di dedizione, di arte e di bellezza, di volontà e di scelte e di storie che si intrecciano col pensiero. Una e il Leone, una leggenda vittoriana, diventa la scusa per ricollocare una frase in un testo meraviglioso dove la Maestra storica trova parole meravigliose per un memoriale.

Per il quarto è meglio darne un sunto. Nel 1939 vede la luce la prima edizione del manuale «Guida pratica dell'infermiera» per le edizioni del Pio samaritano di Milano, a cura del Dott. Aldo Bottero. Un testo ampio, ricco e sostanzialmente completo per i tempi di allora che permetteva di avere uno strumento didattico indispensabile per le Scuole Convitto per Infermiere Professionali che da poco più di un decennio erano presenti sul territorio nazionale. La quarta edizione, quella del 1946, non molto dissimile dalla prima, è costituita da 620 pagine in cui vengono illustrate le principali discipline di studio: una parte generale comprendente anatomia, fisiologica, batteriologia, igiene, farmacologia e dietetica, cui segue sezioni specifiche del libro riguardanti concetti generali di medicina, chirurgia, patologia e specialità mediche e chirurgiche, pronto soccorso, specialità tecniche "varie", piante medicinali, mansionario e norme di istruzione religiosa. La guida arriverà ad avere fino a sedici edizioni. L'ultima sarà del 1978. In pratica un testo inossidabile che è rimasto in uso, salvo qualche piccolo aggiornamento, per ben quaranta anni, un lasso di tempo che ha visto importanti cambiamen-

ti sul piano tecno-scientifico e sul piano sociale, economico, nonché politico. Salta subito all'attenzione del lettore come sia riuscito un prodotto didattico tale a resistere per così tanto tempo e se non fosse in realtà una testimonianza concreta di una formazione infermieristica che, in Italia, ha attraversato lunghi periodi di "stagnazione", restando in sostanza legata ad un modello di professionista dell'assistenza che veniva riproposto pressoché immutato nonostante il mondo attorno a lui fosse decisamente cambiato.

Le considerazioni che si potrebbero fare in relazione a questa premessa porterebbero via molto più spazio di quello che una nota introduttiva consente. Di conseguenza ci si limita solo al fatto che l'esempio portato abbia lo scopo di sottolineare l'importanza di come la metodologia di insegnamento, la costruzione della formazione delle professioni di cura e di assistenza (e di aiuto, più in generale) e la trasmissione delle conoscenze scientifiche non siano interventi che possano essere lasciati né alle capacità del singolo, né alle contingenze del momento, ma necessitano di un approccio e di un respiro ampio che permetta di restare al passo con i tempi, seguendo il progresso e l'innovazione, pur rimanendo legati ad un sapere millenario che si riproduce in continuazione. I nativi del Canada hanno un detto in merito agli insegnamenti che i genitori devono dare ai propri figli. Essi devono essere finalizzati a dare ali per volare via liberi e radici per rimanere ancorati alle tradizioni. Apparentemente un ossimoro irrisolvibile, in realtà l'aspetto più genuino della formazione in campo sanitario su cui, nelle prossime pagine, si cercherà di fornire alcuni spunti di riflessione.

# Sull'arte di riconoscere i propri Maestri

Maurizio Mercuri



*Dedico queste righe a Giovanni Danieli, Maestro per molti.*

## Prologo

A ciascuno di noi è permesso di ritornare con la mente agli anni della propria formazione. Ciascuno ricorda gli eventi del passato che richiesero una scelta, od una sua omissione, affinché, nell'andare naturale delle cose, si frapponesse un pensiero, od un istinto, che, rompendo gli automatismi, permise di entrare in una vita nuova. Mentre esistevamo, diventammo improvvisamente consapevoli di essere vivi e di quale nuova avventura avremmo voluto affrontare<sup>1</sup>.

Ciascuno di noi rammenta persone importanti che hanno presenziato ai passaggi, a volte permettendoli, a volte rendendoli più difficoltosi, ma, si dice, per portarci al crogiuolo, come l'oro più fino. Ciascuno ricorda chi, dopo la scelta di una strada nuova, si è affiancato a noi, davanti a noi: noi ci siamo legati ad un Maestro. A volte il Maestro ci è stato presente per un tempo breve, a volte ci ha definito la scelta professionale, a volte ci ha cambiato la vita: uomo o donna non fa differenza.

È sulla persona del Maestro che voglio concentrare questo scritto e, in controcorrente con la letteratura didattica odierna che pone al centro il discente, definirlo cardine del più grande processo evolutivo di ogni essere umano. Lo faccio per rispetto di chi ricordo come mio Maestro, lo faccio per stimolare i giovani, affinché possano riconoscere i propri Maestri e sceglierli,

per essere traghettati verso nuove fasi della vita; o meglio orientarsi a scegliere, perché l'ultima parola, quando non necessitata da consuetudini sociali, nel gioco di chi sceglie chi, spetta al più grande, a chi ha più spessore.

Ma chi è da considerarsi come Maestro? Chi consideriamo in un qualsiasi ambito molto più avanti di noi. A volte il riconoscimento è segreto, a volte pubblico, raramente unanime per tutto il genere umano.

Un giovane, generalmente, si lega a chi ha una anima simile alla sua, ne è attratto: meno esperto della vita, ha slanci ideali più larghi, ha meno schemi prefigurati, ed ama chi ha anime nobili ed ampie. Potendo rispecchiarsi in percorsi interiori simili ai suoi, trova nel Ma-

estro un compagno di viaggio per questi paesaggi, di natura intellettuale, esistenziale o spirituale.

Un giovane, spesso, desidera usare la mente in modo veloce; il rischio è la noia. Si avvicina a chi la mente stimola ed arricchisce di contenuti, che dovranno essere personalmente validati, criticamente vagliati. Per l'intelligenza si lega ad un Maestro. Per la stima intellettuale, per gli stimoli forniti, per i metodi spiegati, per gli orizzonti culturali offerti, per l'originalità, per il sapere, per gli ambiti di conoscenza, per la profondità delle cose ragionate, per gli interessi disciplinari comuni. La mente del Maestro spaesa, disorienta spazio e tempo, rimodula categorie concettuali, permette di capire in profondità i fenomeni, i quesiti ed i problemi

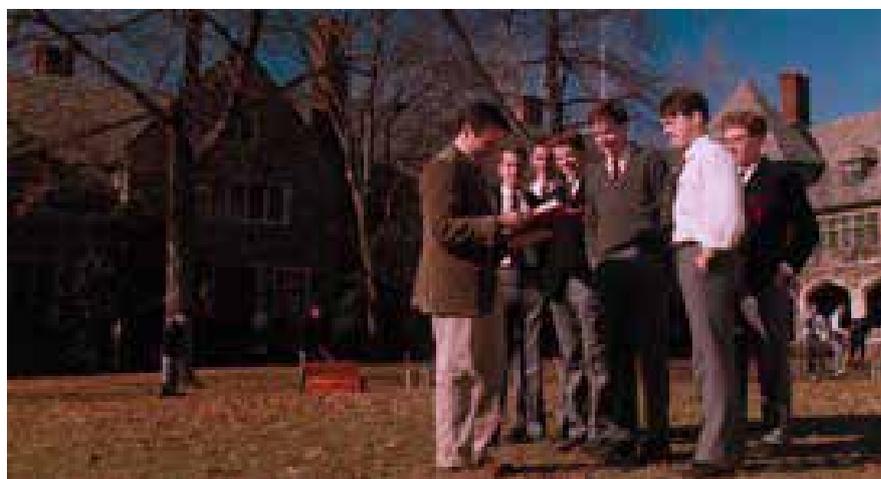


Figura 1 – Una scena del film “L’attimo fuggente” (Dead Poets Society) regia di Peter Weir (1989), con uno straordinario Robin Williams

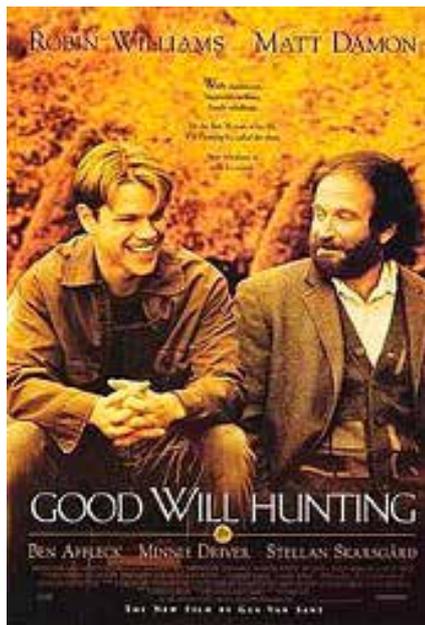


Figura 2 - La locandina del film "Will Hunting - Genio ribelle" (Good Will Hunting), regia di Gus Van Sant (1997)

interpretativi, che sempre forniscono occasioni. Nel piccolo, l'allievo riproduce i salti paradigmatici delle rivoluzioni delle conoscenze. La distanza è giusta: né troppo grande, per l'impossibilità ad esser trasportati ad un livello superiore, né troppo breve, altrimenti non avrebbe bisogno di un riferimento. Sta al Maestro usare quel che conosce per accoscicare le distanze, sta al discepolo prendere ogni offerta per mantenere le distanze, progredendo nell'infinito mare del sapere, fino a che le distanze col Maestro siano un affiancamento orientato a nuove scoperte fatte con o grazie a Lui. Quando le distanze sono acclaratamente grandi, al discepolo non resta che il lavoro, l'umile ricerca di assimilazione di isole di sapere e di settori di processi, abilmente gestiti dal Maestro. Questi diventa un modello, la possibile matrice, l'accezione di una lotta per un possibile superamento.

Un giovane, quando non spiazzato da annichilimenti, inibizioni, paure od espressioni rabbiose, mancanze di riconoscimento o sentimenti di inadeguatezza, sbrigative od ossessive incumbenti passioni tristi, spontaneamente ricerca un confronto, anche d'affetto. Se il confronto è tra pari si sceglierà un *leader*, se con adulti capaci, un

Maestro. La frequentazione sarà volontaria; il riconoscimento del valore, biunivoco; la presenza, cercata. La motivazione sarà ardente, la sicurezza, quieta dentro una cornice. Esse nascono, si alimentano e perdurano come per premi elargiti al termine di percorsi funambolici, col pensiero di un grato riconoscimento per gli spazi interiori presidiati, essenzialmente disciplinari e quelli professionali e di vita conquistati per un merito comune. Si tratta, nel profondo, di un rapporto di fiducia non tradito, di una asimmetria di benevolenza intellettuale.

In questo consiste il senso profondo di questo piccolo lavoro: far chiedersi ai giovani di trovare i migliori maestri per sé. In gioco è la consapevolezza inveniende della parte migliore di sé. Poi è questione di stoffa: gli allievi fanno i Maestri, tanto quanto i Maestri fanno grandi gli allievi.

### Il Maestro

E' una questione di interpretazione filosofica. Già lo ha chiarito bene Pierre Hadot: "L'atto filosofico non si situa soltanto nell'ordine della conoscenza, ma in quello del "sé" e dell'essere: è un progresso che ci fa essere di più, che ci rende migliori. E' una conversione che sconvolge tutta la vita, che cambia l'essenza di chi la realizza, facendolo passare da una condizione di inautenticità, oscurata dall'inconsapevolezza, tormentata dal dubbio, ad uno stato di autenticità in cui l'uomo raggiunge la coscienza di sé, la percezione esatta del mondo, la pace e la libertà interiori".<sup>2</sup> Mentre l'umano scopre la propria autenticità, a volte faticosamente, si decentra e si centra riprendendosi in cura. Per questo il Maestro è importante, in questo movimento di ritorno a se stessi dopo aver vagato con l'animo, la mente e il cuore fuori di sé. Il ritorno è un rispecchiamento di sé che diviene cura di sé.

Dall'età della rivoluzione scientifica, culturalmente preparata prima dello sperimentalismo galileiano da Cartesio, si è guardata con disincanto la relazione dell'essere umano con la Natura e ripensata

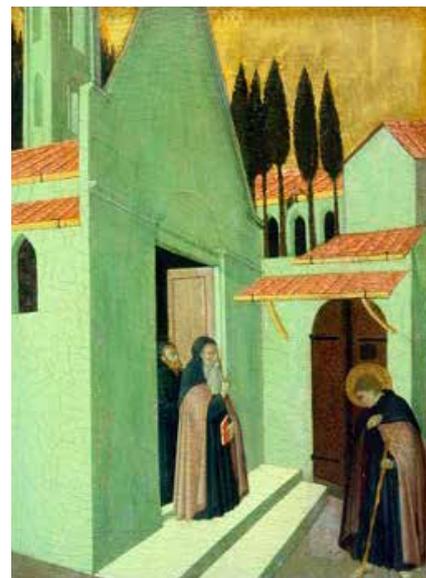


Figura 3 - Maestro dell'osservanza, Sant'Antonio lascia il suo monastero, 1440 circa, tempera su pannello 47.2x35 cm (intero pannello) 46 x 34 cm di superficie dipinta, Washington, National Gallery of Art

la filosofia partendo da coscienza e soggettività. René Descartes, pur interessandosi al conseguimento di una buona vita attraverso il dominio delle passioni, traccia la strada principale del pensiero moderno: l'esaltazione del soggetto che vuole e che pensa, ripresa poi da Kant ed Hegel. La via degli antichi, ripresa solo da Spinoza, sarà dimenticata, parendo ai contemporanei un cammino illusorio ed arcaico. Solo ora, col triplice crollo delle ideologie religiose, politiche ultraliberali consumistiche che si proponevano di giovare all'umanità, ma che sono risultate fallimentari, ci si pone nuovamente la domanda sul senso della vita e della felicità individuale e collettiva<sup>3</sup>. Ambienti sociali, economici e culturali sono cambiati, ma non è detto sia cambiato lo spirito e il cuore: interrogativi esistenziali ed esercizi spirituali del passato sono perfettamente adatti a noi. Certo è il rischio di vivere il tempo dell'esasperata ingiunzione alla felicità come un'euforia perpetua<sup>4</sup>. L'uomo sarebbe condannato al dovere di essere appagato e non può che essere responsabile della sua incapacità a rispondere a tale dovere. L'uomo è condannato ad essere appagato. La nostra è la prima società della storia a rendere le persone in-

felici di non essere felici. Al dramma del Paradiso e Inferno subentra la scena del successo e fallimento. Alla pressione delle prestazioni da realizzare per raggiungere la propria soddisfazione e al malessere derivato dalla inadeguatezza di realizzare se stessi deriva la fatica di essere se stessi<sup>5</sup>, ma questo già presenta uno sdoppiamento di senso. Da un lato l'immagine di sé, dall'altro il Sé più autentico; e un presentarsi chiaro dei meccanismi della società in cui l'individuo può restare schiacciato dalla necessità di mostrarsi sempre all'altezza. Certamente il Maestro aiuta ad interpretare il mondo, come nel racconto sufi in cui il saggio alla fine dichiara che ciascuno ha il mondo nel suo sguardo: per un uomo infelice in un luogo, lo sarà ovunque ed un uomo felice lo sarà ovunque. La spiegazione di questo, ostacolo di fondo del vivere, è ritenere la rappresentazione del reale come realtà essa stessa. Questo è ben chiaro a chi studia filosofia, da Epitteto<sup>6</sup> in poi, o chi ha dimestichezza col pensiero orientale o prossimità con gli insegnamenti del Buddha.

Educare, come per Socrate, non è un fatto corrente, come l'azione del sapiente sull'ignorante, ma l'elemento in cui gli uomini tra di loro vengono a se stessi in quanto si schiude loro il vero. Anche i giovani aiutavano Socrate quando egli voleva aiutarli. In quel che appare ovvio, si scoprono difficoltà, si crea uno smarrimento, ci si costringe a pensare, si insegna a cercare, si torna a interrogare, a non evitare la risposta, sostenuti dal sapere che la verità è ciò che congiunge gli uomini. Da questa realtà fondamentale, sorse la prosa dei dialoghi di cui fu maestro Platone.<sup>7</sup>

L'origine della parola insegnante è quella di segnare-in, lasciare un segno dentro, trasformando la vita di chi si incontra. La via è solo una: pensare e vivere il vero. Il sentiero è quello di diventare ciò che si è. Non si tratta solo di pensare, ma anche di vivere, non solo di vivere, ma anche di pensare. Accostarsi alla verità e farsi prendere da lei e diventare così veri.<sup>8</sup>

Volere il bene della persona che



Figura 4 - Raffaello, *La scuola di Atene*, (1509-1511) affresco 770 x 500 cm, Stanza della Signatura, Musei Vaticani

ci si affida e ciò si concretizza nel desiderio di rendere il discepolo, il più autonomo possibile. Il sostegno di una guida può rivelarsi molto utile quando desideriamo attraversare le zone più oscure della nostra psiche ... Scopo di fare delle nostre vite un'opera d'arte. Siamo completamente condizionati da affezioni inconsapevoli, ma possiamo diventare consapevoli eseguendo un lavoro di rettificazione di credenze, desideri ed emozioni. Possiamo emanciparci, personalmente, politicamente e spiritualmente,<sup>9</sup> ma resta impossibile senza una guida.

Il lavoro di Maestro è un lavoro di fino, a volte nell'ombra. Bene ha scritto Roberto Andò: "Eppure, senza un buon allievo non può nascere un buon maestro, e viceversa. C'è bisogno della presenza dell'allievo, o del maestro, perché uno dei due si riveli all'altro. (...) Da ora in poi cerchi di non sottovalutare l'oscuro lavoro dei maestri. Lavoriamo nell'ombra, ma siamo noi a custodire la crisalide da cui, improvvisamente, apparirà la farfalla".<sup>10</sup>

La disciplina e la scienza, la vita e l'essere ed inevitabilmente il carattere: la forma perfetta per incarnare ed individuarsi nell'heideggeriano pastore dell'Essere. Non distante dal gigantesco Einstein che decide che l'arte suprema dell'insegnante è risvegliare la gioia della creatività e della conoscenza.<sup>11</sup>

E in tema di Maestro è giocoforza trattare di formazione. Ebbene grazie al Maestro, quando innata, l'allievo non disperde l'amore verso la conoscenza disciplinare. A volte questa germoglia e cresce, proprio dalle sollecitudini verso chi ci trasmette l'attrazione verso la materia, con passione ed intelligenza. Due i capitoli essenziali: l'educazione in senso lato e la didattica d'ampiezza universale.

