

## **Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti**

**Regione Toscana - Consiglio Regionale  
Società Italiana delle Storiche**

Il Premio “Franca Pieroni Bortolotti” è entrato a pieno titolo nelle iniziative istituzionali del Consiglio Regionale, essendo tra i quattro grandi eventi espressamente individuati dalla L.R. 46 del 2015 come capaci di valorizzare al meglio le finalità previste dallo Statuto della Regione Toscana. Questo testimonia la grande importanza del lavoro compiuto da oltre vent’anni dalle istituzioni insieme alla Società Italiana delle Storiche.

Dal momento della sua nascita, nel 1990, il Premio ha contribuito in modo significativo a valorizzare la ricerca storica sulle donne e sulle questioni di genere e, al tempo stesso, ha offerto un’occasione alle giovani e ai giovani studiosi di affermarsi nella ricerca. Questa collana, che accoglie i lavori selezionati dalla giuria, si pone dunque come prezioso strumento per la diffusione e la conoscenza di una parte importante della nostra Storia.

Eugenio Giani  
*Presidente del Consiglio Regionale*

Il Premio Franca Pieroni Bortolotti, istituito nel 1990, è intitolato alla storica fiorentina (1925-1985) pioniera della storia culturale e politica del movimento di emancipazione delle donne in Italia. Questa collana, frutto della collaborazione tra la Società Italiana delle Storiche e il Consiglio regionale della Toscana, accoglie studi di giovani storiche e storici selezionati ogni anno dalla giuria del Premio. Nella preparazione dei testi per la stampa, le autrici e gli autori sono affiancati da una tutor della Società Italiana delle Storiche.

Con la pubblicazione di opere originali e importanti, il Premio Franca Pieroni Bortolotti apre alle nuove generazioni di studiosi di storia delle donne e di genere, in Italia e nel mondo, dall’antichità all’età contemporanea.

Isabelle Chabot  
*Presidente della Società Italiana delle Storiche*

## **Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti**

Consiglio Regionale della Toscana  
Società Italiana delle Storiche

### **Comitato scientifico-editoriale (2012-2014)**

Serena Ferente, Daniela Lombardi, Alessandra Pescarolo, Elisabetta Vezzosi

1. Marta Serravalle, *Arte e femminismo a Roma negli anni Settanta*, Roma, Biblink, 2013
2. Chiara Pavone, *Esserci e desiderare. Donne romane nei processi della Giunta di Stato (1799-1800)*, Roma, Biblink, 2013
3. Agnese Maria Cuccia, *Lo scrigno di famiglia. La dote a Torino nel Settecento*, Pisa, Pisa University Press, 2014
4. Martina Starnini, *Follie separate. Genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento*, Pisa, Pisa University Press, 2014
5. Silvia Carraro, *La laguna delle donne. Il monachesimo femminile a Venezia tra IX e XIV secolo*, Pisa, Pisa University Press, 2015
6. Olivia Fiorilli, *La signorina dell'igiene. Genere e biopolitica nella costruzione dell'«infermiera moderna»*, Pisa, Pisa University Press, 2015

OLIVIA FIORILLI

**LA SIGNORINA DELL'IGIENE**  
**Genere e biopolitica**  
**nella costruzione dell'“infermiera moderna”**

P  S A  
UNIVERSITY  
PRESS

Fiorilli, Olivia

La signorina dell'igiene : genere e biopolitica nella costruzione dell'infermiera moderna' / Olivia Fiorilli. - Pisa : Pisa university press, 2015. - (Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti ; 6)

610.73082 (22.)