Nelle due conferenze di Max Weber tenute all'Università di Monaco: *La scienza come professione* (7 novembre 1917) e *La politica come professione* (28 gennaio 1918), il filosofo chiama gli studenti fratelli e sorelle in armi. Alla loro domanda "Che fare?", ritenendosi un professore e non un capo, un insegnante e non un demagogo e diffidando dei falsi profeti in cattedra<sup>12</sup> e convinto che la cattedra non è per i profeti e i demagoghi.<sup>13</sup> Consapevole di essere di fronte ad un periodo pari ad una notte polare di fredde tenebre e di stenti, indirizza ai giovani un messaggio inatteso nel segno della responsabilità individuale: "Tra le pareti dell'aula d'insegnamento una sola virtù ha valore: la semplice probità intellettuale: la quale ci impone di mettere in chiaro che oggi tutti coloro i quali vivono nell'attesa di nuovi profeti e nuovi redentori si trovano nella stessa situazione descritta nel bellissimo canto della scolta idumea durante il periodo dell'esilio, che si legge

nell'oracolo di Isaia: "Quanto durerà ancora la notte? E la sentinella risponde: Verrà il mattino, ma è ancora notte. Se volete domandare, tornate un'altra volta". Anelare ed attendere non basta, ci comporteremo in altra maniera: ci metteremo al nostro lavoro ed adempieremo al compito quotidiano nella nostra qualità di uomini e nella nostra attività professionale. Ciò è semplice e facile, quando ognuno abbia trovato e segua il demone che tiene i fili della sua vita".<sup>14</sup>

### Il Maestro come educatore

Come ha ben scritto Ivano Dionigi nel suo *Segui il tuo demone*, quando un docente è attento "l'ora di ricevimento si trasforma via via in una sorta di direzione spirituale. Lo direi un privilegio per chi insegna in questi anni ... Sono ragazzi in cerca di fratelli maggiori, di padri, di maestri. Noi li abbiamo avuti e ci siamo permessi il lusso di contestarli e rimuoverli: con un antagonismo non privo di durezza, fallimenti e deviazioni, che tuttavia ci ha consentito di restare vivi, inseriti nella realtà e partecipi della causa comune. Loro i maestri, i fratelli maggiori, i padri li cercano e non li trovano fanno parte per loro stessi e si allontanano in una lenta silenziosa, invisibile secessione".<sup>15</sup> "Occorre far coabitare il *notum* col *novum*. Il *notum* che ci sorregge e che salva non è quello dell'abitudine, della chiacchiera, della *doxa*, dell'adesione alla quantità e della fiducia nel numero. E non si identifica neppure con la verità del mattino o del giorno prima. E' piuttosto la lezione dei maestri da meditare, l'esempio dei padri da riconoscere, il lascito della tradizione da investire come eredi e non da conservare come ereditari. E' la capacità di sentire la voce, l'eco, il silenzio di ciò che sarebbe potuto essere e non è stato, delle grandi occasioni perdute, di tutte le verità sconfitte ... (il) *Novum* è ... ciò che imprevedibilmente e irreversibilmente segna il destino individuale e collettivo; è quello che, se non siamo vigili, vediamo non in faccia ma di spalle, quando se n'è andato"<sup>16</sup>, soprattutto in un'epoca come questa di rivoluzioni sociale e tecnologica.

Per conoscere e rendere amico il *novum* carico di complessità ed incognite, abbiamo bisogno di politica e cultura, di statisti (leader) e di maestri. "Figure fuori moda che sentono il morso del tempo e preferiscono la verità alla consolazione, che conoscono la responsabilità maieutica di tracciare il travaglio dei tempi e praticano quella pietas che si fa carico di trovare una casa ai Lari; che cercano di "strappare la tradizione al conformismo che è in procinto di sopraffarla" (W. Benjamin); che distinguono la chiamata personale, solitaria, egregia dalle voci indistinte, collettive, gregarie. Questa responsabilità noi la dobbiamo ai nostri giovani".<sup>17</sup>

Di maestri nella classicità si è parlato, ad esempio il Seneca della Vita ritirata: "La natura ci ha dotati di uno spirito avido di sapere (*curiosum nobis natura ingenium dedit*), che nega il pensiero dogmatico (Lettera 33, 11: I nostri maestri sono guide non padroni. *Non domini nostri sed duces*) e che concepisce il sapere come ricerca ininterrotta: "molte cose sapranno gli uomini che noi ignoriamo, molte cose sono riservate alle generazioni future (*saecula futura*) ... Il santuario della natura mostra i suoi misteri non in una sola volta (*semel*). Noi ci riteniamo degli iniziati: ma siamo solo fermi all'ingresso (*La ricerca sulla natura*, 7, 30, 5 sg.)."<sup>18</sup>

Nelle professioni sanitarie, armoniosamente legate alla formazione continua, anche della persona, molti sono i risvolti legati alle scienze della formazione<sup>19</sup>. Il collega Benini ben delinea i valori primari dell'educazione, riportando i pensieri di grandi pedagogisti italiani.

La vita umana, per Piero Bertolini, esige una costante crescita e continuo sviluppo realizzabile esclusivamente dall'educazione. La pratica educativa ha così accompagnato l'uomo e l'umanità fino dalle sue origini (principi, norme, comportamenti e saperi trasmessi di generazione in generazione). Educare non è addestrare, come nelle società di tipo militare, ma si identifica con i movimenti dell'andare verso, del condurre – definendo un fine ed

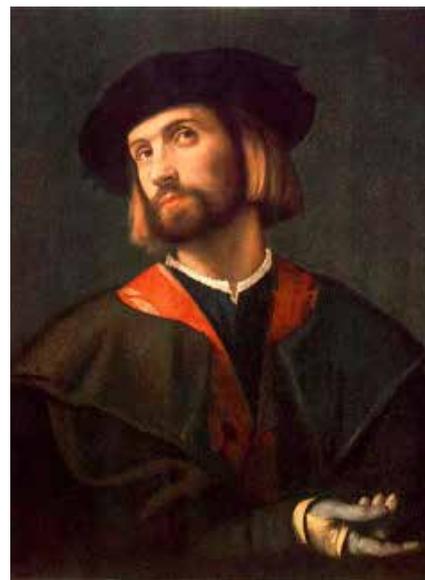


Figura 5 - Alessandro Bonvicino (Moretto Da Brescia), *Ritratto di un uomo*, (1520) olio su tela, 73 x 56 cm. Szépművészeti Múzeum, Budapest, Ungheria

una meta – e dell'accompagnare, volto allo stare vicino, all'entrare in relazione e al prendersi cura.

Educare ha molteplici significati: è un processo di formazione della persona, volto a trarre fuori ciò che ancora è in potenza; è un costante lavoro produttivo, proattivo direi, di trasmissione di valori, principi, regole e saperi da una generazione anziana ad una più giovane, intesa come presupposto necessario per il buon inserimento nel mondo sociale della persona. L'aspetto dell'istruzione, in riferimento alle discipline insegnate nelle istituzioni scolastiche, dovrebbe seguire.

Per Franco Fraboni l'obiettivo dell'educazione è la qualità totale della persona, che significa promuovere il compimento esistenziale attraverso il raggiungimento della dimensione integrale, multidimensionale ed ecologica: la dimensione affettiva (sostanziale riconoscimento delle emozioni e dei sentimenti); la dimensione etico-sociale (essere se stessi essendo gli altri con processi di mediazione fra bisogni egocentrici ed i bisogni eterocentrici, educazione alla cooperazione sociale, educazione alla responsabilità, educazione all'interculturalità e alla mondialità); la dimensione intellettuale (che promuove senso critico, problematici-

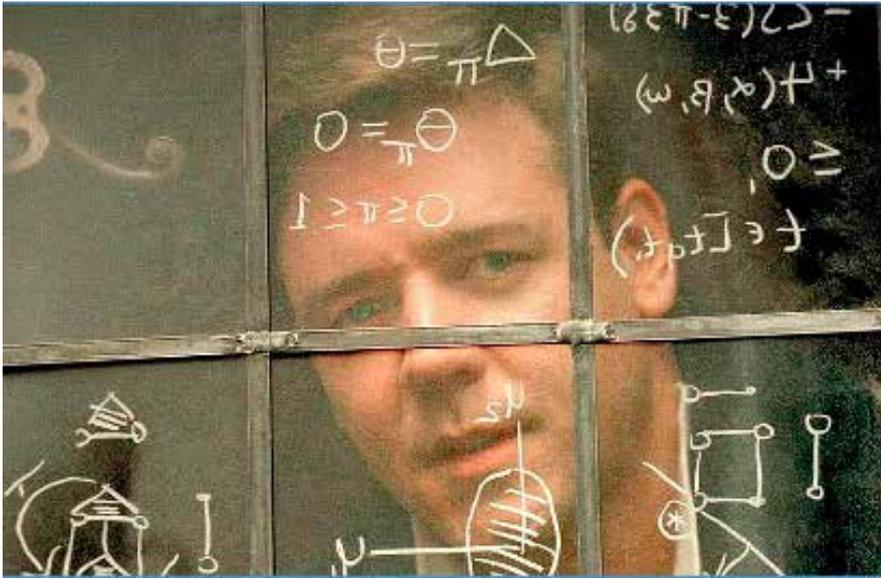


Figura 6 - Scena del film "A beautiful Mind", di Ron Howard, con Russel Crowe (2001)

tà e pensiero complesso, per giungere come dice Edgar Morin ad una testa ben fatta, che organizza le conoscenze in modo da evitare la loro sterile accumulazione); dimensione estetica (che coinvolge la creatività); dimensione fisica (*mens sana in corpore sano* – questa dimensione per noi professionisti della salute vale due volte - educazione alla dimensione corporea attraverso il riconoscimento del corpo come costituzione della persona e rispetto di sé e degli altri).

I rapporti educativi intenzionali contribuiscono a favorire lo sviluppo armonico delle competenze cognitive, emotive e sociali del soggetto di qualsiasi età. Nell'esperienza educativa la relazione è da intendersi quindi come fatto determinante e costitutivo dell'esperienza stessa: non è possibile contemplare alcun intervento pedagogico in assenza di relazione interpersonale.

Le ragioni che sostengono la relazione educativa si possono trovare all'interno dell'asimmetria culturale che si viene necessariamente a creare fra i soggetti chiamati in causa.

L'educatore veicola il proprio intento educativo attraverso interventi che possono essere o programmati e legati alla funzione socio-professionale (insegnanti, animatori, infermieri) o basati su

rapporti più spontanei e naturali che caratterizzano il quotidiano esistenziale (genitori).

L'educando come soggetto a cui sono rivolte le azioni educative, più o meno cosciente, è sempre consapevole della differenza del ruolo che si crea col proprio interlocutore. Educatore ed educando non sono da intendersi come soggetti cristallizzati in ruoli fissi ed immutabili, ma come persone che assumono un ruolo in relazione al contesto e alla situazione oggetto del discorso pedagogico. L'educatore deve aver coscienza del proprio ruolo e quindi della propria persona, che influenza e guida l'educando: occorre essere e comportarsi in modo responsabile in ogni circostanza educativa. Nella relazione pedagogica le caratteristiche personali dell'educatore (atteggiamenti, comportamenti e modi di manifestarsi non sempre coscienti e controllabili), vengono direttamente implicati nell'atto educativo, influenzandone talvolta anche l'esito.

Nel caso di un docente chiamato a formare un gruppo di studenti sull'indubbio valore pedagogico della centralità dell'educando non porta compiutamente a trasmettere tale principio, se durante una lezione o nella quotidianità compie il paradosso educativo, ossia manifesta e testimonia il principio in oggetto con noncuranza e freddezza,

za, senza esprimere, appunto, egli stesso, il concetto di centralità verso i suoi studenti. La mancanza di atteggiamenti concreti di rispetto, di considerazione e valorizzazione nei confronti dei propri educandi vanificano ogni sforzo concettuale e metodologico in campo educativo. L'azione educativa enunciata con intenzionalità nelle agenzie educative e nell'ambito delle cure sanitarie chiede di essere agita con professionalità attraverso l'espressione di capacità conoscitive e pratiche per portare a giusto compimento un intervento pedagogicamente fondato. E' necessario che l'educatore faccia riferimento al carattere sistemico dell'educazione e con esso alla correttezza epistemologica e metodologica, necessarie per costruire l'esperienza educativa.

Per Piero Bertolini esistono direzioni intenzionali dell'educazione, che bandiscono una volta per tutte la concezione dello spontaneismo educativo. Queste sono: Sistematicità, Relazione reciproca, Possibilità, Irreversibilità, Socialità. Per Sistematicità c'è constatazione della complessità di qualsiasi esperienza educativa. Per Relazione reciproca: l'esperienza educativa si fonda sulla relazione interpersonale, che è fondamento della trasmissione dell'evento educativo (ad esempio la trasmissione dei contenuti di una lezione) e fondamento dello sviluppo e della crescita dei soggetti coinvolti. Alla luce della asimmetria, la relazione educativa dovrà essere costruita come luogo di scambio, cooperazione e collaborazione tra educatore ed educando. Per Possibilità: l'uomo si costituisce nel possibile, nella relazione interpersonale che non è mai data e mai definita. L'esperienza educativa rigetta un fare ripetitivo e aprioristicamente determinato. Per Irreversibilità: l'evento educativo si situa in un una precisa struttura temporale e questo impone all'educatore una sempre vigile consapevolezza su ciò che dice e fa. Per Socialità: l'uomo come essere sociale per soddisfare i propri bisogni e per autodefinirsi chiede di fare riferimento ad un gruppo sociale, ad un contesto culturale.

La relazione educativa ha in sé connaturata una dimensione “seduttiva”, intesa come forza pulsionale e affettiva. L’educatore deve accettare che la relazione possa far nascere anche dei processi di identificazione personale nell’educando, entrando in una dimensione di transfert pedagogico. Il processo di identificazione con un adulto o un professionista permette all’educando di proiettarsi nel futuro. “L’intensità affettiva, il trasporto emotivo nei confronti di una figura educativa e la sua assunzione a modello o esempio da imitare, costituisce la possibilità di sostenere la motivazione al cambiamento. E’ chiesta la possibilità dell’educatore di farsi oggetto, senza ingiustificati timori, di identificazione da parte degli educandi, rendendosi testimone dei fini pedagogici e mantenendo in tale ambito un atteggiamento consapevole, circoscrivendo la dimensione affettiva all’interno del setting educativo. La gestione del transfert da parte dell’educatore, richiede un notevole livello di professionalità e momenti di scambio e discussione con i componenti dell’equipe”.<sup>20</sup>

Il rapporto educativo, relazione asimmetrica, deve cercare di produrre apprendimenti, crescita, conoscenza reciproca e benessere tra i soggetti coinvolti. Tale fine sarà realizzabile nella misura in cui la relazione prenda origine dal dialogo e venga a fondarsi sul riconoscimento e sul rispetto dei diritti tra i protagonisti della relazione. Questo possibile scambio nella relazione educativa porterà a capitalizzare l’esperienza per entrambi i soggetti.

Andrea Canevaro parla di rispetto educativo, accogliere ed accettare l’educando per quello che è prendendolo in considerazione a partire dalle sue specifiche caratteristiche esistenziali.

L’educando impara ciò che vive e tende ad uniformarsi ai valori che caratterizzano la realtà in cui è immerso. L’educando è orientato verso il domani e l’educazione stessa è un processo rivolto al futuro. L’educando è persona come noi: “tu sei come io sono”. La reciprocità è

propria di ciascuna persona e deve essere riconosciuta nel rapporto educativo.

Il magnifico libro del colto Sergio Claudio Perroni, morto suicida a Taormina nel maggio del 2019, “Renuntio vobis”,<sup>21</sup> riporta un dialogo a colpi di versetti biblici tra un pontefice che rinuncia al soglio e la sua ombra. E’ presente un’unica frase che non appartiene ai testi sacri, almeno non esplicitamente: “Chi si assume l’impegno di dirigere le anime si prepari a renderne conto”. Il verso rivela l’enorme responsabilità di chi educa qualcuno a interpretare il mondo secondo una visione predefinita. La stessa responsabilità, vissuta quotidianamente, vale per i formatori di professionisti, che sono prima di tutto donne e uomini che si avvicineranno al dolore. Questa responsabilità noi la viviamo intensamente.

### Il Maestro come didatta

Il Maestro come didatta è tutto concentrato sulla disciplina. Il Maestro è colui che sempre si migliora, con continuo esercizio. E con lasciati ai discepoli. Egli è totalmente preso dalla sua consapevole sapienza e al contempo totalmente fuori. Di fondo, conscio del limite umano, egli migliora per perpetuare un suo sapere ed una scuola. Qui c’è tutta l’abilità in campo di chi, oltre a creare conoscenza, la recepisce e la trasmette.

Henry James, eccelso scrittore statunitense naturalizzato britannico, ha scritto due libri in riferimento al Maestro: *La lezione del Maestro e L’allievo*. Nei due libri interviene con un contenuto fondamentale: nel portare la prova a compimento, il Maestro rappresenta la perfezione, l’allievo la forza; e tra i due si instaura un legame profondo. Fa pensare, a come il Maestro possa stimolare l’energia vitale intellettuale dei giovani, alcuni di talento. C’è la padronanza di un sapere, c’è il saper trasmetterlo. A seguire c’è un livello di interazione e coinvolgimento degli studenti. Poi l’uso didattico delle tecnologie, la mediazione dell’apprendimento degli studenti, il miglior utilizzo dell’organizzazione didattica. Non si la-

vora da soli e l’obiettivo è sempre lo studente, anche quando si celebra la lezione perfetta.

Esistono intenzioni chiare, antiche. Si tratta di accendere una scintilla che si autoalimenta: “Alcuni allievi non vogliono avere seccature quando sono per conto loro, ma ne procurano all’insegnante, facendo continuamente domande sugli stessi argomenti, come uccellini implumi che stanno sempre a bocca aperta verso la bocca altrui e vogliono ricevere tutto già pronto e predigerito dagli altri. Così “la strada corta diventa lunga”, come dice Sofocle, non solo per loro, ma anche per gli altri: infatti, interrompendo di continuo l’insegnante con domande vuote e superflue, come se fossero in gita, intralciano l’andamento regolare dell’insegnamento, che subisce interruzioni e ritardi. Ai pigri, poi, raccomandiamo che, una volta che abbiano compreso i punti essenziali, mettano insieme il resto da soli, e guidino la ricerca con il ricordo (di ciò che hanno già appreso) e, dopo avere accolto la parola altrui come un principio ed un seme, la sviluppino e la accrescano. Infatti la mente non ha bisogno, come un vaso, di essere riempita, ma come legna da ardere, ha bisogno solo di una scintilla che la accenda, che vi infonda l’impulso alla ricerca e il desiderio della verità”.<sup>23</sup>

Poi esiste una scuola e tradizioni e modalità ragionate di insegnare<sup>24</sup>, e poi conferenze quadro anche moderne: la Conferenza di Yerevan del 2015 e documenti sulla buona didattica come il QUARC\_DOCENTE 2017; e mille testi sulla buona didattica. Un ricercare il modo di acquistare più conoscenze, senza dimenticare che “l’acquisizione pura e semplice di conoscenze qualsiasi non è affatto il fine dell’Università che è, piuttosto, il sapere e il compito non è quello di riempire la memoria e neppure, semplicemente, di arricchire la ragione, ma piuttosto di risvegliare nei giovani, se è possibile, una vita completamente nuova, uno spirito superiore e veramente scientifico”.<sup>25</sup>

## Conclusioni

Un rischio grande e da evitare. Anche il Maestro è un essere umano, che il suo sapere spazi su uno o tanti campi. Gli sia permesso a volte di sbagliare. Se sa di sapienza della vita o di una materia in movimento continuo, facile è porlo tanto in alto, da non volerne ammettere gli errori.

Se è vero quello che finora si è scritto, giungerà un giorno in cui non avevamo più Maestri intorno, perché alcuni saranno ancora troppo grandi per noi. Avremo il ricordo di loro. Per alcuni il ricordo sarà vivo: questo testimone nella memoria sarà ancora di stimolo e di comparazione. Come avrebbe agito il Maestro, come avrebbe pensato, che avrebbe detto, cosa avrebbe fatto al mio posto? A quel punto forse, non avendo intorno a noi più Maestri, diventeremo consapevoli di diventare, forse, Maestro a nostra volta: soli a pensare, soli a proporre, soli a decidere, soli a guidare, anche se vorremmo far crescere chi abbiamo scelto come allievo.

Ed è per questo, se consideriamo vero quello che abbiamo scritto. Forse è vero pure che chi sa sce-

gliere un buon Maestro è già avanti sul sentiero della vita ed ha imboccato la strada di diventar Maestro a sua volta.

Questo è ciò che penso e conosco ora, il mio intendimento spirituale.

## Bibliografia

1. Jullien F, *Una seconda vita. Come cominciare a esistere davvero*, tr. it. di Massimiliano Guareschi, Feltrinelli, Milano 2017.
2. Hadot P, *Esercizi spirituali e filosofia antica*, tr. it. Anna Maria Marietti e Angelica Taglia, Einaudi, Torino 2005.
3. Lenoir F, *La saggezza spiegata a chi la cerca*, tr. it. Anna Maria Fori, PIEMME, Milano 2019.
4. Bruckner P, *L'euforia perpetua. Il dovere di essere felici*, tr. it. Cosimo Ortesta, Garzanti, Milano 2001.
5. Ehrenberg A, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, tr. it. Sergio Areco, Einaudi, Torino 2010.
6. Epitteto, *Manuale*, tr. it. Angelica Taglia, Einaudi, Torino 2006.
7. Jaspers K, *Socrate, Buddha, Confucio, Gesù*, tr. it. Filippo Costa, Fazi Editore, Roma, 2013.
8. Mancuso V, *La forza di essere migliori*, Garzanti, Milano 2019.
9. Lenoir, *La saggezza*, cit.
10. Andò R, *Il bambino nascosto*, La nave di Teseo, Milano 2020, p. 149.
11. Einstein A, *Pensieri, idee, opinioni*, tr. it. Lucio Angelini, Newton Compton, Roma 2015.
12. Weber M, *Il lavoro intellettuale come professione*, Due saggi, Einaudi, Torino 1966, p. 38.
13. *Ivi*, p. 29.
14. *Ivi*, pp.42.43.
15. Dionigi I, *Segui il tuo demone*, Laterza, Bari-Roma 2020, pp. 32-33.
16. *Ivi*, pp. 70-71.
17. *Ivi*, p. 72.
18. *Ivi*, p. 115.
19. Benini S, *Pedagogia e Infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze educative, comunicative e relazionali nella pratica assistenziale*, CLUEB, Bologna 2006.
20. Benini, *Pedagogia e Infermieristica in dialogo*, cit.
21. Perroni SC, *Renuntio vobis*, Bompiani, Milano 2015.
22. Henry James, *La lezione del maestro*, tr. it. Maurizio Ascari, Adelphi, Milano 2016; ID, *L'allievo*, traduzione di Federica Bertola, Giulia Costantini e Federica Sgubbi, Revisione della traduzione di Monica Rita Bedana, Elliot, Roma 2019.
23. Plutarco di Cheronea, *L'arte di ascoltare*, 47 F - 48 C, tr. it. Alessandro de Blasi, Garzanti, Milano 2018
24. Lemov Doug, *Teach like a champion. 62 tecniche per un insegnamento di successo*, tr. it. di Alessandra Nesti, Loescher, Torino 2018
25. Schleiermacher F, *Il valore della vita*, a cura di Sergio Sorrentino, Marietti, Bologna 2000, p. 110.

# Gente famosa, gente malata: Florence Nightingale

Maurizio Mercuri, Mara Marchetti



*Con questo articolo l'intento è di riprendere una antica intenzione, dedicare attenzione a persone famose, ciascuna a modo suo, ma, ahimè, malate. Malattia, dolore e morte sono un dato di fatto della natura umana, nessuno ne è escluso. Illustri ed ignoti sono accumulati, a volte, dalla stessa sorte. Ma come agisce un personaggio, almeno nominato negli annali e libri di storia, al riconoscimento della propria fragilità umana? Che tracce lascia la malattia sull'essere senza dubbio originale di una grande personalità? Come la sofferenza diventa, in eminenti personaggi, spunto per modificare il proprio destino, le proprie credenze o la propria arte? E soprattutto che insegnamento ne possiamo ricevere e che cosa, di queste vicende, può stimolare l'intelligenza e il cuore, di chi costantemente presta cure ai malati o, ancora studente, lo farà presto?*

Da infermieri, e l'Infermieristica la riteniamo professione altamente filosofica, scriviamo con la stessa consapevolezza di Virginia Woolf sulla differenza tra un letterato ed un cultore della realtà: "La letteratura fa del suo meglio perché il proprio campo di indagine rimanga la mente; perché il corpo rimanga una lastra di vetro liscio attraverso cui l'anima appaia pura e chiara e, eccetto che per una o due passioni come il desiderio o la cupidigia, sia nullo, e trascurabile e inesistente. La verità è tutto il contrario. Il corpo interviene giorno e notte; si smussa o si affila, si colorisce o scolora, si volge in cera nel calore di giugno, s'indurisce come sego nell'oscurità di febbraio. La creatura che vi sta rinchiusa può solo vedere attraverso il vetro, imbrattato o roseo; non può separarsi dal corpo come il coltello dalla guaina, il seme dal baccello, per un solo istante; deve attraversare tutta l'interminabile successione dei mutamenti, il caldo e il freddo, l'agio e il disagio, la fame e la soddisfazione, la salute e la malattia, finché arriva l'inevitabile catastrofe: il corpo va in briciole e l'anima (si dice) fugge. Ma in questo dramma quotidiano del corpo non si trova traccia scritta. La gente non fa che raccontare le imprese della mente: i pensieri che l'attraversano; i suoi nobili propositi; come abbia civilizzato l'universo.

Secondo loro la mente, nella sua torre d'avorio, ignora il corpo; o con un calcio lo fa volare, come un vecchio pallone di cuoio, attraverso leghe innevate o desertiche a perseguire conquiste e scoperte. 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>1</sup> Affrontare la malattia è da persone coraggiose e questo coraggio scaturisce energico da una visione filosofica che prende nutrimento dalle profondità, dai fondali, che sono le stesse nostre, che alimentano la motivazione e dirigono le azioni secondo un progetto.

Quando si parla di malattia, e quindi di esistenza, paradossalmente il tempo si abbrevia, lo spazio solitamente si fa angusto, ma l'orientamento generale non può essere che quello della mente, che scruta spazi e tempi estesi. Vien da ricordare Michael Bulgakov, scrittore e medico, quando nella disputa tra lo "sconosciuto" e lo sfortunato Bezdomnyj, fa dire al primo: "Mi perdoni, per dirigere bisogna avere un piano esatto per un periodo abbastanza lungo. Mi permetta perciò di chie-

derle come può un uomo dirigere, se non solo gli manca la possibilità di fare un piano perfino per un periodo ridicolmente breve come, diciamo, un millennio, ma non è in grado di rispondere del proprio domani".<sup>2</sup>

Davanti ad una diagnosi infausta, nessun destino eccetto il proprio interessa più. I parenti cominciano a mentire e si fa la spola tra medici, da ciarlatani e chiromanti, cose certo insensate. Poi la certezza che dal defunto non si cava più alcun costrutto. Lo sconosciuto non è certo uomo di speranza, e mi permetto di dileggiarlo un po', e ricavare almeno un poco di cultura da quella tramontata gente famosa. E' una sorta di medicina narrativa, passata al vaglio di una storia appena più grande della nostra, sebbene con risultati sublimi o eterni.

La medicina di successo, e la intendo multidisciplinare, si basa su due pilastri. Il primo è il corpus delle conoscenze mediche, comprese quelle epidemiologiche e statistiche, l'altro è la conoscenza del paziente, del suo mondo-vita bio-psico-sociale, degli avvenimenti della sua personale storia. Il secondo pilastro è il superamento del divario chiamato "the human gap in medicine", ovvero la sfida alla scienza tecnocratica, sono totalmente a carico delle scienze umane. La cultura umanistica for-

nisce agli operatori sanitari anche i mezzi di sostegno per dare senso allo spaventoso incontro con la sofferenza, la disabilità o la pressione derivata dal faticoso lavoro fisico o dagli antagonismi per la carriera. Le discipline umanistiche costituiscono la piattaforma comune per tutti coloro che erogano assistenza sanitaria, limitando i tradizionali ed ostruttivi confini tra le professioni.<sup>3</sup> Possedere un paradigma comune significa: primo, aderire ad un insieme di assunzioni teoriche fondamentali che tutti i membri di una comunità scientifica accettano in un dato momento storico; secondo, avere problemi scientifici particolari, casi "esemplari" comuni<sup>4</sup> e finanche questioni etiche aperte. Professionisti che condividono ambienti formativi comuni, identici paradigmi scientifici, sono d'accordo su proposizioni, sulle modalità della futura ricerca, sui modi di procedere nel loro campo precipuo nell'affrontare e risolvere problemi pertinenti. In breve si aderisce ad un'intera prospettiva scientifica e ci si stimola ad un confronto nel differente ambito operativo. Integrare le scienze umane alla clinica permette quella osservazione partecipata tipica della tradizione antropologica culturale a sostegno dell'approccio scientifico oggettivante e la riflessione critica ed epistemologica sulle convinzioni di fondo delle scienze della salute, della cura, della riabilitazione e della palliazione. Certo, la cultura da sola non può fare un medico, un infermiere o altro professionista sanitario più umano. La formazione umanistica serve a proiettare l'esperto della salute e della cura verso un suo miglioramento e crescita e una sua più alta umanizzazione per legarlo a fare tutto quello che è in suo potere, anche con i suoi personali sacrifici, per salvare una vita o soccorrere qualcuno nel dolore o prossimo alla morte, credendo fermamente nella trasmissione dei saperi. La cultura umanistica ha il potere non solo di unire i lati opposti della medicina, la sua vocazione scientifica con la sua vocazione umana, ma anche di approfondire la nostra comprensione della salute e del benessere umano facendo leva su mol-

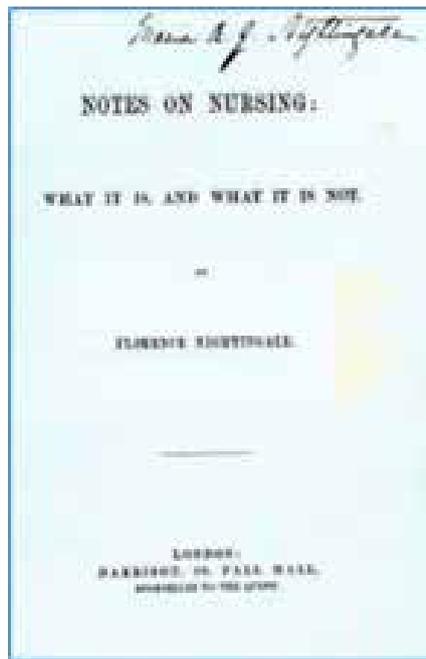


Figura 1 - "Notes on nursing", frontespizio autografato dall'autrice. Florence Nightingale Museum, Londra

teplici prospettive – biomedica, filosofica, storica, artistica, letteraria, antropologica. Il risultato di questo approccio dovrebbe garantire una visione più approfondita del paziente, della medicina e dell'organizzazione sanitaria, volta a curare qualche volta, ad alleviare spesso e a confortare sempre.<sup>5</sup>

Le scienze umane in medicina sono quindi strumentali per:

- ridurre il *gap* tra biomedicina e scienze umane,
- facilitare l'insegnamento e la ricerca interdisciplinare<sup>6</sup>,
- promuovere un approccio di presa in carico e cura paziente-centrato<sup>7</sup>,
- ridurre la *hybris* biomedica<sup>8</sup>,
- equipaggiare i medici ed i professionisti sanitari a dover affrontare le sfide morali, non giustificati dalla biomedicina<sup>9</sup>,
- favorire l'autoapprendimento permanente e la pratica consapevole<sup>10</sup>,
- contenere il *burnout* professionale<sup>11</sup>,
- promuovere la competenza narrativa, favorendo comprensione empatica e la comprensione metaforica per una interpretazione condivisa della storia del paziente-diagnosi-terapia.<sup>12</sup>

Le scienze umane in medicina permettono lo sviluppo del pensiero critico, non da ultimo quello logico-clinico<sup>13</sup> ed il sostegno al limitare

l'errore in una pratica ad alto rischio, mediante il racconto di esperienze vissute da altri professionisti<sup>14</sup>.

Le scienze umane aiutano i professionisti della diagnosi, della cura, dell'assistenza, della riabilitazione e della palliazione nella comprensione della soggettività profonda dell'essere umano, individuata nelle emozioni e negli stili di attaccamento.

Le *humanities* in medicina sostengono la comprensione dell'altro in quanto appartenente a sistemi culturali ed interpretativi differenti.<sup>15</sup>

È questo lo spirito con cui ci impegniamo a narrarvi questa storia, usando il metodo di divulgare ricerche e studi di studiosi ben più dotati di noi.

Di Florence Nightingale si sa quasi tutto. Nacque a Firenze il 12 maggio 1820, morì novantenne il 13 agosto 1910. "Anche se non era presente sofferenza, si stava consumando – ha riportato Elizabeth Bosanquet, che l'assistette nelle ultime ore – e non era più in grado di prestare attenzione alle conversazioni. Sonnechiava continuamente e durante il venerdì notte l'infermiera di servizio notificò un leggero cambio del respiro mentre Florence dormiva. Lo stato semicomatoso continuò fino al suo spegnersi alle 2 del pomeriggio, e noi inviammo la relazione".<sup>16</sup> Certamente già da decenni la sua salute era malferma. Vediamo di darne un sunto, insieme alla cronologia delle sue azioni di maestra.

Nell'estate del 1844, Florence aveva ventiquattro anni, dopo una delle frequenti visite caritative dove porta un po' di cibo e denaro ai contadini poveri che lavorano al servizio del padre e che vivono in condizioni molto disagiate, prende coscienza delle gravi differenze sociali che affliggono la società inglese del XIX secolo, divisa nettamente tra ricchi e poveri scrive: "La mia mente è assorbita dall'idea della sofferenza della gente. Non riesco a vedere niente altro. Tutte le persone che vedo sono corrose dalle preoccupazioni, dalla povertà o dalla malattia"<sup>17</sup>.

Nel luglio 1850, Florence per un periodo di due settimane soggiorna a Kaiserwerth in Germania; in tale località un pastore protestante ha aperto un ospedale/ospizio. Du-

rante le due settimane di soggiorno, Florence può osservare il metodo di lavoro delle donne (diaconesse) che si occupano di assistere gli ammalati. Al termine delle due settimane va a vivere a casa di Sidney Herbert e consorte, influenti amici conosciuti a Roma tre anni prima, e lì consolida la sua volontà di diventare infermiera, grazie anche alla conoscenza di una delle prime donne medico, Elizabeth Blackwell, che, probabilmente, oltre ad esserle d'incoraggiamento, la istruisce sui fondamenti di medicina.

Nel 1851 si reca nuovamente a Kaiserwerth e nel 1852 a Parigi e si stabilisce presso l'Ospedale delle Suore di Carità; visita ospedali, infermerie, ospizi, orfanotrofi ed istituti assistenziali vari. Partecipa a visite mediche, assiste ad interventi chirurgici, si interessa di persone affette da malattie di qualsiasi genere. Svolge ricerca ed elabora dati utilizzando la scienza statistica, inviando questionari negli ospedali francesi, tedeschi e inglesi ed elaborando grafici, note, elenchi e tabelle. Al suo rientro in Inghilterra, nel 1853, accetta il suo primo incarico ufficiale come infermiera sovrintendente presso l'Istituto per l'Assistenza alle Nobildonne Decadute, ubicato a Londra in Harley Street 1.

Tra il 1854 e il 1856 mette a frutto le sue conoscenze scientifiche: dap-



Figura 2 - "Florence Nightingale in bed", Florence Nightingale Museum, Londra

prima a Londra, durante una grave epidemia di colera e poi a Scutari presso l'ospedale britannico di Barrak: la mortalità dei soldati grazie al suo intervento e a quello delle sue 38 infermiere (33 laiche e 5 suore) scende da 42.7% al 2.2%.

Nel maggio 1855 Florence si ammalava gravemente di quella che fu definita febbre di Crimea. Il 29 novembre 1855 viene creata la Fondazione Nightingale, tuttora esistente. I rapporti sulla sua positiva opera

riformatrice del sistema sanitario dell'esercito britannico arrivano alle conoscenze del governo e alla Regina Vittoria, che il 16 marzo 1856 la nomina "Sovrintendente Generale di tutto il personale infermieristico femminile degli ospedali militari dell'Imperiale Esercito Britannico". Nel 1857 scrive "Note su alcune questioni relative alla salute, all'efficienza e all'amministrazione ospedaliera dell'esercito inglese". Nel 1858 viene pubblicato "Notes on nursing", primo testo per la formazione infermieristica, che diviene rapidamente il più popolare dei suoi scritti. Questo piccolo manuale non è dedicato alle infermiere, bensì ai milioni di donne che in ogni paese hanno cura della salute dei loro bambini e della loro famiglia. Nel 1859 scrive "Appunti sugli ospedali" e "Appunti sul servizio infermieristico". Elabora un nomenclatore standard delle malattie e progetta un modello di rilevazione statistica per gli ospedali, approvato durante il Congresso Internazionale di Statistica tenutosi a Londra nell'estate del 1860.

Il 24 giugno 1860 si inaugura a Londra, presso il St. Thomas' Hospital, la *Nightingale Training School for Nurses*, la prima scuola al mondo per infermiere. L'istituzione della scuola fu possibile grazie ad un guadagno di circa 45.000 sterline avvenuto dopo la pubblicazione di "Appunti sul servizio infermieristico".

#### La malattia di Florence Nightingale dopo il suo ritorno in Inghilterra

- 1856-57 - Insonnia, anoressia, nausea alla vista del cibo, anemia, nervosismo e depressione che durò per gran parte dei successivi 25 anni.
- Agosto 1857 - Primo attacco severo con l'esacerbazione dei sintomi insieme ai deliri, la tachicardia e palpitazioni.
- Agosto 1859 - Secondo severo attacco con ulteriori sintomi di sincope, dispnea, debolezza, indigestione e vampate del viso e mani.
- 1861 - Tre ulteriori attacchi; nell'ultimo si manifestarono anche tremori nervosi.
- Fine 1861 - Serio attacco con nuovi sintomi: incapacità di camminare dovuta a radicolite con conseguente grave paraparesi che la costrinse a letto per 6 anni. Severo dolore spinale, presumibilmente spondilite.
- 1863-66 - Artralgia al gomito destro, dispnea a causa di dolori al petto e spasmi presumibilmente dovuta ad artralgia delle articolazioni costo condrali, o spasmi muscolari dovuti alla spondilite.
- Dopo il 1870 la maggior parte di questi sintomi sono scomparsi, ma forti mal di testa ed insonnia afflissero ancora la sua vita.
- La depressione ha continuato senza sosta accompagnata da senso d'inutilità e fallimento.
- Dopo il 1880 la depressione cessò insieme agli altri sintomi.

Tabella 1 - Cronologia delle manifestazioni patologiche di Florence Nightingale dal 1856 al 1880



Figura 3 - Targa del Malvernburly water cure centre a Malvern, Worcestershire

co", tradotto in diverse lingue.