1. Infermiere - Donne

CIP a cura del Sistema bibliotecario dell'Università di Pisa

**UPI**  
UNIVERSITY  
PRESS ITALIANE

Membro Coordinamento  
University Press Italiane

*In copertina*

Elisa Abela, *Libro d'artista 'Ente Nazionale per la Protezione del Figlio, Controllo del Concepimento'*, particolare, 2010

© Copyright 2015 by Pisa University Press srl  
Società con socio unico Università di Pisa  
Capitale Sociale Euro 20.000,00 i.v. - Partita IVA 02047370503  
Sede legale: Lungarno Pacinotti 43/44 - 56126, Pisa  
Tel. + 39 050 2212056 Fax + 39 050 2212945  
e-mail: [press@unipi.it](mailto:press@unipi.it)  
<http://www.pisauniversitypress.it>

ISBN 978-88-6741-573-1

impaginazione: [360grafica.it](http://360grafica.it)

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi - Centro Licenze e Autorizzazione per le Riproduzioni Editoriali - Corso di Porta Romana, 108 - 20122 Milano - Tel. (+39) 02 89280804 - E-mail: [info@cleareadi.org](mailto:info@cleareadi.org) - Sito web: [www.cleareadi.org](http://www.cleareadi.org)

# Indice

INTRODUZIONE	7
1. Orizzonte teorico e categorie analitiche	12
2. Metodologia e fonti	17
CAPITOLO 1. RIGENERARE IL CORPO SOCIALE: IL MOVIMENTO FEMMINILE E L'INFERMIERA MODERNA'	21
1. Al principio del secolo	22
2. Dalla Grande Guerra al fascismo	30
3. «Gli insegnamenti della scienza, non un'impulsiva sentimentale pietà»	42
4. Tra 'fisico' e 'morale'	50
5. 'Lavoro materno'?	55
CAPITOLO 2. SOGNANDO UNA <i>MACHINE À GUÉRIR</i> : I MEDICI, L'OSPEDALE E L'INFERMIERA MODERNA'	59
1. L'ospedale in transizione	62
2. L'utopia dell'ospedale moderno'	73
3. Infermieri o infermiere?	90
4. L'«infermiera moderna» e i repertori della femminilità borghese	95
5. 'Addomesticando' l'ospedale moderno	101
6. Rispecchiamenti strategici	107
CAPITOLO 3. INSEGNARE A VIVERE E BONIFICARE LA SOCIETÀ: L'INFERMIERA MODERNA E L'EDUCAZIONE IGIENICA	111
1. Per «l'efficienza del capitale umano»	113
2. La «coscienza igienica»	120
3. Tra biopolitica transnazionale e gestione del capitale umano della nazione	128
4. «Incontri intimi»	141
5. Tra disciplinamento e biopolitica	155
6. Tensioni	164
CAPITOLO 4. LA RESISTIBILE ASCESA DELL'INFERMIERA MODERNA'	169
1. Tra due fuochi	170
2. La dignità della <i>classe</i>	177
3. Ostilità	183
4. L'infermiere moderno	194
5. Intimità proibite	205
6. Un lento cammino	214
Conclusioni	217
Bibliografia	223
Indice dei nomi	251

Questo libro non avrebbe mai visto la luce senza l'attenta e appassionata supervisione di Patrizia Gabrielli e Luc Berlivet (e del collegio del Dottorato Internazionale in Studi di Genere dell'Università di Roma la Sapienza), che mi hanno guidato attraverso la costruzione e la stesura della tesi da cui è tratto. Ringrazio inoltre il Consiglio regionale della Toscana e la Società italiana delle storiche, che assegnandomi il Premio Pieroni Bortolotti mi hanno dato un importante incoraggiamento, in particolare Stefania Bartoloni, che mi ha seguita con competenza nella trasformazione della tesi in un libro. Vorrei inoltre ringraziare Francesca Socrate per avermi sempre accompagnata con affetto, Fabio Fabbri per il prezioso incoraggiamento, Daniela Rossini, Vinzia Fiorino, Emmanuel Betta e Laura Schettini per i numerosi consigli che mi hanno dato. Naturalmente mia rimane la responsabilità dell'impostazione del volume e degli eventuali errori in esso contenuti. Ma soprattutto ringrazio le molte famiglie – di sangue e di elezione – che mi sono state accanto e sono state una fonte di sostegno materiale ed emotivo: vorrei poter nominare tutt\* ma mi dovrò limitare a citare Elisa, Francesca, Michela, mia madre e mio padre, e ancora Beatrice, Giulia, Mariateresa, Rachele, e tutte le altre innumerevoli, amiche e compagne, che sono state pazientemente ad ascoltarmi mentre parlavo per ore di igiene, infermiere, biopolitica... grazie!