La Scuola Nightingale alla sua prima inaugurazione accoglie 15 allieve e si basa su quattro principi fondamentali: 1. l'internato obbligatorio delle allieve nella "casa dell'infermiera"; 2. la formazione infermieristica basata sul sapere, l'istruzione, la conoscenza e lo sviluppo morale: le allieve sono quindi sottoposte periodicamente ad esami e verifiche; 3. le allieve devono imparare non solo i concetti, ma anche le tecniche educative, poiché, da subito, sono chiamate a divenire loro stesse formatrici quali riproduttrici del metodo/sistema nightingaliano; 4. scienza medica e scienza infermieristica sono discipline separate, ma complementari, che si sostengono a vicenda per il bene del malato. Il primo corso avviato prevede la durata di un anno, ma già pochissimi anni dopo diverrà biennale.

Nel 1861 muore Sidney Herbert. Florence viene interpellata per l'organizzazione sanitaria dell'esercito americano nordista in vista della guerra di secessione.

Nel 1864 Florence interviene per riformare il sistema sanitario in India. A Ginevra, il 22 agosto dello stesso anno, Jean Henry Dunant fonda la Croce Rossa Internazionale e viene approvata la 1ª Convenzione di Ginevra.

I primi tentativi di fornire assistenza infermieristica qualificata vengono

realizzati nel 1865 negli hospice di Liverpool, grazie ai finanziamenti di un filantropo cristiano, William Rathbone, sotto la guida di Nightingale stessa e la sovrintendenza del St Thomas' Hospital.

Nel 1867 si chiude una scuola per ostetriche a causa di una grave epidemia e Florence si dedica per tre anni alla ricerca sul fenomeno delle morti durante e post-parto.

Nel 1870 partecipa alla fondazione della Croce Rossa Britannica, avvenuta in occasione della guerra franco-prussiana.

Nel 1873 introduce una riforma migliorativa all'interno della scuola infermieristica del St. Thomas' Hospital.

E' il 1874 quando muore il padre, seguito nel 1880 dalla madre e nel 1890 dalla sorella; Florence si era fatta carico di assisterli tutti e tre.

Nel 1907 Re Edoardo VII le conferisce l'Ordine Britannico di Merito: è la prima volta in Inghilterra che questa onorificenza va ad una donna.

Il 13 agosto 1910 Florence muore durante il sonno; viene sepolta, come da suo desiderio, nel terreno di famiglia a East Wellow nello Hampshire. Il luogo della sepoltura è indicato solo da un semplice monumento in pietra con le iniziali F.N. e le date di nascita e morte. Il giorno del suo funerale, il 20 agosto, viene affissa una lapide commemorativa nella Cattedrale di St. Paul a Londra, tuttora visibile; mentre nella

Basilica di Santa Croce a Firenze vi è una statua in suo onore.

Parliamo ora nel dettaglio del suo essere una malata d'eccezione.

Il 2 maggio 1855 una Florence Nightingale, stanca, ma in salute, dieci giorni prima del suo trentacinquesimo compleanno, lascia Scutari per la Crimea per ispezionare gli ospedali di Balaclava. Arriva lì il 5 maggio e il 12 maggio si ammala. Accusa "violenti mal di testa, dolori muscolari, vomito", eppure scrive, come sua abitudine, decine e decine di lettere, benché, purtroppo "a personalità completamente inesistenti".<sup>18</sup> Si conosce che trascorse oltre quaranta anni nel letto della sua casa londinese, paralizzata alle gambe, probabilmente a causa di una neuropatia secondaria all'infezione contratta in Crimea (febbre da trincea o "della Volinia", dovuta alla Bartonella quintana, trasmessa dalle pulci. Nell'ultimo anno di vita perdetta completamente la vista.<sup>19</sup>

Florence Nightingale è diventata una dei più famosi invalidi della storia: l'immagine che abbiamo di lei, di donna instancabile, che continua a lavorare durante la degenza a letto, o sdraiata su un divano, è diventata un'impressione dominante nella mente di molte persone, seconda solo all'idea popolare della signora con la lampada. Eppure, per decenni, biografi e storici hanno speculato circa la vera natura della malattia che l'affliggeva dopo il suo ritorno dalla guerra di Crimea, che, al suo apice, l'ha lasciata allettata per anni, e convinta di essere prossima alla morte. La natura della malattia che affliggeva questa donna precisa, energica e avida di sapere non fu capita allora, né è stata chiarita in maniera soddisfacente successivamente. Questo sembrò essere assolutamente ragionevole prendendo in esame segni e sintomi della sua malattia: debolezza, emicrania, nausea alla vista del cibo, affanno, tachicardia, palpitazioni e dolore precordiale, inoltre negli anni precedenti Florence aveva mostrato un'indole alquanto nevrotica. Diverse le ipotesi: il dottor Cope credeva che dopo i suoi sforzi sovrumani sia nella guerra di Crimea che nella campagna per la riforma medica dell'esercito (1856-57), Florence avesse ceduto alla nevrosi

indotta dallo stress, ma fu incapace di spiegare perché successivamente lei non si riprese.<sup>20</sup> Tale difficoltà non si presenta con la diagnosi di Pickering, che ipotizzò una nevrosi ansiosa causata dal conflitto irrisolto di Florence con sua madre e sua sorella, perché una tale nevrosi, se non trattata, spesso evolve indefinitamente.<sup>21</sup> Nondimeno questa diagnosi presenta gravi lacune. Innanzi tutto Parthenope, sorella di Florence, si sposò nell'estate del 1858 e da quel momento sia lei che sua madre lasciarono Florence da sola. Quindi, perché Florence peggiorò e rimase invalida per almeno altri 20 anni? In secondo luogo, l'ansia, a prescindere dalla causa, manifesta un disturbo delle capacità intellettive, il paziente ansioso è incapace di pensare lucidamente e di usare un giudizio adeguato, di apprendere efficacemente, o di ricordare accuratamente. Insomma, nessuna descrizione potrebbe essere più in contrasto con le formidabili facoltà intellettive dimostrate da Florence Nightingale in quegli anni di malattia, periodo che va dal 1857 al 1868.

La Nightingale aveva 31 anni quando scrisse una lettera a Dio chiedendole come mai non potesse essere felice. "Perché, oh mio Dio, non riesco ad essere soddisfatta della mia vita, nonostante la mia esistenza soddisfi così tante persone?", scriveva nella missiva del 1851. "Poter conversare con tutti questi uomini colti dovrebbe essere sufficiente per me? Perché sto morendo di fame, disperata e ammalata per questo motivo?" La professoressa Kathy Wisner, docente di psichiatria presso la University of Pittsburgh Medical Center, avrebbe citato lo scritto come prova del disturbo bipolare che avrebbe afflitto la Nightingale. "Florence udiva le voci ed ha attraversato numerosissimi episodi di depressione da quando era adolescente per almeno 10-15 anni. Tutti i sintomi manifestati compongono un quadro clinico di disturbo bipolare", spiega la ricercatrice del *National Institute of Mental Health*. Il caso della Nightingale è stato l'argomento principale di una conferenza annuale che si è svolta presso la University of Maryland School of Medicine nel 1995.<sup>22</sup> La prof.ssa Lesley Hall, docente di storia della medicina pres-

so la "University College of London", ha descritto la diagnosi come una "interessante teoria", specificando però come nessuno potrà mai affermare ciò con certezza. "Credo che ipotizzare diagnosi retrospettive possa considerarsi come un gioco di società dell'epoca vittoriana", ha concluso la Hall.<sup>23</sup>

Dopo la sua morte, gli storici, gli infermieri ed i medici hanno dibattuto sulle cause di questa strana malattia. Molti erano convinti che avesse origini organiche, mentre altri erano certi che si trattasse di una nevrosi. Altri parlarono di cardiomiopatia dilatativa, qualcuno invece la definì chiaramente una "malattia strategica" priva di qualsiasi fondamento organico, fondata sul desiderio di autocommiserazione che contraddistingueva l'infermiera.<sup>24</sup> Molti conoscenti citarono il disgusto che la donna provava verso se stessa ed i suoi comportamenti autolesionistici che originavano dalla propria arroganza. Con buona probabilità, la Nightingale non sarebbe stata affetta da una sola patologia, ma ben quattro diversi disturbi forse correlati tra loro: disturbo di personalità bipolare, brucellosi, disturbo post-traumatico da stress e demenza senile.

Dopo i 60 anni, la depressione di Florence svanì, l'ultimo sintomo della sua malattia finalmente la lasciò e lei fu in grado di riprendere in parte delle relazioni normali con parenti ed amici. Non c'era più la fredda, ossessiva tiranna che rifiutava come inadeguati i devoti servizi dei suoi più stretti collaboratori, persino del devoto Sidney Herbert, che lei aveva allontanato definendolo sleale disertore perché stava morendo. Ma era troppo tardi per cambiare la sua vita. Sebbene avesse ripreso la deambulazione e occasionalmente facesse delle passeggiate, ella continuò la sua solitaria, confinata routine, indotta da anni di dolorose complicazioni della sua malattia. Quando il suo carattere si ammorbidì e manifestò benevolenza, la sottile, emaciata, matura signora divenne una vecchia signora dignitosa, coraggiosa, con un largo viso dall'aspetto bonario. La mente andava indebolendosi: dapprima lamentò una "carezza di memoria", che, gradatamente e inesorabilmente, si trasformò in "una foschia di in-



Figura 4 - Francobollo commemorativo emesso per i 200 anni dalla nascita pochi mesi fa. Sullo sfondo Ponte Vecchio. Il 2020 è stato dichiarato dall'OMS Anno Internazionale dell'Infermiere

certezza" che "la circondava".<sup>25</sup> Negli ultimi cinque anni della sua vita ella fu poco consapevole di quel che accadeva.

Veniamo ora alla domanda finale: come fu curata Florence Nightingale? I medici che ebbero in cura Florence non furono consapevoli che la loro paziente fosse affetta dalla brucellosi cronica, malattia che era del resto in fase di studio; men che meno erano disponibili le adeguate terapie farmacologiche oggi a disposizione. Probabilmente per questo motivo, alla Nightingale fu diagnosticato stress da eccessivo lavoro unito a nevrastenia. Al ritorno dalla Crimea le fu quindi raccomandato riposo assoluto, al quale furono affiancate alcune cure che potremmo definire palliative. Il dott. Cook attribuì la condizione di Florence a "dilatazione del cuore" e "nevrastenia" (diagnosi usate dal XIX e fino all'inizio del XX secolo per sintomi psicosomatici inspiegabili). Nell'agosto 1857 Florence tornò a Malvern dal Dott Johnson che l'aveva già trattata anni prima e che aveva stabilito il suo studio alla Malvern's Bury House. L'idroterapia o idropatia era il trattamento britannico più in voga per le malattie mentali e fisiche di 150 anni fa.

L'idroterapia fu inventata negli anni Venti del XIX secolo 1820 da un contadino austriaco analfabeta di nome

Vincent Priessnitz. Egli curò da solo le sue costole rotte con bendaggi di acqua fredda, avvolgendole strette al suo corpo. Convinto che questo metodo potesse funzionare per altre malattie, invitò le persone malate alla sua fattoria a Grafenberg. Dopo soli 20 anni Grafenberg era diventato un famoso centro di benessere per i ricchi europei che soffrivano di tutti i tipi di disturbi. Ai pazienti venivano applicati impacchi di acqua fredda usando lenzuola bagnate, per diverse ore alla volta, ritenendo in questo modo di espellere il "veleno" delle loro malattie. I pazienti ricevevano docce di acqua fredda ad alta pressione o spruzzate in tutto il corpo. La cura dell'acqua era basata sulla teoria che l'aria fresca, il rilassamento, una dieta sensibile con esercizio e astensione dall'alcol, avrebbero portato beneficio alle persone che soffrivano di stress e malessere. L'idroterapia si diffuse in tutta Europa e Usa. Il primo hydro in Gran Bretagna fu a Malvern; tra i pazienti, oltre a Florence Nightingale, nomi quali Charles Darwin e Charles Dickens. Sembra che Florence abbia alloggiato al centro Malvernbury, gestito dal medico Walter Johnson, dieci volte nell'arco di tre anni, nel periodo in cui la cura dell'acqua era al picco della sua popolarità. Florence credeva che il trattamento a cui si sottopose nel centro le salvò la vita. Nel 1860 scrisse: "Non sarei qui se non fosse stato per il Malvern". Florence si sottopose a 10 giorni di idroterapia seguito da settimane di recupero. Quando la popolarità del trattamento subì un declino, nel 1870 il centro divenne un collegio per ragazzi e successivamente una casa di cura, per poi chiudere e cadere in rovina. Il dott. Sutherland, convinto che Florence fosse vittima dello stress, e preoccupato delle sue condizioni, insisteva affinché la sua paziente mangiasse e riposasse adeguatamente. Invece, sebbene debole e confinata nella sua stanza, Florence non riusciva a rinunciare al lavoro. Sutherland provò a consigliarle di tornare a casa dalla sua famiglia per alcuni mesi di convalescenza, ma Florence preferì avere accanto persone nelle quali aveva piena fiducia e che sapevano prendersi cura di lei

salvaguardando anche la riservatezza alla quale lei tanto teneva, e che i familiari avevano più volte messo a rischio. Convocò la sua vecchia amica "zia Mai" che andò a vivere con lei al Burlington, aiutandola negli affari domestici e professionali, e dimostrandole tutta la sua devozione. Per tenere Florence tranquilla veniva fatto tutto il possibile, selezionando anche le visite, che prevedevano la presenza di una persona alla volta. Le visite duravano non più di mezz'ora, e si svolgevano nella sua stanza. Quando era necessario vedere più frequentemente i suoi collaboratori, Florence era costretta a stendersi a letto per recuperare le forze. Fu affiancata da Logan, un'infermiera di fiducia che la aiutava anche nei gesti più semplici, come quello di aprire un cassetto o una scatola.

Arthur Clough, il cognato di "zia Mai", andava da lei due volte al giorno: era per Florence una benedizione, poiché la aiutava a mettere insieme le sue note per la stampa ed era comunque molto entusiasta per qualsiasi altra commissione che Florence gli attribuiva.

Il Dottor Sutherland soggiornava in una stanza adiacente a quella di Florence e i messaggi tra loro venivano consegnati dalla "zia Mai". Costei era la chiave per il successo di tutti gli sforzi per gestire adeguatamente le giornate e gli impegni di Florence: la sua devozione era totale, tanto che le faceva da tramite con la sua famiglia, dando loro lunghi e quotidiani bollettini sulle sue condizioni di salute, ma tenendo comunque la madre Fanny e la sorella Parthenope sempre a dovuta distanza, convinta com'era che la presenza delle due donne nuocesse alla tranquillità di Florence.

Con una certa frequenza, Florence continuò a sottoporsi all'idroterapia: tornò a Malvern alla fine del 1857, nell'estate e nell'autunno del 1858, nuovamente all'inizio del 1859, e successivamente nel 1867.

Florence poté trovare sollievo con l'assunzione di sostanze che a quel tempo venivano usate come analgesici: venti gocce di Henbane (giusquiamo nero, pianta erbacea velenosa usata in passato per i suoi effetti narcotizzanti) per aiutarla

a dormire. Con l'inizio del dolore spinale nel 1861 Florence fu vista in consulenza dal Dottor Charles Edouard Brown-Sequard, uno specialista che le diagnosticò congestione della spina dorsale causata da continue preoccupazioni. Di nuovo l'unica cosa che poteva essere consigliata era il riposo insieme a un rallentamento nel suo costante scrivere, che era ovviamente per Florence fuori questione. Quando il dolore diventava tanto insopportabile da non permetterle di lavorare, Florence accettava il sollievo temporaneo dato dalla somministrazione di oppio sottocutaneo, anche se poi lamentava il fatto di avere la testa confusa e di non riuscire più a concentrarsi. Assunse, per affrontare alcuni pesanti episodi della malattia, della morfina per indurre il sonno, passando successivamente a sperimentare il cloroformio, del quale tuttavia lamentò ugualmente gli inevitabili effetti collaterali ed infine il bromuro, sostanza che all'epoca veniva usata come sedativo. Non rifiutò di sperimentare terapie alternative a quelle farmacologiche alle quali non si sottoponeva volentieri. In una lettera del dicembre 1887 indirizzata al Dott. Lauder Brunton, la troviamo a ringraziarlo per averle organizzato la sua prima seduta con una massaggiatrice svedese. Tuttavia le sofferenze di Florence non ebbero mai un vero sollievo grazie alle terapie, che, come già ricordato, erano inadeguate per la sua patologia o addirittura inesistenti. Forse più dei medicinali poterono le cure amorevoli delle poche persone a cui lei permise, fino all'ultimo, di starle accanto. Se è vero che, con l'avanzare dell'età, i sintomi della malattia gradualmente si attenuarono, è altrettanto vero che Florence ebbe sempre maggiore necessità di assistenza, a causa del suo allettamento e dei problemi di vista. Questa negli anni le fu garantita da "compagne" quali Alice Cochrane e Elizabeth Bosanquet, e, dal 1904, anche da un'infermiera che andava dalla difficile paziente Florence Nightingale, finché poté, a rimboccare le coperte. Nell'ultimo periodo anche la mente andò indebolendosi, e negli ultimi cinque anni della sua vita ella fu poco consapevole di quel che acca-

deva.<sup>26</sup>

Questo quanto si sa del male e delle cure di questa nostra progenitrice.

#### **Bibliografia**

1. Woolf V, Sulla malattia, tr. it. di N. Gardini, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 8-9.
2. Bulgakov M, Il Maestro e Margherita, tr. it. di V. Drisdo, Einaudi, Torino 1967, p. 11.
3. Barilan M, Sharon D. On bedside medical humanities, Harefuah. 2001 Dec; 140 (12): 1196-200, 1227-8.
4. Okasha S, Il primo libro di filosofia della scienza, tr. it. di M. Di Francesco, Einaudi, Torino 2006, p. 83.
5. Gordon J. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always, MJA 2005 Jan; Vol 182 No 1: 5-8.
6. Evans M, Arnott R, Bolton G, et al. The medical humanities as a field of enquiry. Statement from the Association for Medical Humanities, J Med Ethics 2001; 27: 104-105; Evans HM, Macnaughton J. Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? Med Humanit 2004; 30:1-4.
7. Schneiderman L. Empathy and literary imagination, Ann Intern Med 2002; 137: 627-9.
8. Illich I, Nemesi medica. L'espropriazione della salute, tr. it. di D. Barbone, Boroli Editore, Milano 2005.
9. Miles S, Abu Ghraib: its legacy for military medicine, Lancet 2004; 364: 725-9.
10. Gordon J. Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. Med Educ 2003; 37: 335-340.
11. Willcock S, Daly M, Tennant C, Allard B. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates, Med J Aust 2004; 181: 357-60.
12. Charon R, Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA 2001; 286: 1897-1902.
13. Federspil G, Logica clinica, McGraw-Hill, Milano 2004; Giaretta P. La logica e il ragionamento clinico, Lettere dalla Facoltà, Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, 2005, 3: 2-7.
14. Groopman G, Come pensano i dottori, tr. it. M. Fillioley, Arnoldo Mondadori, Milano 2008; Gawande A, Salvo complicazioni, Appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta, tr. it. di B. Tortorella, Fusi orari, Roma 2005.
15. Aime M, Il primo libro di antropologia, Einaudi, Torino 2008.
16. Bostridge M, Florence Nightingale. The woman and her legend, Penguin Books, London 2008, p. XIX.
17. Pittini F, Florence Nightingale, Professioni Infermieristiche, 2001, vol. 54: 210-40.
18. Sinoué G, La signora della lampada, Neri Pozza Editore, tr. it. G Corà, Vicenza 2010
19. Sterpellone L, Famosi e Malati, Quando sono i Grandi a star male, SEI, Torino 2005, p. 155.
20. Young D.A.B, Florence Nightingale's fever, British Medical Journal, 1995, vol. 311, n. 7021, pp. 1697-1700
21. Selanders, L.C, Florence Nightingale. the evolution and social impact of feminist values in nursing, Journal of holistic nursing, 2010, vol. 28, n. 1, pp. 70-78
22. New York Times, 3 maggio 2003.
23. CBC News, 2 maggio 2003.
24. Young, Florence Nightingale's fever, cit.
25. Bostridge, Florence Nightingale, cit.
26. Idem.