## Introduzione

“Knowledge of the past, of the world, of ourselves, and of sexual difference comes not from reconstructing ‘objective’ experiences but through analyzing the systems of meaning that make possible and construct those experiences in the first place”, Louise Newman<sup>1</sup>.

All’inizio del ’900, in Italia, mentre gli ospedali sono ormai avviati a trasformarsi da ricoveri per miserabili e morenti in ‘macchine per guarire’ e lo stato liberale ha già iniziato a dipanare sul territorio del Regno una rete sempre più fitta di figure e istituzioni preposte alla tutela e al ripristino della salute pubblica, intorno ai corpi malati si affaccendano diverse figure, maschili e femminili: oltre che di madri, ‘comari’ e ‘praticoni’, si tratta di medici, suore, infermiere e infermieri. Questi ultimi – all’incirca in egual misura uomini e donne – figure assimilabili, nell’immaginario dell’epoca a quelle delle domestiche o dei contadini, si prendono cura di corpi rispettivamente di malati se uomini e di malate se donne; la cosa è ritenuta del tutto normale: sarebbe il contrario ad apparire scandaloso.

Alla fine degli anni ’20, appena un trentennio più tardi, una legge varata nel 1925 – e perfezionata dai regolamenti del 1929 – stabilisce che i corpi infermi – di uomini o donne indistintamente – debbano essere accuditi, toccati, curati preferibilmente da donne dotate di un certo livello di educazione e formate in apposite scuole convitto. Alle soglie degli anni ’30, quando ormai il fascismo ha dispiegato il proprio regime e definito tra le proprie priorità la ‘bonifica della razza’, non solo non desta più riprovazione l’idea

<sup>1</sup> Louise Newman, *Critical theory and the history of women: what’s at stake in deconstructing women’s history*, in «Journal of Women’s History», II, 3 (1991), p. 59.

che corpi maschili siano accuditi da mani femminili, ma in linea di massima risulta sospetto il contrario. La cura dei corpi è ormai raccontata con il linguaggio della maternità, sebbene negli ospedali del regno continuo ancora a lavorare moltissimi uomini, inquadrati come infermieri 'generici'.

Cosa è successo nel volgere di pochi decenni, perché ciò che è stato considerato scandaloso fino a poco tempo prima, venga presentato come espressione delle 'immutabili leggi naturali' che regolano le 'qualità ontologiche dei sessi'? Questa la domanda da cui ha preso le mosse questa ricerca.

Nel tentare di rispondere a tale domanda questo lavoro si è man mano venuto delineando come la storia della costruzione discorsiva e sociale di una figura ideale, quella dell'"infermiera moderna". Donna di «civile condizione», esperta di igiene, tecnicamente formata, portatrice di una moralità adamantina, personificazione dei valori dell'ordine e della pulizia, della disciplina, della decenza, della purezza, l'infermiera moderna è – naturalmente – una figura immaginaria, un ideale verso cui tendere almeno quanto la 'femminilità' di cui deve essere incarnazione. Quella che si tenterà di tracciare nei prossimi capitoli non è quindi né una storia della femminilizzazione quantitativa<sup>2</sup> del settore dell'assistenza infermieristica, sebbene questo fenomeno sia parte del racconto, né una ricostruzione del percorso che ha portato alla 'professionalizzazione' dell'assistenza agli infermi. Per avere un saggio di alcune delle prospettive sulla storia dell'assistenza appena delineate si rimanda al lavoro di autori quali Carlo Calamandrei, Edoardo Manzonei, Cecilia Sironi, Alessandra Fiumi, Valerio Dimonte, Nicola Ramacciatì, Isabella Pascucci e Calogera Tavormina<sup>3</sup>. A partire dagli anni '80, e in

<sup>2</sup> La mancanza di dati statistici rende estremamente difficile quantificare con precisione e in modo esauriente questo fenomeno. Come si vedrà nel quarto capitolo, si è tentato di desumere alcuni dati da fonti diverse quali articoli comparsi su riviste a statistiche non strettamente riguardanti l'assistenza infermieristica.