# L'Infermieristica è un'arte, la più bella delle arti: bellezza, valore e cura

Maurizio Mercuri



Spesso mi sono stupito davanti alla citazione dall'aspetto apodittico, di una frase di Florence Nightingale, la nostra più famosa maestra. Quando si vuol lodare il *Nursing* lo si dichiara un'arte, la più bella delle arti belle: "L'infermieristica è un'arte; e se deve essere realizzata come arte, richiede una devozione totale e una preparazione, come qualunque opera di pittore o scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello Spirito di Dio. E' una delle belle arti, anzi la più bella delle arti". La frase ha un riscontro costante negli elaborati di tesi di laurea e cento volte si ritrova in rete, ma senza riferimento bibliografico oppure sbagliato. Se ne chiedessimo ai suoi sostenitori la derivazione, non ci risponderebbero, né la collocherebbero nei giusti riferimenti concettuali.

La citazione si ritrova in un testo poco conosciuto di Florence Nightingale, *Una and the Lion*<sup>1</sup>. Scritto nel 1868, come elogio funebre per la sua allieva più dotata, la migliore delle sei discepole, Agnes Elizabeth Jones (1832-1868), nipote di Sir John Lawrence, Governatore Generale dell'India: "Una donna è morta ... Lasciamo che sia morta invano?". La descrive come una delle più grandi infermiere mai incontrate, la più libera dal desiderio di lode e dalla vanità umana. Per questo le ricorda la leggenda di Una, indomabile, come indomabile è stata la Regina Vittoria. Vincolata alla professione, con passione e senza limiti di tempo, intelligente e dedita, come a costruire un tempio alla bellezza. Florence, già prigioniera nel suo letto da anni di malattia, dichiara quasi innaturale che lei stessa possa scrivere



Figura 1 - *Una and the Lion*, William Bell Scott, 1860, olio su tela, 91.50 x 71.20 cm National Gallery of Scotland. La vicenda è ispirata da *La Regina delle fate* di Edmund Spenser (1552-1599)

in sua memoria. "Ma questo non è un In Memoriam, è un grido di guerra, un grido di guerra come lei mi avrebbe offerto di scrivere; un grido per i successori di riempire il suo posto, per riempire i ranghi". Per motivare nuove infermiere, dichiarando che la formazione al *Nursing* deve essere continuativa, deve essere alta, e per questo la professione dovrebbe essere ben

retribuita, non fatta per i soldi, perché un artista non lavora per denaro, ma poiché fa cose ad arte, deve essere ben pagato. Questo scrive la Nightingale nel 1868.

La bellezza non è solo estetica, non è solo ciò che si vede. E' prima di tutto uno stato, il piacere dell'essere<sup>2</sup>, una felicità naturale; ed al contempo un enigma, poiché è un chiamare, una differenza dall'uno,

che è l'essenza stessa della bellezza, prima della quale non c'era nessuna riflessione, nessuna filosofia<sup>3</sup>. Come dice Vito Mancuso, "in tutti i viventi vi è una diffusa e a tratti irresistibile felicità naturale. La felicità semplice e istintiva che proviene dall'esserci, dal fatto di potersi muovere e respirare e, per gli esseri umani, di esserne consapevoli".<sup>4</sup> L'arte non può che ritenersi, come già detto da Arthur Schopenhauer, come il "fiore della vita": si deve necessariamente considerare come il grado più alto, come l'evoluzione più perfetta di quanto esiste; ci offre infatti essenzialmente la stessa cosa che il mondo visibile; ma più concentrata, più perfetta, che alimenta, sostiene scelte e riflessioni. L'esperienza estetica attiva le risorse cognitive ed è grazie all'esperienza estetica che si spiega quel rapporto misteriosa ed affascinante che lega l'opera d'arte alla conoscenza<sup>5</sup>.

Anche nella più sublime bellezza si coglie un senso di dolore e non ci può essere bellezza senza dolore, né dolore senza bellezza. Il dolore rende sensibili alla bellezza, ma la fa anche nascere, poiché rende ad essa più suscettibili ed introduce una domanda di senso, che richiede di essere dispiegata, prima ancora che evasa da una risposta (per questo, forse, la Nightingale mi ha sempre ricordato la figura di Emily Dickinson e in modo forte le sue poesie, l'alternativa contemplativa all'azione nell'affrontare il dolore del mondo).

Se bellezza e dolore sono vincolate, in quanto essenza e vita, la cura ne diviene il legame intenzionale più autentico, "come non curare la bellezza, come non prendersi cura del dolore?" – mi verrebbe da suggerire. "La cura diviene così il principio etico fondamentale non solo del fare e dell'agire, ma del sentire e dell'abitare. Sentire umano, ovvero porsi in una disposizione nei confronti dell'altro, che è fonte di sentimenti e azioni, ospitandone e accettandone la condizione umana, con la sua fragilità costitutiva e prendendosene cura. Abitare dove l'umano esiste, fiorisce ed opera; dove posso ospitare e accogliere l'altro. In questo sentire e abitare la



Figura 2 - L'Una and the Lion era una moneta d'oro britannica da 5 sterline raffigurante la regina Vittoria. È riconosciuta come una delle monete britanniche più belle mai coniate. Fu progettata da William Wyon nel 1839, per commemorare l'inizio del regno della regina Vittoria (nel 1837). Le monete furono prodotte per la prima volta nel 1839 e furono probabilmente destinate a collezionisti piuttosto che alla circolazione. Si legge tradotto dal latino "Possa Dio dirigere i miei passi" (*May God direct my steps*), un motto che bene si addice a tutte le figure infermieristiche d'origine

bellezza incontra il dolore".<sup>6</sup> Lo stesso legame lo ritrova Umberto Eco, in un intervento a La Milanese del 2005: "Citando un brano di Barbey d'Aurevilly in *Léa* (1832): "Ma sì, sì, mia Léa, tu sei bella, tu sei la più bella delle creature io non ti cederei, te, i tuoi occhi battuti, il tuo pallore, il tuo corpo malato, io non li cederei per la bellezza degli angeli del cielo". Potete trovare un rapporto tra queste due idee di bellezza?"<sup>7,8</sup>. "Cosa intendiamo quando parliamo di bellezza? Noi contemporanei, o almeno gli italiani influenzati dall'estetica idealistica, identifichiamo la bellezza con la bellezza artistica. Ma per secoli si è parlato di bello per la bellezza della natura, degli oggetti, dei corpi umani o di Dio. L'arte era *recta ratio factibilium*, un modo di fare bene le cose, ma si chiamava *techne* o *ars* sia quella del pittore che quella del costruttore di barche o addirittura del barbiere (tanto è vero che solo molto tardi si è iniziato a parlare di Arti Belle o *Beaux Arts*)<sup>9</sup>. Parlare di bellezza è parlare di tre criteri di interpretanza, alla Peirce, che la rendono chiara, almeno dal pensiero medievale in poi:  
1. La *proportio*, da non intendersi solo come rapporti matematici, non solo la giusta disposizione della materia, bensì un perfetto adattamento della materia alla forma, nel senso che è proporzionato un

corpo umano che adegua le condizioni ideali dell'umanità. E' anche un valore etico, nel senso che l'azione virtuosa attua una giusta proporzione di parole e atti secondo una legge razionale e perciò si deve parlare di bellezza (o di turpitudine) morale. È l'adeguazione allo scopo cui è destinata la cosa (per San Tommaso è brutta una sega di cristallo perché, malgrado la bellezza superficiale della materia, l'oggetto è inadatto alla pro-

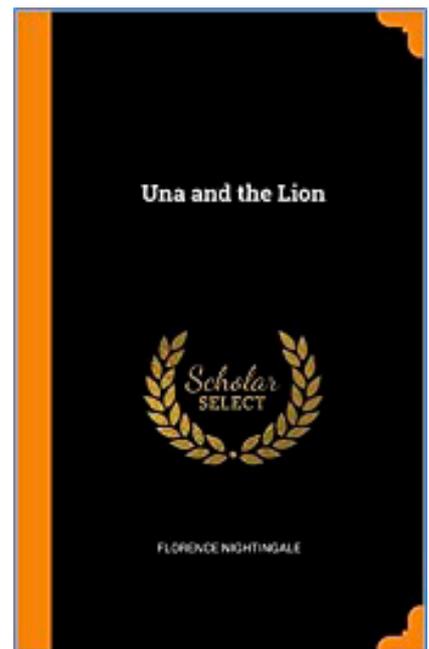


Figura 3 - Una and the Lion, ultima edizione del testo di Florence Nightingale, Franklin Classics, 11 ottobre 2018



Figura 4 - Dagherrotipo di Agnes Jones, prima Infermiera Diplomata sovrintendente del Liverpool Workhouse Infirmary, morta a 35 anni di Tifo

pria funzione).<sup>10</sup>

2. La *claritas*, dove le cose belle sono luminose in sé, sebbene nei secoli le concezioni di luce, di bellezza e mondo non sono mai le stesse.<sup>11</sup>

3. L'*integritas*, un essere, per essere reputato bello, doveva avere tutto ciò che conveniva ad un individuo della sua specie. Questo vale per una bella rappresentazione delle cose brutte, diavolo e mostri compresi, che hanno senso nell'ordine generale, provvidenziale della natura, nell'armonia cosmica. E' per questo motivo che il male ha il suo

fascino, come San Bernardo bene descriverà nella sua *mira sed perversa delectatio*. E' bello il grazioso, ma anche il sublime, il meraviglioso. Il bello resta bello, come per San Tommaso: *pulchra dicunt quae visa placent*, e suscita gioia, indipendentemente dal suo possesso. Anzi, in fondo la maggiore affermazione del disinteresse estetico è stata fatta nel periodo di esaltazione dell'esperienza del sublime. Quando si celebrava il coinvolgimento umano negli scatenamenti dell'orrore e della maestà degli eventi naturali.<sup>12</sup> Il *Nursing* è vita, cura, bellezza e dolore, arte, al modo della proporzione, della luminosità e della integrità. Il *Nursing* è valore. È sempre vero che la vita è azione e che l'azione richiede scelte e che le scelte si fanno su valutazioni.<sup>13</sup> La ricerca e l'adesione a valori è fondamentale per vivere e per crescere come persone.

I valori sono enti di pensiero che hanno avuto riconoscimenti su un arco di interpretazioni che ne dichiara il valore assoluto (indipendenti dalla creatura uomo) o oppure storico (sue produzioni). Sono due estremi che forniscono la natura del valore, o in quella ontologica o nella componente relazionale. "Perché il bene divenga tale per l'uomo bisogna che egli l'intenda

come tale e lo scelga come tale in funzione della categoria del dover essere.

Con la conoscenza riconosce all'oggetto il predicato esistenziale - l'esistenza -, mentre con la valutazione gli dà un giudizio di approvazione o di disapprovazione in vista della sua utilizzazione. La valutazione non si oppone alla conoscenza; non esclude la categoria del vero, ma la presuppone e dà al vero una dimensione nuova: il valere per un fine".<sup>14</sup> Tra l'uomo e i valori c'è un rapporto di reciproco beneficio: l'uomo dà agli oggetti la possibilità di valere nel raggiungimento del fine della vita, ma i valori guidano l'uomo perché con il loro possesso raggiunga il fine. In morale il proposito di raggiungere il bene e le azioni compiute per raggiungerlo sono già un bene. L'uomo dovrebbe riconoscere la necessità di valori assoluti e trascendenti. Ma questi si rivelano diversi nella loro corrente espressione, condizionata storicamente.

Il dover essere della norma può anche non avere realizzazione,<sup>15</sup> ma è ciò che può dare verità, bontà e bellezza alle cose giudicate. I valori pertanto non sono cose o supercose, non hanno realtà od essere, ma il loro modo di essere è il dover essere. Il postulato su cui si basa tale dottrina è la contrapposizione al mondo delle realtà sensibili, il sistema dei valori ideali: oggetto della conoscenza non è l'essere (il *Sein*), ma il dover essere (il *Sollen*). La vera conoscenza avviene nel giudizio che non è un semplice rapporto di rappresentazioni, ma un fenomeno attivo nella coscienza che contiene un'affermazione o una negazione della realtà. Questa conoscenza è di natura pratica. Ogni giudizio, il cui contenuto ha fondamento nell'esperienza in quanto forma si rifà al *Sollen*, che non può essere dato empiricamente. Nella percezione la cosa è data come complesso di qualità, di contenuto di coscienza, ammettendo un ideale a cui tende il soggetto conoscente. La stessa volontà logica presuppone una volontà del vero, perché la tendenza alla verità presuppone la tendenza a fare il proprio dovere. Ne deriva



Figura 5 - "Una and her paupers:" memorials of Agnes Elizabeth Jones by Jones, J., Miss; Nightingale, Florence, 1820-1910; Brockett, L. P. (Linus Pierpont), 1820-1893, integralmente consultabile in Internet Archive

l'assoluto valore della volontà cosciente del dovere come necessità incondizionata anche per l'uomo teoretico. Abbiamo bisogno di un criterio di scelta, una norma ideale che ci consente di selezionare ciò che è necessario per il raggiungimento di un fine universale. I valori hanno il comune fondamento nel primato della ragion pratica (le cui leggi non hanno bisogno di essere dimostrate perché costituiscono una realtà di cui siamo consapevoli a priori) e nella soddisfazione di una volontà pura dell'azione originaria che dà valore alla nostra esistenza. Non è una verità, una bellezza o un dovere, ma la convinzione fondamentale dalla quale scaturiscono i valori. Per dare un fondamento universale ed obiettivo al valore, non si può eliminare la sua caratteristica relazionale con ogni coscienza.

La scoperta e l'adesione ai valori ha certamente un risvolto emotivo: la dimensione emozionale non solo ha particolare importanza nel guidare il percorso di apprendimento, ma sembra che la prima forma di conoscenza avvenga per il canale emotivo, sebbene il bene coincida con il vero e in quanto tale è conosciuto dalla mente. Il risvolto affettivo del riconoscimento dei valori ha necessità della rivalutazione dell'intelligenza solo perché la riflessione può darci il giudizio sull'ordine dei valori e la valutazione della realtà.

L'adesione ai valori passa per le scelte individuali che transitano da una coscienza percettiva biologica ad una conoscenza appercettiva o riflessa di tipo spirituale. Quanto viene individualmente riconosciuto ed accettato comincia ad avere valore per il singolo, ma non è buono perché lo si riconosce tale, è buono prioritariamente.

Ogni atto umano è un atto morale solo se espressione della libertà, anche se condizionata. Il bene valoriale è il bene propriamente morale in quanto appetibile dalla ragione. Il suo raggiungimento passa per le nove fasi ben descritte dalla psicologia tomista: 1. *Voluntas*, desiderio del fine ultimo della felicità; 2. *Intentio*, specificazione del bene concreto da raggiunge-

re; 3. *Consilium*, ricerca degli atti possibili per raggiungere il bene intenzionato; 4. *Consensus* (approvazione dei singoli atti proposti); 5. *Iudicium*, giudizio dell'atto concreto da compiere tra quelli approvati; 6. *Imperium*, comando della ragione pratica di compiere l'atto; 7. *Electio*, scelta dell'atto imperato o suo rifiuto, con approvazione affettiva; 8. *Usus activus*, esecuzione dell'atto; 9. *Fruitio*, soddisfazione del desiderio.<sup>16</sup> I punti 1, 2, 4, 7, 8, 9, appartengono alla sfera della volontà; i punti 3, 5, e 6 a quella della ragione.

I valori, secondo interpretazioni filosofiche diverse, possono però essere raccolti in un unico denominatore: hanno uno status metafisico, possono essere colti da una intuizione, una conoscenza di carattere sentimentale, possono essere interpretati ad esclusivo dominio delle capacità psicologiche umane, sono considerati frutto esclusivo di una valutazione soggettiva, relativa e/o variabile, con l'implicazione dell'uomo e della cosa nella determinazione di valore.

La mancanza di orientamento nella sfera delle scelte morali, spesso accompagnata da una concezione relativistica dei valori, o da una mancanza di consapevolezza di quale valore è nascosto dietro il nostro operato, generalmente desta un senso di insoddisfazione o malessere. Lo stesso conflitto nella realtà personale tra valori aderiti ed agiti produce insoddisfazione o malessere. Chi non aderisce alla propria mappa di valori riconosciuta nel tempo e per la quale aderiamo con tutti noi stessi (una adesione della intelligenza, della psiche, dell'emozione e della nostra sfera spirituale e storica) facilmente cade della dimensione tetra della colpa.

La colpa è una emozione secondaria vissuta come una mancanza o un errore personale per non essersi comportati bene, in riferimento ad un codice di regole comportamentali interiorizzate (pentimento) o al fatto di non aver corrisposto ad aspettative e richieste esterne da parte di figure significative (pseudo-colpa): "scivolamento" dal proprio punto di vista a quello di un

altro che inizialmente non è condiviso, ma è fatto proprio per insicurezza). Sotto il profilo sociale, la colpa è un regolatore delle reazioni interpersonali avente una funzione preventiva (non arrecare danno all'altro) o riparativa (del danno commesso).<sup>17</sup>

Si può ipotizzare che l'assenza di valori, l'opposizione ai valori riconosciuti da altri o da sé stessi o il conflitto tra valori a cui aderiamo che percepiamo in particolari circostanze della vita e che ci allontanano da quello che pensiamo di noi, possano incrementare incertezza e malessere fino a farci soffrire ed ammalare.

Torniamo alla bellezza, da considerarsi un valore sospeso, preintellettuale e prevolitivo. Rappresenta il presente che ci invita a godere del presente, che suscita e nutre il pensiero. La bellezza in quanto essenza inattuabile, manifestazione del molteplice e richiamo alla supremazia dell'intima unione di materia e forma, diviene per noi infermieri, esercenti un'arte bella, la dimensione originaria della cura, un sapere delle emozioni.<sup>18</sup> La vita è bella e l'istinto più forte dei viventi è quello della sopravvivenza. L'esperienza della bellezza diviene così salvifica, tale cioè da risanare e liberare la nostra energia più preziosa a cui tradizionalmente ci si riferisce: anima, cuore, coscienza o in altri modi ancora. La bellezza è la via privilegiata per sperimentare il profondo significato che la vita contiene e che può dischiudere. E' una dimensione che noi stessi contribuiamo a creare, una specie di convenzione sociale, una modalità di vedere e valutare che cambia come tutto cambia. Ma non è un'invenzione, è più una scoperta. Come mai non parla a tutti nello stesso modo?<sup>19</sup> Sant'Agostino già si chiedeva: "perché dunque bellezza non parla a tutti nello stesso modo?".

Il bello infatti non risulta per tutti piacevole e soprattutto ciò che piace a uno, o anche a molti, non sempre è realmente bello.<sup>20</sup> Affinché le dimensioni del piacere e della bellezza coincidano occorre educare alla bellezza. E l'essere umano è bello. Come afferma Cheng "Ogni vol-

to, preso nella sua bontà, è bello". Mentre a livello estetico si può dare un giudizio di essenza di bellezza, quando si sale a livello etico e spirituale, a livello umano, la bellezza può comparire laddove a livello estetico può essere assente.

La bellezza che compete all'essere umano è la bellezza della coscienza, dell'anima, del cuore, dell'intelligenza, della libertà, è lì che si manifesta l'autentica essenza di ognuno di noi e quindi la nostra vera bellezza. La logica intima dell'essere è la relazione, che crea l'armonia, l'armonia relazionale. La cura della bellezza diviene una dimensione intrinseca. L'uomo può divenire creatore di cose belle, creare accordi tra note differenti fondendole producendo armonie. L'essere non si manifesta più come materia solida, ma come energia vibrante, una grande onda che produce aggregazioni sempre più complesse. L'armonia della relazione e la percezione della bellezza divengono sia dono che acquisizione, frutto di esperienza, ma anche di un lavoro di educazione. La bellezza degli essere umani può essere relazione che avviene gratuitamente in modo quasi misterioso, ma al contempo accade con fatica ed impegno. L'uomo è fatto per la bellezza, attraverso la bellezza si

mantiene l'esistenza. Chi vede soffrire, chi accompagna al recupero, chi affianca il malato, chi sostiene il morente non può non educarsi alla bellezza, che è patrimonio dell'esistenza. E noi infermieri, senza esclusiva, in quanto esseri umani, con Florence Nightingale, dovremo erudirci alla bellezza, affinché sia bellezza curante: come scrisse il cardinal Martini "Bisogna irradiare la bellezza di ciò che è vero e giusto nella vita".<sup>21</sup> Se la conoscenza sta nel confine,<sup>22</sup> "l mio desir dee aver fine/ in questo miro e angelico templo/ che solo amore e luce ha per confine"<sup>23</sup>.

#### Bibliografia

1. Nightingale F, *Una and the Lion*, Riverside Press, Cambridge, 1871, p. 2.
2. Lattarulo P, *Bioetica e deontologia professionale*, Mc Graw Hill, Milano 20212.
3. Rella F, *L'enigma della bellezza*, Feltrinelli, Milano 20072; Frezza MT, *L'enigma della bellezza. Da Platone a Hans Urs von Balthasar*, Tau Editrice, Todi (PG) 2020
4. Mancuso V, *La via della bellezza*, Garzanti, Milano 2018.
5. Tonelli N, *A scuola di vita con Dante. Commento Critico Letterario a Papa Francesco, Candor Lucis Aeternae, Lettera apostolica in occasione del VII centenario della morte di Dante Alighieri*, San Paolo Edizioni, Cinisello Balsamo 2021, p. 81.
6. Lattarulo, *Bioetica*, cit. p. 46.
7. Eco U, *La bellezza*, la Repubblica, su li-

cenza di *La Nave di Teseo*, Milano 2021, p. 8.

8. Barbey d'Aureville J, Léa (1832) in Id, *Una storia senza nome; una pagina di storia; Il sigillo d'onice*; Léa, Bibliografica, Milano 1993

9. Eco, *La bellezza*, cit. pp. 8-9.

10. Eco, *La bellezza*, cit. pp. 14-15.

11. Eco, *La bellezza*, cit. pp. 17-25.

12. Eco, *La bellezza*, cit. pp. 26-41.

13. Orestano F, *Prolegomeni alla scienza del bene e del male*, Polyglotte Universelle, Roma 2015.

14. Polisenio A, *Valori e filosofia dei valori*, Armando, Roma 2006, p. 7.

15. Windelband W, *Preludi, saggi e discorsi d'introduzione alla filosofia*, Bompiani, Milano 1947

16. Guerzoni G, *I fondamenti della morale cristiana*, Jaca Book, Milano 2013, p.91.

17. Bellantuono C, Nardi B, Mircoli G, Santone G, *Manuale essenziale di psichiatria*. Il pensiero Scientifico, Roma 2009, p. 23.

18. Mortari L, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina editore, Milano 2015.

19. Agostino, *Le confessioni*, Einaudi, Torino 2015.

20. Cheng F, *Cinque meditazioni sulla bellezza*, Bollati Boringhieri, Torino 2018.

21. Martini CM, *Quale bellezza salverà il mondo?* Lettera pastorale 1999-2000, Centro Ambrosiano, Milano, 1999, p.13.

22. Tillich P, *Sulla linea di confine. Schizzo autobiografico*, Queriniana, Brescia 1979.

23. Alighieri D, *La divina commedia*, Paradiso, canto XXVIII, versi 52-54.

# Figure, luoghi e paradigmi della formazione

Giordano Cotichelli

In un precedente lavoro<sup>[1]</sup> si è messa in evidenza la figura del tutor nella costruzione a livello accademico di un professionista, la cui soggettività si trova stretta fra identità scientifica e coscienza professionale. In tale dimensione si è visto come la Clinica della Formazione (CF) e al'Hidden Curriculum (HC) giuochino un ruolo decisivo del costruire percorsi di apprendimento e trasmissione del sapere. Lungo questo ordine di idee è necessario un respiro analitico maggiore al fine di avere un quadro pedagogico ampio di riferimento. Prendere in considerazione discipline e programmi ministeriali, laboratori e monte ore per lo svolgimento dei tirocini è senz'altro un atto dovuto, ma che rischia di essere più auto-rappresentativo che non funzionale a focalizzare sull'orizzonte formativo da considerare le risorse utili cui riferirsi, dalle quali trarre diversi risultati, competenze e capacità da investire verso un futuro, apparentemente antinomico di cambiamento, cui adattarsi al fine di riprodurre l'arte dell'assistenza. Di conseguenza alcuni rilievi necessitano di un dovuto approfondimento analitico che parte dalla consapevolezza che l'assistenza infermieristica non può non far riferimento, in maniera privilegiata, alle figure dei formatori, siano esse tutor clinici o didattici, di cui si è detto, siano essi docenti o guide di laboratorio. Tutte riassumibili in una definizione che sintetizzi la figura e il ruolo comune ad ognuna, pari a quello che può essere la soggettività del maestro, dove il passaggio del costruire ed erogare assistenza si trasforma in trasmissione dell'assistenza stessa che assume la soggettività di chi si ne fa portatore. In questo la stessa disciplina scientifica, che viene ve-

colata e che serve a costruire il professionista e a decodificare la realtà, determina l'intervento, risultante dinamica dell'azione di forze diverse, strutturali e strategiche, in cui interagiscono gli obiettivi preposti, gli strumenti attivati ed i risultati ottenuti. In una parola ciò che rappresenta la metodologia impiegata, in ambito della formazione, per educare i soggetti di riferimento e trasmettere il sapere, prende il termine di didattica.

Va da sé che la figura del formatore ed il sapere trasmesso non possono non tenere in considerazione il soggetto principale di riferimento, la persona al centro dell'azione: lo studente, espressione di una soggettività unica, individuale, caratterizzante, carica di una pluralità di elementi costitutivi tali, da poter considerare ogni singolo quale prodotto composto di un insieme di forze diverse, culturali ed economiche. In questo la persona/studente, si carica altresì della valenza socio-economica dell'ambiente di provenienza, di vita ed ancor più di lavoro in cui svolgerà il suo percorso professionale ed umano. Una lettura che inevitabilmente, come già sottolineato nel lavoro citato, è valida anche per lo stesso formatore, ma in misura diversa, creando un potenziale conflitto/confronto fra mondi diversi che vengono a contatto: quello contingente e quotidiano dello studente, vissuto anche dal formatore, quello che riverbera nella formazione sia dell'uno (famiglia, comunità, etc.) sia dell'altro, intesi come stessi percorsi di crescita, ma caricati ulteriormente di ciò che indirettamente riproduce la storicità da insegnamenti ricevuti e relativi a contesti ormai non più presenti. Si è già detto in merito, in

particolare in riferimento all'hidden curriculum, ma molto di più va aggiunto a questa proiezione stretta fra rigidità semantica della formazione e le peculiarità dei soggetti dell'azione. Alla fine dunque l'ultimo elemento definitorio di un orizzonte infermieristico pedagogico riguarda l'ambiente letto come contesto di riferimento, ambito in cui si registrano punti di incontro e di divaricazione, cesure generazionali e non-luoghi di vita, all'interno di cui si svolge il ciclo formativo e professionale.

Il quadro introduttivo presentato sotto certi aspetti sembra quasi parafrasare la dimensione del metaparadigma dell'infermieristica elaborato dalla Fawcett nel 1984<sup>[2]</sup> in cui la dimensione dell'intervento infermieristico è sintetizzata nella figura del maestro, teso a riprodurre, trasmettere, ampliare una risorsa come il sapere al pari della salute quale oggetto riferito alla persona/studente all'interno di un contesto specifico (ambiente), che si carica delle potenzialità sia dei luoghi di cura, sia di quelli della formazione e al tempo stesso di vita, in quanto non affatto avulsi dalla società che li determina. Se formazione e apprendimento significano un viaggio che deve tenere presente dei non luoghi, cioè delle utopie dei soggetti coinvolti (formatori e formati) e dei vissuti scomparsi o immaginati verso orizzonti ancora da costruire, la figura del maestro trova la sua collocazione, McLuhan direbbe il suo prolungamento protesico sul piano comunicativo<sup>[3]</sup>, nell'ambito tipico dell'istruzione: la scuola quale istituzione totale secondo il sociologo Erwin Goffman<sup>[4]</sup>, presa come riferimento irrinunciabile considerato

in prima istanza in relazione ai molti ambiti in cui essa assume forma, nel percorso storico della pedagogia infermieristica: scuola convitto, scuola per infermieri professionali, percorso universitario, diploma prima e laurea breve poi, fino alle ultime espressioni della didattica a distanza resa evidente dall'emergenza pandemica di questi mesi.

### La Scuola Convitto per Infermiere Professionali di Ancona

Una necessaria premessa legislativa va fatta. Fatte salve le varie scelte formative a livello nazionale che, dalla metà del XIX secolo al primo dopoguerra, caratterizzano una nascente formazione infermieristica moderna sulla spinta degli insegnamenti di Florence Nightingale, si avrà solo a partire dal 1925 l'inizio di un percorso didattico normato a livello nazionale. Il Regio Decreto Legge 1832/1925 istituisce le Scuole Convitto per le infermiere e le Scuole specializzate per assistenti sanitarie e visitatrici, con corsi della durata di due anni. Con il successivo Regio Decreto 2330/1929 si codificano meglio i requisiti di ammissione ai corsi, l'ordinamento didattico, gli obiettivi, regolamento e ordinamento delle scuole. In seguito il DM Interni del 30 settembre del 1938 definisce più specificamente i programmi di insegnamento e di tirocinio. Due anni dopo la Legge 1098 del 1940, istituisce anche la figura della vigilatrici d'infanzia e il corso annuale per puericultrice, altri corsi di specializzazione per gli infermieri. La segmentazione della formazione professionale viene ulteriormente sottolineata dalla Legge 1046 del 1954 che istituisce i corsi annuali per infermieri generici. Nel 1956 con la Legge 1420 diventa obbligatorio il possesso della licenza di Scuola Media Inferiore. Dodici anni dopo, con l'Accordo di Strasburgo la modernizzazione della formazione infermieristica subisce un'accelerazione in Italia che la vuole necessariamente adeguata agli standard europei. In questo, mentre lungo il decennio degli anni '60 si struttureranno anche i corsi per i Dirigenti dell'Assistenza Infermie-



Figura 1 - Manichino per lezioni di anatomia. Questa immagine e quelle che seguono rappresentano materiali didattici utilizzati nella formazione infermieristica e legati all'uso quotidiano a livello assistenziale, ospedaliero e non. Foto: Giordano Cotichelli

ristica (DAI), durante gli anni '70 si avrà l'apertura dei corsi agli uomini (L.124/71), passaggio della competenza alle Regioni (DPR 10/1972), ratifica degli accordi di Strasburgo (L.795/73), e ulteriori modifiche dell'ordinamento (L. 867/75), fino al passaggio durante gli anni '90 al percorso accademico e alle successive innovazioni (laurea magistrale, master, dottorati, etc.) con l'avvento del XXI secolo.

La breve sintesi trascritta ha la funzione precisa di voler collocare in una dimensione spazio temporale il contesto evolutivo di riferimento delle scuole da cui l'attenzione non può che focalizzarsi sulla dimensione locale, e prendere come punto di riferimento la nascita della Scuola per Infermieri ad Ancona, lungo una lettura analitica funzionale a

tracciarne peculiarità formative, dinamiche relazionali e didattica seguita quasi come fosse uno studio di caso utile per avere un contesto di riferimento quale materiale interpretativo in relazione a quanto scritto.

Nel 1946, all'indomani della fine della 2<sup>a</sup> GM, fra i circa quaranta corsi strutturati nel paese, la città di Ancona non figura<sup>[5]</sup>. Bisognerà aspettare fino al 1957, per l'attivazione del primo corso biennale della Scuola Convitto per Infermiere Professionali di Ancona. La scuola troverà collocazione in una palazzina poco distante, sul lato opposto della via, dall'entrata dello stesso Ospedale Umberto I di Ancona. L'istituzione in quaranta anni di vita, fino all'ultimo anno di corso (1997), vedrà un numero totale di iscrizione ai corsi per 2.549 studenti di cui ben 1.733 riusciranno a diventare infermieri; evidenziando in questo un tasso di dispersione pari al 32%<sup>[6]</sup>. Una cifra importante che rivela in pratica come uno studente su tre rinuncerà a completare il percorso formativo. Le cause di questo andrebbero ricercate con uno studio maggiormente approfondito che prenda in considerazione molti fattori legati alle differenze eventualmente riscontrabili fra i vari anni di corso, il momento e l'anno di frequenza e i periodi dell'anno maggiormente coinvolti. In genere il primo anno rappresentava uno degli scogli più importanti da superare e la selezione avveniva durante il primo semestre, al suo termine, o prima degli esami di fine corso. Questi, più altri fattori ambientali che potrebbero evidenziarsi da una ricerca specifica, dovrebbero essere correlati ai programmi e alla didattica in quanto tale, alla severità dei docenti e alla difficoltà di studio delle singole materie, al fine di tracciare un quadro degli elementi multifattoriali legati all'abbandono scolastico. Resta ad ogni modo il dato finale che sottolinea il contesto della scuola convitto come un percorso di formazione né facile né scontato. Va poi evidenziato che le totalità citate sono comprensive degli iscritti come studenti regolari (1.972 di cui 1.360 diplomati)

sia dell'iscrizione degli infermieri generici e psichiatrici (577, di cui 373 diplomati). In quest'ultimo caso il tasso di dispersione è più elevato: fra gli studenti regolari si registra un 31% mentre fra i generici e gli psichiatrici un 35%; legato, probabilmente anche all'età, all'attività lavorativa, ai problemi della quotidianità familiare, e a tutti quei fattori propri degli studenti lavoratori.

La Scuola d'Ancona vede avvicinarsi alla sua guida due distinte figure di direttrici: Suor Maria Pia Mecatti dell'Ordine delle Figlie della Carità di san Vincenzo De' Paoli, che guiderà la scuola dal 1957 al 1975, cui seguirà Alba Rosa Conte dal 1976 al 1997<sup>[6]</sup>. Due figure distinte che hanno diretto la scuola sostanzialmente ognuna per due decenni, in periodi di insegnamento però molto diversi fra loro, il primo legato ad una fase espansiva del paese, l'altro ad una di montante crisi. Non a caso proprio poco dopo aver assunto l'incarico, Alba Rosa Conte si troverà a dover far fronte alla protesta degli studenti che investe l'Italia in quegli anni e che arriva anche all'interno delle scuole per infermieri. «L'anno 1978 è stato l'anno della contestazione studentesca entrata anche nella Scuola Infermieri di Ancona. Un periodo buio, difficile, che ancora oggi rivivo con dolore. Con rabbia a volte. Gli studenti ci vedevano come altro da sé, quasi controparte da abbattere. Ma come far capire che l'impegno primo deve essere posto nella propria formazione, fatta di aula e di reparto, e non nelle assemblee senza fine o nel fuggire da scuola per correre nei cortei degli scioperanti? Le lezioni ed il tirocinio sospesi. In corsia si doveva solo guardare, non fare. Questo sostenevano. E allora, come costruire insieme il sapere infermieristico? Ci confrontammo a lungo per ricercare il modo più valido per riprendere il dialogo. La giusta esigenza dei giovani di fare proprio il disagio generale degli altri lavoratori e degli altri studenti rischiava di produrre un esagerato sbilanciamento verso il sociale generale a scapito della propria formazione professionale. Sono passati venti anni. Ma non riesco ancora a dimenticare quella incapacità di comunicare e la difficoltà

di riaprire i nostri cuori. Ma anche questo è stata lezione di vita»<sup>[6]</sup>.

Le due direttrici saranno le figure guida – le maestre nel senso ampio del termine – del tipo di didattica sostenuta presso la scuola di Ancona. Didattica non dissimile da quella realizzata in tutto il paese, con variazioni lievi, legate alla diversità del territorio e dei contesti socio-economici, ma non tali da mettere in discussione un'impronta di insegnamento che si richiama alla continuità con le tesi della Nightingale formulate a metà del XIX secolo.

### La costruzione del professionista infermiere

La figura di professionista che si fa strada in epoca contemporanea è funzionale ad un sistema sanitario che vede nell'ospedale il centro delle cure. E' la fabbrica della salute, *la machine à guérir*, di cui parla Foucault<sup>[7]</sup> e che richiede un infermiere al passo con i tempi. E' una figura che per molti decenni sarà declinata in termini di "signorina dell'igiene"<sup>[8]</sup>, sorta di quadro intermedio in un ruolo atto a controllare la qualità del lavoro erogato da quella che, in realtà, è una maggioranza di figure ausiliarie, legate, queste ad una continuità all'immagine del servente medioevale, carica di una valenza più pratica che non teorica, riassumibile nella tipologia degli infermieri psichiatrici, generici e militari (quelli aggregati al ruolo di truppa). Gli obiettivi didattici alla fine sono ben riassumibili in una rigida disciplina nell'insegnamento e nella formazione, trasmissione di norme comportamentali e valoriali, addestramento all'uso di strumenti e all'esecuzione di compiti e pratiche. Un modello che arriverà fino alle porte del XXI secolo, che strutturerà nei fatti un professionista inteso come tecnico polivalente<sup>[9]</sup>, all'interno di una dimensione di ruolo sempre sussidiaria, quando non ausiliaria alla figura apicale del medico.

Sotto questo aspetto la figura autorevole, quasi ieratica del maestro, è tanto funzionale quanto fuori tempo rispetto alla costruzione di professionisti in grado di affrontare i cambiamenti che, nel mondo sani-

tario, come nella società, nell'avvicinarsi dei decenni, dietro ogni progresso techno-scientifico, si impongono. Ma ciò non significa che sia un fattore negativo. In realtà sul piano didattico in quanto tale, e per estensione, legato alla dottrina pedagogica, va contestualizzato oltre l'evidente debolezza metodologica legata all'applicazione di un sistema rigido, atto a formare più esecutori di ordini che non professionisti autonomi, che rischia di entrare in collisione con lo stesso contesto sanitario in cui proprio quei professionisti vengono avviati. Per quanto l'istituzione totale ospedaliera sia rigida e stratificata, per quanto in protocolli scientifici e di cura, i piani assistenziali appaiano inamovibili – sotto molti aspetti non potrebbe essere altrimenti – il contesto sanitario come tale in realtà è sempre denso di variabili che creano eccezioni, adattamenti, verifiche, passi in avanti o rapidi ripensamenti. Al di là di ogni considerazione si parla di un contesto in cui al centro c'è la figura umana, un unicum sul piano biologico e patologico, e cangiante su quello individuale, dei bisogni, delle peculiarità.

La rigidità formativa è funzionale a trasmettere riti e manovre sempre uguali nell'eseguire operazioni, applicare protocolli, in un orizzonte finalistico che vuole, nel raggiungimento dell'obiettivo previsto, l'abbattimento – prossimo allo zero – del generarsi di qualsiasi forma di errori. Allo stesso tempo però si viene a creare un'area di crisi nella presa in carico della persona, nella relazione fra professionista ed assistito cui il primo si pone in maniera strutturata e l'altro risponde mostrando tutte le sue diversità. Il professionista in questo non può fare altro che cercare forme di adattamento utili e strutturali, contingenti e residuali: tutto pur di costruire una risposta che sappia, fuoriuscendo dallo schema imposto, adattarsi ai bisogni dell'altro da sé. Le prospettive dello sviluppo del pensiero critico, implementato non a caso nei corsi di studio a partire dalla fine del XX secolo, fungono da facilitatore e risorsa per il professionista<sup>[10]</sup>.

Per quanto il contenitore formativo appaia rigido e inamovibile, questo impone dunque al professionista di essere in grado di adattarsi alle circostanze. Quasi un sottinteso guasto cibernetico che rimanda ad una prospettiva data di approccio alla realtà, ma al tempo stesso nel momento in cui viene applicata ne richiama la sua negazione. In questo viene chiamato in causa il pensiero di Gregory Bateson<sup>[11]</sup>, in relazione alla malattia intesa, appunto, come *guasto cibernetico*, e alla persona in termini di sistema, nella consapevolezza, sottolinea l'autore, che una parte non può controllare il tutto. Visione che Bateson espone a partire da due situazioni di rottura dell'omeostasi della salute: l'alcolismo e la schizofrenia. Un alcolizzato soffre nella condizione di sobrietà, nella quale ravvisa una situazione problematica che non è in grado di correggere, superare o ad ogni modo affrontare. L'abuso di alcol lenisce questa sofferenza, causandone e aggravandone un'altra, strettamente legata alla dipendenza. In questo la volontà e l'autocontrollo chiamati in causa per vincere l'alcol risultano più inefficaci che non fantasiosi. Sullo stesso piano si pone la schizofrenia connotata da una situazione di *doppio vincolo*<sup>[12]</sup>, nella quale ad un soggetto viene chiesta l'esecuzione contemporaneamente di due modalità comportamentali antitetiche; come nel caso, ad esempio, di un invito ad avvicinarsi che, al momento in cui l'azione si compie, il soggetto viene immediatamente allontanato. Bateson dunque pone in rilievo maggiormente le dinamiche relazionali piuttosto che i singoli soggetti, interpretando così la complessità dei sistemi, in un contesto comunicativo, all'interno di un quadro ambientale di interazioni e comportamenti, che riguarda tutte le parti in gioco: l'individuo, l'equipe curante, la famiglia, gli amici, e così via.

### La didattica della salute

E' bene prendere una piccola pausa. Si è arrivati a Bateson considerando la possibile discrepanza che verrebbe a crearsi fra le rigidità professionali assunte - inevitabili -



Figura 2 - Sfigmomanometro, modello Riva - Rocci a mercurio

e trasmesse sul piano formativo, e la diversità (e varietà) dei bisogni manifestati al professionista. Un contributo ulteriore arriva inoltre dalla comunicazione fra il professionista e un paziente ritenuto importante sul piano relazionale, quello che viene definito in psicologia sociale altro significativo<sup>[13]</sup>, come può essere un coniuge o un genitore o ad ogni modo una persona che per quell'infermiere in quel dato momento, in un contesto assistenziale crea una discrepanza relazionale, una rottura fra il mandato istituzionale e professionale, sintesi degli obiettivi formativi, e l'adattamento, la richiesta individuale da parte del paziente

che magari, mal sopporta alcuni passaggi di un dato protocollo. A rendere ancora più problematica la situazione è la contraddizione che potenzialmente ognuno dei soggetti rischia di vivere nei propri stessi confronti e al tempo stesso nei confronti dell'altro: l'infermiere come professionista e (ad es.) come figlio, il paziente come tale e in quanto genitore. La complessità del sistema relazionale e la sovrapposizione di ruoli ed aspettative, strategie e obiettivi difficilmente sarà superata dalla semplice volontà dei singoli. Il rilievo fatto non vuole suggerire risposte, ma evidenziare criticità utili per costruire un panorama analitico di fondo.

Nel restare sul piano del parallelismo salute/didattica, un collegamento ideale all'esempio appena fatto, arriva dal pensiero di Ivan Illich, il quale proprio nella definizione di salute, anch'egli si rifà alla cibernetica: "Il termine salute designa un optimum cibernetico. La salute concepita come un equilibrio tra il macrosistema socio-ecologico e la popolazione dei suoi sottosistemi di tipo umano. Nel sottomettersi all'ottimizzazione, il soggetto rinnega se stesso. Oggi inizierò la mia argomentazione dicendo: "La ricerca della salute è divenuto il fattore patogeno predominante".<sup>[14]</sup> Lungo quest'ordine di ragionamento Illich non può che esser chiamato in causa in relazione proprio alla strutturazione degli istituti formativi. In questo caso preciso egli fa differenza fra scolarizzazione e istruzione<sup>[15]</sup>, lanciando in questo un *j'accuse* contro l'istituzione scolastica alla soglia degli anni '70, in un momento per lo più espansivo per tutto il welfare occidentale, dove la diffusione della scolarizzazione, l'accesso al diploma secondario e all'istruzione universitaria appaiono come chiari e tangibili segni di progresso e miglioramento sociale. Illich legge la scolarizzazione di massa come il meccanismo di creazione di una gerarchia del sapere, utile ad un indottrinamento diffuso e funzionale ad imparare: «cose sul mondo che non dal mondo». In questo porta l'esempio del pensiero del pedagogista e teologo del XVII secolo Jan Amos Comenio (1592 – 1670). D'origine morava, Comenio è considerato uno dei più importanti pastori dell'Unione dei Fratelli Boemi e, soprattutto è riconosciuto come tra i padri della pedagogia moderna. Sostenitore della scuola materna paritaria e dell'istruzione pubblica, propose una strutturazione dell'istruzione obbligatoria compresa tra sette e dodici classi, lungo una prospettiva di vera e propria valutazione strumentale in cui asseriva che a seconda delle scelte operate le scuole rappresentavano uno strumento per l'apprendimento di qualsiasi disciplina da parte di chiunque; arrivando addirittura a stendere una sorta di "catena di montaggio" della trasmissione del

sapere<sup>[15]</sup>. Nel ricordare in questo il pensiero all'avanguardia della *Didactica Magna* espressa dal vescovo moravo, Illich sottolinea che Comenio mostra nella sua visione pedagogica un lato debole che si lega alla sue conoscenze alchemiche, alle influenze delle stesse sul suo pensiero, che trasportava l'utopia della trasformazione dei metalli grezzi in metalli preziosi, impostazione propria degli alchimisti, visione all'avanguardia, ma densa di carica utopica, in tema di istruzione diffusa, per Comenio.

In questo Illich apparentemente sembra essere critico nei confronti di una pedagogia universalista, la quale è alla base del suo stesso pensiero orientato verso il mito di una scuola libera, ma la cui legittimazione non può che scontrarsi, e qui la lucidità del pensiero di Illich, con la stessa natura autoritaria dell'istituto scolastico. Quasi per assurdo in questo emerge la critica non tanto alla struttura dell'istituzione totale di cui parla Goffman<sup>[4]</sup>, ma alla figura dell'insegnante, del maestro permissivo, il quale rischia di essere il fautore della costruzione di un ambiente *ovattato* che concorrerà a costruire persone incapaci di sopravvivere a contesti diversi da quello scolastico.

E' il punto centrale del pensiero considerato, in cui viene evidenziata la cesura fra il contesto ambientale e quello scolastico, in cui la disciplina dell'apprendimento, che non poteva certo essere sostenuta dal libertario Illich, va ricordato, alla fine risulta funzionale a ridurre il divario fra l'ambiente artificiale della formazione e quello della vita reale. Ecco perché Illich sottolinea come sia importante recuperare il potere di insegnare e di apprendere in cui studente ed insegnante assumono pari dignità e pari responsabilità nei confronti dell'altro, su un piano relazionale attivo che recuperi l'altro da sé, la sua prospettiva di lettura del contesto lungo un quadro di reciprocità. Lungo questo ordine di idee egli parla di descolarizzare la società, lungo un orizzonte teorico denso di significati, di cui, uno in particolare, è

quello che pone l'accento sul fatto che la crescita di una persona ha bisogno di una possibilità di accesso a documenti, processi, luoghi, cose, eventi<sup>[15]</sup>. Ed ecco il punto di inserzione rispetto all'impostazione della formazione in campo infermieristico, ma non solo, descritta all'inizio. Il modello della Scuola Convitto - che è stato assunto come studio di caso di una metodologia che ha dominato sostanzialmente la formazione infermieristica per quasi un secolo, e lungo certi aspetti ancora riverbera in alcune sue caratteristiche - è ciò che di più lontano ci possa essere da un [non] ideale di scuola secondo Illich, ma pone in evidenza la contraddizione di fondo che si viene a creare fra le due polarità presenti. Da un lato quella dell'istruzione-addestramento all'arte assistenziale, alla scienza infermieristica, che non prevede, ovviamente, mediazioni, scorciatoie, o adattamenti di sorta. Dall'altro però evidenzia l'apertura dello spazio ampio costituito dall'ambiente ove esplicitare il tirocinio formativo, fatto di luoghi, persone, cose, eventi, percorsi, etc. tutti uguali e tutti diversi nell'approccio dei singoli studenti. In questo si viene a formare un sistema multiforme che andrà a costituire quel campo libero, quell'insegnamento descolarizzato in cui la crescita personale e scientifica si realizzerà, potenzialmente, nella maniera più ottimale. Sistema che vede la figura stessa del maestro moltiplicarsi e adattarsi, differenziarsi quasi in una segmentazione di ruoli che, nello specifico proprio dell'infermieristica, vede il concorso sistemico di tutor clinici e d'aula, docenti e direttori, e professionisti sanitari in generale nel raggiungimento della costruzione di una identità professionale. In tutto ciò viene chiamato in causa il quarto elemento cui è necessario focalizzare l'attenzione, il soggetto appunto cui è indirizzata l'azione, la persona in formazione che subisce una transizione verso la strutturazione professionale: lo studente, elemento sistemico dell'istruzione infermieristica, in questo contesto verrà preso in considerazione in quanto portatore di motivazioni estrinseche ed intrin-



Figura 3 - Siringhe in vetro ed aghi con contenitori per la sterilizzazione per il riutilizzo. Sulla sinistra fra le differenti tipologie si notano le siringhe da insulina

seche che lo connotano lungo il suo percorso accademico.

### L'apprendimento fra motivazioni intrinseche ed estrinseche

Interessante il contributo che arriva da un contesto diverso da quello sanitario, ma molto prossimo ugualmente al mondo infermieristico relativo al mondo del lavoro, all'altruismo che connota le professioni d'aiuto. Ne parla Sara Depedri<sup>[16]</sup> rifacendosi alla *Cognitive Evaluation Theory* di DeCharms (1968)<sup>[17]</sup> e Deci (1975)<sup>[18]</sup>, ripresa in ambito economico da Frey (2005)<sup>[19]</sup> in cui viene posta l'attenzione su due diverse forze di spinta dell'agire umano, e quindi anche dei lavoratori, categorizzabili appunto in motivazioni estrinseche ed intrinseche. Le prime sono quelle legate non tanto all'azione in sé, ma alle sue conseguenze, e si palesa in termini di ricompense e punizioni. Nel mondo del lavoro queste possono far riferimento alla retribuzione o alla possibilità di carriera, o al contrario a punizioni di vario tipo fino alla pratica illegale del demansionamento. Nel mondo studentesco quello che rappresenta le motivazioni estrinseche è legato al sistema di valutazione dell'apprendimento tramite la votazione di test, esami, prove, etc. Nel secondo caso invece la soddisfazione – intrinseca – è direttamente legata all'azione, che si carica di interesse spontaneo da parte dello studente, e viene compiuta senza alcun vin-

colo impositivo.

In questo lo studente di infermieristica si trova a vivere entrambe le situazioni, e molto spesso per azioni identiche, ma espletate in contesti differenti. Il posizionamento di un ago cannula all'interno di un seduta di laboratorio formativo, comporterà una motivazione estrinseca, strettamente legata alla valutazione che permetterà il riconoscimento del superamento della prova stessa. Al tempo stesso, all'interno del contesto lavorativo in cui viene espletato il tirocinio, quali un ambulatorio, la corsia, l'assistenza domiciliare o altro, la conseguenza premiante è direttamente rappresentata dall'acquisizione di una capacità, di una abilità, o dalla stima del collega infermiere ed ancor più dalla riconoscenza da parte del paziente stesso.

All'interno di queste due polarità, si sviluppa uno spazio di variabili in cui la costruzione del professionista attraverserà un percorso di crescita né facile e né scontato, ma in molti casi fortemente condizionato ricompense o punizioni, o attestati di crescita professionale molto spesso ricercati o maggiormente sentiti rispetto al risultato di una votazione d'esame in quanto tale. In termini semplici l'influenza dell'apprendimento sul campo continua a far sentire il suo peso all'interno della percezione della propria crescita professio-

nale. Lungo questo orizzonte di fondo schematicamente tracciato è necessario dunque ritornare alle due figure di insegnanti presentate nelle righe precedenti. Suor Maria Pia Mecatti proviene dal mondo religioso, mentre Alba Rosa Conte è figlia di un ufficiale, cresciuta nell'ambiente della colonia africana della Somalia che, ancora per circa tre lustri, a guerra finita, in attesa dell'agognata indipendenza, viene data in amministrazione fiduciaria all'Italia. Una religiosa dunque ed una infermiera cresciuta in un ambiente familiare sicuramente intriso di etica e disciplina. Entrambe sintesi della figura di formatore molto prossima al mondo della Nightingale che, ancora alle soglie degli anni '80, a oltre un secolo dalla nascita della moderna professione infermieristica, permea e connota il mondo formativo infermieristico. Nulla di strano, come si è detto, destinato però a mettere in evidenza un altro aspetto della formazione e della professione. Infatti se le figure delle due direttrici, sostanzialmente, rispecchiano una dimensione istituzionale dell'infermieristica, legata all'ospedale, al mondo militare, a quello religioso, nella quale storicamente ad ogni modo si è sviluppata la cura e l'assistenza alla salute, in un panorama descritto fuggacemente dove però manca un'altra componente, quella dell'ambiente, della comunità, del contesto, così come è stato chiamato in causa, in cui al tempo stesso

per secoli, l'assistenza si è sviluppata, lungo un asse di prossimità relazionale e orizzontalità comunicativa nella costruzione delle risposte ai bisogni della salute.

### Formazione e comunità

Se dunque il formatore, il maestro, diventa il punto cardine di un percorso educativo che restituisce alla società dei professionisti, il quadro prospettico entro cui leggere lo sviluppo della didattica mette in evidenza due ambiti che l'istituzione scolastica deve riuscire a sintetizzare: da un lato la dimensione dell'istituzione ospedaliera o sanitaria come tale, e dall'altro la comunità. In termini molto sintetici si pongono in evidenza gli elementi propri dell'istituzione e della comunità, di quelle che Tonnies<sup>[20]</sup> chiamava *Gemeinschaft* e *Gessellschaft*. Non in termini antitetici, ma semplicemente lungo una lettura descrittiva. Il modello formativo rappresentato dalle figure delle due direttrici, dalla direttività e gerarchia delle loro metodologie, legate a mondi altrettanto autorevoli, quanto autoritari, va letto lungo una analisi retrospettiva verso la costruzione di un insegnamento che deve formare professionisti preparati, anche a semplici funzioni, in un contesto che sta cambiando. La rottura del riferimento comunitario si dispiega tutta all'interno di questo mandato e, a partire dal XIX secolo, la si può leggere nelle eccezioni sollevate dai pedagoghi del tempo, più tesi all'innovazione, in cerca di metodologie utili a restituire la dimensione di contesto, comunitaria ed individuale a rischio dall'essere negate da una formazione forse troppo tesa ad essere mero addestramento. In Florence Nightingale è la figlia di quel mondo vittoriano che sembra aver bypassato le innovazioni dell'illuminismo francese, nonostante all'interno della sua stessa società, il pensiero degli enciclopedisti, di Jean Jacques Rousseau in particolare, avesse da tempo trovato posto. Né è testimone ad esempio il pensiero espresso da William Godwin il quale ammirava anche se non si trovava d'accordo con l'affermazione fatta da Rousseau: "Lasciategli credere che sia sempre

lui ad avere il controllo, sebbene siate voi ad averlo in realtà. Non c'è soggezione più perfetta di quella che prende le sembianze della libertà<sup>[21]</sup>.

Godwin invece affermava che il bambino: «Nel sistema della natura ha un posto a sé, ha diritto alla sua piccola sfera di controllo e di riservatezza, e ha diritto ad una sua commisurata porzione di indipendenza<sup>[22]</sup>». Le idee di Godwin si trasmetteranno, sul piano utopistico e razionalista alla figlia che cercherà di darle forma e diffusione con lo scritto maggiormente accessibile che il romanzo rappresenta rispetto ad articoli scientifici, pamphlet o saggi brevi. La figlia di Godwin scriverà per questo un'opera che parla della possibilità di costruire un uomo nuovo, privo di ogni spirito malato, portatore della ragione e della giustezza della sapienza. L'educazione intesa così quasi come un *deus ex machina* nel plasmare una soggettività necessaria, lungo una razionalità di un contenuto che maggiormente pedagogico non si riesce, forse, a trovare, in un romanzo che ai più, nonostante tutto, è apparso sin dalle sue prime edizioni, più come un *divertissement* fantascientifico, anticipazione di generi horror e splatter, e il cui titolo era: *Frankenstein or the Modern Prometheus*, scritto da Mary Shelley. Autrice famosa, moglie di Percy Shelley e figlia di Godwin e di Mary Wollstonecraft, antesignana di molte tesi femministe.

Tesi ed autori che rischiano di metterci fuori strada rispetto al tracciato anticipato, ma che si legano con un contesto di modernità scientifica ed intellettuale che, dall'illuminismo, per tutto il XIX secolo preme per trovare una sua collocazione e strutturazione nel rinnovamento della società e, ancor più, nelle metodologie didattiche ferme al rapporto proprio della lezione frontale del precettore e del suo allievo. Ma non sono più i tempi di precettori e maestri in quanto è necessario provvedere ad un nuovo accademismo: l'istruzione di maggiori settori della popolazione. Anzi di

tutta la popolazione. Un'istruzione lasciata a se, abbandonata per secoli, necessaria nella fase della modernizzazione della società occidentale per fare in modo che tutti sappiano leggere, scrivere, e far di conto. I più maligni suggeriscono che gli obiettivi in realtà alla fine si riassumeva nella costruzione di masse esercitate utilmente ad usare il macchinario in fabbrica come il fucile sui campi di battaglia. Certo un infermiere, o un sanitario in generale, non è certo un soldato che impara ad usare bene un obice per mietere vittime, ma sicuramente è molto simile all'operaio massa del sistema fordista dove, già detto, ritorna come strumento di produzione della salute collettiva, *la machine à guérir*, la fabbrica ospedale.

Il quadro di fondo non è certo semplice, in particolare considerando che la metodologia di un'istruzione direttiva fa riferimento ad un mondo dove ancora larghe fette di popolazione sono analfabete e dove, ancora nel Regio Decreto n.615 del 16 agosto del 1909 – si sta parlando in questo caso specificamente dell'Italia e della legge di riforma dell'assistenza manicomiale -, si richiede che gli infermieri sappiano "almeno" leggere e scrivere<sup>[23]</sup>. Una condizione generalizzata di analfabetismo che si protrarrà per decenni nel nostro paese con il risultato che ancora negli anni '70 ci sono centinaia di corsi serali per lavoratori ed adulti al fine di far prendere loro la licenza elementare. Tramite la televisione pubblica, che stava entrando sempre di più nella vita degli italiani, si realizzò la trasmissione: Non è mai troppo tardi del maestro Manzi, trasmessa dal 1960 al 1968 per 484 puntate. Un investimento del mezzo di comunicazione di massa per poter prendere per mano e accompagnare verso la modernità la popolazione del bel paese, senza lasciare indietro nessuno. In questo quadro, nella figura storica e affabile allo stesso tempo di Manzi, torna la figura del maestro di cui si è detto, alla luce di un contesto educativo e sociale carico di molte criticità, le quali consentono una lettura migliore del metodo

di applicazione di programmi e tesi infermieristiche legate al citato mondo della Nightingale, sembrano così non meno direttive, meno anacronistiche di quanto non si possa credere, per risultare quasi, nel ristretto spazio di una pedagogia molto rigida, un porto sicuro di partenza per poter accedere al cambiamento che già alle soglie del XXI secolo si impone, nella società italiana, e ancor più nel mondo sanitario.

Coloro che si ritroveranno a lavorare e a coordinare servizi nuovi (assistenza domiciliare, etc.) hanno dimostrato di aver rotto con la loro persona professionale il rigido guscio dell'addestramento ricevuto, sublimato verso l'adattamento al cambiamento. Ed allora in questo è giusto citare un altro maestro, decisamente agli antipodi della Nightingale: Francisco Ferrer y Guardia, il pedagogo catalano, fucilato nel 1909 nella fortezza di Montjuic a Barcellona in quanto "colpevole" di essere troppo moderno per il suo tempo. Per Ferrer alla base dell'acquisizione delle scienze esatte si ritrovano proprio quei meccanismi legati alle motivazioni estrinseche ed intrinseche di cui si è detto. Le prime, come punizioni e premi dovrebbero essere abolite, le altre incentivate, con la partecipazione, il gioco, il confronto<sup>[24]</sup>. Per il maestro catalano disogna distruggere tutto ciò che ha il sapore della violenza<sup>[25]</sup>, ed incentivare lo spirito di libertà e l'autonomia intellettuale, fuori però da qualsivoglia visione spontaneista o autogestionaria in quanto la figura del maestro anche in questo caso torna a far sentire il peso del suo ruolo e della sua funzione, attivandosi nell'obiettivo di mettere semi per lo sviluppo di saperi ed idee nell'individuo in formazione. Per Ferrer l'educazione non può essere un semplice processo di addestramento all'intelligenza che non sia in grado di tenere in considerazione sentimenti e volontà, in un'acquisizione progressiva delle scienze positive lungo un rapporto dinamico fra realtà e persona, proiettato verso la costruzione di un'azione esperita.

Una pedagogia tanto moderna

quanto rivoluzionaria, ma affatto utopica se si pensa come proprio dalle scienze esatte, dalla Medicina stessa, si siano manifestati negli anni pensieri e figure innovative come Maria Montessori, Janus Korczak<sup>[26]</sup>, Ovide Decroly mentre proprio da un contesto rigido, dogmatico, apparentemente inamovibile ed indiscutibile, proprio in Italia si è alzata la voce di chi chiamava ad una figura innovativa del maestro: don Lorenzo Milani. Per la Montessori un mondo a misura del bambino in cui egli possa scegliere in un ambiente di cui è in grado di recepire il massimo degli stimoli, assecondandolo a sviluppare un senso di responsabilità, libera. Janus Korczak medico polacco ed ebreo, fondatore della casa degli orfani a Varsavia, morirà in campo di sterminio a Treblinka. Significative le seguenti parole: «Un buon educatore, colui che non costringe ma libera, non trascina ma innalza, non comprime ma forma, non impone ma insegna, non esige ma domanda, passerà insieme ai bambini molti momenti esaltanti». Ovide Decroly, medico e pedagogista belga, legato alla scuola tedesca della Gestalt, considera i meccanismi dell'apprendimento come il frutto di un'esperienza globale in cui la percezione dell'oggetto di interesse avviene dopo un meccanismo analitico interiorizzato legato allo stato d'animo, all'interesse, all'emozione provata<sup>[27]</sup>. Infine don Lorenzo Milani<sup>[28]</sup> meriterebbe ben più di una citazione stretta fra poche righe, ma si rischierebbe di fuoriuscire dallo scopo del presente lavoro. Sul maestro e sacerdote basti ricordare che fu tra i primi ad adottare il motto "I care", in termini di farsi carico, di dare importanza (m'importa) alle cose e alle persone, senza per questo abdicare alla funzione di formatore conscio delle problematiche socio-economiche del contesto in cui si viene a trovare.

In tutto ciò l'esperienza sia del sacerdote sia dei medici di cui si è detto, apre lo spazio interpretativo pedagogico che, proprio da mondi con codici interpretativi quasi dicotomici: salute/malattia, fede/non fede, sottolineano come

la realtà sia carica di sfumature, come il mondo, seppur coloratissimo, sia caratterizzato da una scala di grigi tutti da interpretare. Sul piano proprio della medicina, lungo questa prospettiva di lettura si svilupperà, in particolare a partire dal mondo anglosassone, tutto il filone delle *medical humanities*, che costruirà negli ultimi anni del XX secolo un approccio tanto necessario quanto sentitamente atteso, della dimensione culturale, percepita, rappresentativa della salute. Il termine *medical humanities*, non a caso vengono definite da Shapiro e Rucker nel 2003 come *l'inclusione delle scienze umane e di prodotti artistici nella formazione di base e post-base dei professionisti della cura*<sup>[29]</sup>. Un approccio irrinunciabile sul piano della costruzione del professionista sanitario, della trasmissione del sapere, della formazione di un individuo in sintonia con il contesto di vita e di lavoro.

### Una didattica in espansione

Le narrazioni di malattia (*Narrative Based Medicine*) pongono al centro della conoscenza la centralità dell'esperienza di malattia, punto di partenza della percezione del proprio stato di salute, della rappresentazione di sé lungo un percorso di vita e di malattia. Una lettura della cura e dell'assistenza che conduce ad un approccio inedito rispetto alle impostazioni del passato, aprendo, a partire sin dalla fine del XX secolo alla strutturazione e diffusione di tutta una serie di studi, ricerche ed insegnamenti raggruppati sotto il generico termine di *medical humanities*. Il contributo in questo rappresenta la risultante di figure provenienti da diverse discipline ed esperienze culturali. La statunitense Rita Charon<sup>[30]</sup>, della facoltà di Medicina della Columbia University, è fra le prime ad interessarsi in maniera organica all'argomento coniando lei stessa il termine di narrazioni di malattia. A lei si uniscono gli antropologi Byron Good<sup>[31]</sup>, Arthur Kleinman<sup>[32]</sup>, fino al già citato Ivan Illich<sup>[33]</sup> e alla giornalista statunitense Susan Sontag<sup>[34]</sup>, la quale afferma che: "la malattia non è una metafora, che la maniera più corretta di conside-

rarla e la maniera più sana di essere malati è quella più libera e aliena da pensieri metaforici. A partire dal nuovo millennio l'uso delle narrazioni di malattia comincia a diffondersi in maniera strutturata all'interno della medicina, e lentamente, si fa strada nella stessa disciplina infermieristica in modo tale da poter assumere la definizione di NBN (*Narrative Based Nursing*). In Italia la NBN si è fatta strada negli ultimi dieci anni, in particolare nel campo della ricerca qualitativa, nella valutazione della dimensione *emica* della malattia da parte del paziente. Nella sostanza la prospettiva narrativa diventa strumento dell'infermieristica, introducendo nell'universo disciplinare e pratico con ancora maggior forza la dimensione *illness* della salute, relativa alla propria interpretazione/percezione, oltre quella classica relativa al guasto bio-meccanico propria del *disease* o quella socio-istituzionale della *sickness*.

Quelle citate sono solo alcune delle opere che conducono ad una revisione antropologica e sociologica dello stesso concetto di salute che fino alla seconda metà del XX secolo aveva dominato il panorama sanitario e mostrava tutta la sua dimensione gerarchica, direttiva e lineare che non prendeva in considerazione la tridimensionalità (fisica, psicologica e sociale) della salute, la globalità e l'unitarietà della persona umana cui essa faceva riferimento. Sano o malato, vivo o morto erano al contrario le visioni medico-lineari dominanti che non potevano essere funzionali ad un approccio olistico alla malattia, ad un'assistenza *patient centered*. Ed è proprio nello sviluppare questa visione della centralità della relazione di cura, del rapporto che si viene ad instaurare, in particolare fra assistito ed assistente, paziente ed infermiere, che iniziano a farsi strada i lavori infermieristici di due studiosi statunitensi: Josephine Paterson e Loretta Zderad. Le due prendono in considerazione il *vissuto esperienziale* che scaturisce dalla condivisione di una stessa dimensione spaziale e temporale proprio da parte del paziente e

dell'infermiere, e considerano l'infermieristica come "*an experience lived between human beings*" e come una scienza che: "*Science may provide the nurse with knowledge on which to base her (his) decision, but it remains for the arts and humanities to direct the nurse toward examination of value underlying her practice*"<sup>[35]</sup>. Una prospettiva che riprende le teorie assistenziali della transculturalità di Madeleine Leininger<sup>[36]</sup> e della globalità della persona di Martha Rogers<sup>[37]</sup> e che sottolinea l'irrinunciabile multidimensionalità della costruzione del processo di aiuto, dove le rappresentazioni, le percezioni e i vissuti di malattia dei soggetti interessati, e dei relativi "altri significativi" (i *caregiver* in particolare) diventano elementi imprescindibili di conoscenza e analisi per la costruzione e valutazione degli interventi da parte dell'infermiere. In tal modo riesce a definirsi come strumento non solo di ricerca ed elaborazione teorica, ma anche e soprattutto come strumento per la valutazione e la ridefinizione stessa dell'assistenza infermieristica. Un'ottica lungo la quale è stato condotto il presente lavoro con l'obiettivo di valutare l'intervento infermieristico attraverso le storie di vita e di malattia. Insomma, attraverso le narrazioni di malattia, è giusto dire: "Raccontami la tua storia, non solo per farti aiutare, ma per capire un po' di più anche chi sono e chi posso essere io, l'infermiere".

Lungo questa prospettiva il sapere delle Medicina e dell'infermieristica, ma più in generale di ogni professione di aiuto, si carica dunque di prospettive di lettura inedite, innovative e soprattutto che restituiscono dignità e specificità al singolo sia come paziente, sia come curante, in un quadro multidimensionale dove famiglia, comunità, reti sociali diventano un contesto in cui ricercare risorse nella consapevolezza che altrimenti potrebbe caricarsi unicamente di criticità. La dimensione delle *medical humanities* inoltre restituisce specificità alla clinica, alla visione semplicemente bio-meccanica ponendola all'interno di un paradigma interpretativo

che permette una lettura globale del bisogno. Sul piano meramente didattico le tematiche della medicina narrativa solo da poco tempo nel nostro paese iniziano a farsi strada in maniera sempre più significativa, sia all'interno dei corsi base sia nei master o nei corsi di laurea magistrale, con la conseguenza non solo di arricchire il bagaglio scientifico del professionista, ma di influire anche sulla stessa impostazione del corso; il contenuto insomma comincia a condizionare il contenitore, inteso come metodologia di insegnamento e strutturazione dei corsi, producendo il risultato finale non tanto di un corto circuito nel sapere trasmesso, ma l'evidenza di una realtà e specificità degli interventi che non possono prescindere dal mandato istituzionale e scientifico e al tempo stesso dalla dimensione singola della persona e del suo ambiente di vita e di cura.

### Conclusioni

L'autore di questo lavoro non è stato studente presso la scuola di Ancona, anche se questo non gli ha impedito di raccogliere numerose testimonianze dirette sulla sua conduzione e sulla figura stessa della Direttrice Alba Rosa Conte. Va precisato che la sua figura e quella di Suor Maria Pia Mecatti sono state prese ad esempio al fine di poter analizzare, tramite loro la figura del maestro in quanto tale, qualcosa di più del semplice docente istituzionale della formazione scolastica di massa, e qualcosa di molto diverso dal precettore legato all'insegnamento *ad personam* della nobiltà del passato. Lungo il corso degli anni le centinaia di studenti formati presso la Scuola Convitto per Infermiere Professionali di Ancona, sono state presenti all'interno di un sistema che si è modificato profondamente rispetto a quello in cui erano cresciuti. In diversa misura, e lungo percorsi di carriera tutti differenti, sono riusciti a dimostrare come la formazione avuta fosse stata in grado di costruire, nonostante l'apparente rigidità di sistema, un professionista intellettualmente ed emotivamente in grado di adattarsi al cambiamento, e di adattare in parte anche il mondo che cambia-

va, a sé stesso. Certo, non sempre in maniera ottimale e agile, ma è un risultato corale che dovrebbe essere oggetto di un più approfondito studio che non queste poche considerazioni esposte, in quanto pone l'attenzione sulla multidimensionalità dell'arte dell'insegnamento la quale implica, come accennato all'inizio, il necessario ancoraggio a qualcosa di saldo, forte, sicuro, le radici cui riferirsi, al fine di poter sviluppare, come professionista, ma non solo, le ali per poter essere autonomo e libero. Un compito non facile, ben sintetizzabile da un proverbio americano, ma sul quale da secoli la pedagogia, sviluppa materiali ed interventi interessanti e in continua evoluzione. Il lavoro esposto, in merito, vuole essere appena un piccolo contributo a tutto questo.

#### Bibliografia

1. Cotichelli G. (2021) Della formazione infermieristica, tra identità professionale e coscienza scientifica, Lettere dalla facoltà, Università Politecnica delle Marche, facoltà di Medicina e Chirurgia, n.1/2021;
2. Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: the journal of nursing scholarship*, 16(3), 84-87.
3. Marshall McLuhan (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man*, New York: McGraw Hill
4. Goffman E. (2010) Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi Torino, 2010, pp. 415.
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Bollettino ufficiale del personale, dispensa 1 - 2, gennaio febbraio 1946, pag. 475-176;
6. Alba Rosa Conte (1998) Le rondinelle dell'Ospedale, Ancona, AO Umberto I, pag. 132
7. Foucault, M., Barret-Kriegel, B., Béguin, F., Thalamy, A., & Fortier, B. (1979). *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Liège: Pierre Mardaga.
8. Fiorilli, O. (2015). La signorina dell'igiene: genere e biopolitica nella costruzione dell'"infermiera moderna". *La signorina dell'igiene*, 1-257.
9. Dimonte, V. (2007). Da Servente a Infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia.
10. Cotichelli G. "Nursing e pensiero critico", assieme a Ortolani S. e Marcelli S., in Lettere alla Facoltà, Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, dicembre 2009, A. XII n. 12: 15 - 18;
11. Bateson G. (1976) La cibernetica dell'Io: una teoria dell'alcolismo, in Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano
12. Bateson, G. (1991) A Sacred Unity: Further Steps to an Ecology of Mind. New York: Hampton Press. Donaldson, Rodney E. ed.
13. Mead, G. H. (2010). *Mente, sé e società*. Giunti editore.
14. Illich I. (1990) L'aumento delle cure genera nuove patologie. L'ossessione della salute perfetta. *Le Monde Diplomatique*, Paris, marzo-1990;
15. Illich I. (1981) per una storia dei bisogni, Mondadori, Milano, pp. 207.
16. Sara Depedri (2008) L'evoluzione delle motivazioni: altruismo verso egoismo nell'impresa sociale, pp. 81 - 102 nella rivista *Impresa sociale* della Issan edizioni, Trento, n.2 gennaio - marzo 2008.
17. Rummel, A., & Feinberg, R. (1988). Cognitive evaluation theory: A meta-analytic review of the literature. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 16(2), 147-164.
18. Deci, E. L., & Porac, J. (1978). Cognitive evaluation theory and the study of human motivation. *The hidden costs of reward: New perspectives on the psychology of human motivation*, 149, 155-7.
19. Frey, B. S., & Osterloh, M. (2005). Yes, managers should be paid like bureaucrats. *Journal of Management Inquiry*, 14(1), 96-111.
20. Tonnies F. (1887) *Community and Associations* [trad. Lommis P., 1955], Routledge and Kegan Paul, London
21. Michael P. Smith (2019) *Educare per la libertà*, Elèuthera, Milano. pag. 38
22. Godwin William (1797) *The enquirer*, Robinson, London, 1797, pag. 88
23. Cotichelli G. (2010), *L'infirmier psychiatrique en Italie: de gardien ° professionnel du territoire*", in « Decentralisation système de sante : l'exemple italien - Revue Sociologie Santé, octobre 32-2010, pp. 295-310.
24. Francesco Susi (2012) *Scuola, società, politica e democrazia, dalla riforma Gentile ai decreti delegati*, Armando Editore, pag. 35
25. Tomarchio, M. S. (2002). *Prassi didattica e pedagogia relazionale: studi in onore di Leonardo Roberto Patanè*. Armando Editore, pag. 95 -96
26. De Simone, M. (2020). La pedagogia di Korczak: spunti per un'educazione umanizzante. *Civitas educationis. Education, Politics, and Culture*, 9(1).
27. Goussot, A. (2005). *La scuola nella vita: il pensiero pedagogico di Ovide Decroly*. Edizioni Erickson.
28. Milani, L. (1996). *Lettera a una professoressa*. Florence: Libreria Editrice Fiorentina.
29. Zannini L. (2009) *Medicina Narrativa e medical humanities*, in *Rapporti ISTAN 09/50*, pag20.
30. Charon R., (2001), *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust* *JAMA*. 286.
31. Good B.J., *Narrare la malattia, Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999
32. 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.
33. Illich I., *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Boroli editore, Milano, 2005
34. Sontag S., *Malattia come metafora. Aids e cancro*, Einaudi, Torino, 1992, p.77
35. Paterson, J. G., & Zderad, L.T. (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley and Sons. pag 3 et pag 87
36. Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing*. McGraw-Hill, Medical Pub.
37. Rogers M. E., *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1970



# LETTERE dalla FACOLTÀ on line

---

*Direttore editoriale* Marcello M. D'Errico

*Comitato editoriale* Fiorenzo Conti, Andrea Giovagnoni, Lory Santarelli, Adriano Tagliabracci

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

*Direttore responsabile* Giovanni Danieli

*Consulenza tecnica* Giorgio Gelo Signorino, Andrea Cappelli