<sup>3</sup> Edoardo Manzonei, *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Milano, Masson, 2000; Carlo Calamandrei, *L'assistenza infermieristica: storia, teoria e metodi*, Firenze, La Nuova Italia scientifica, 1993; Nicola Ramacciatì, *Infermieri nello Spedale grande di Perugia: contesti generali e profili generali dall'Unità d'Italia al fascismo*, Perugia, Morlacchi, 2003; Alessandra Fiumi, *Infermieri e ospedale: storia dell'assistenza infermieristica tra '800 e '900*, Verona, Nettuno, 1993; Valerio Dimonte, *Da servente a infermiere: una storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera in Italia*, Torino, Cespi, 2007; Isabella Pascucci, Calogera Tavormina, *La professione infermieristica in Italia: un viaggio tra storia e società dal 1800 a oggi*, Milano McGraw-Hill, 2012; Cecilia Sironi, *Storia dell'assistenza infermieristica*, Roma, Nis, 1983. Più recentemente una versione aggiornata e rivista del testo è apparsa sotto il titolo di *L'infermiere in Italia: storia di una professione*, Roma, Carocci, 2012. A questi autori possiamo aggiungere quelli che – in numero ancora più esiguo – hanno affrontato la storia dell'assistenza infermieristica in manicomio. Si veda a titolo di esempio Stefano Alberti, *Da guardiani ad attori della riabilitazione: il personale d'assistenza in manicomio*, in *San Niccolò di Siena: storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozi, Milano, Mazzotta, 2007, pp. 155-175; Adriano Pallotta, *Infermieri dal 1900*, in *L'ospedale di Santa Maria della*



maniera crescente negli anni '90 – in parallelo all'ingresso della formazione infermieristica nel mondo dell'università<sup>4</sup> – questi autori hanno delineato le basi della storia della professione, contribuendo a restituire un passato a un mestiere socialmente svalutato. Sebbene i lavori degli studiosi citati siano talvolta caratterizzati dai limiti della 'storiografia internalista', che li accomunano d'altronde a molte storie della medicina e della psichiatria<sup>5</sup>, è bene notare che in Italia gli storici di formazione hanno quasi completamente trascurato il tema dell'assistenza infermieristica. Una significativa eccezione è rappresentata da Stefania Bartoloni, che ha affrontato in una prospettiva di genere la storia delle donne impegnate in questo settore<sup>6</sup>.

Questo lavoro, d'altra parte, non intende essere una storia delle infermiere, delle diplomate delle scuole convitto, delle 'signore e signorine' che hanno prestato il loro servizio volontario in pace o in guerra, sebbene le voci di queste donne, i testi che hanno prodotto sul proprio operato siano

*Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma dal manicomio provinciale alla chiusura*, a cura di A. Iaria, T. Losavio, P. Martelli, Bari, Dedalo, 2003, pp. 236-237.

<sup>4</sup> È interessante notare che la nascita di una storiografia dedicata all'assistenza ha coinciso con l'ingresso della formazione infermieristica nelle università. Ad esempio la prima uscita dei due classici volumi di Lavinia Dock e Mary Adelaide Nutting intitolati *History of nursing*, risale al 1907, anno in cui Nutting lascia la John Hopkins Hospital School of Nursing per diventare la prima professoressa universitaria di *nursing* alla Columbia University. Su questi temi si veda Evelyne Diebolt, Nicole Fouché N., *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique (1854-1938)*, Paris, Publibook, 2011, pp. 74 e sgg. Anche in Italia la nascita di una storiografia dedicata all'assistenza ha coinciso temporalmente con la trasformazione della formazione infermieristica in un curriculum universitario al principio degli anni '90. Significativamente il primo congresso nazionale di storia dell'assistenza si è tenuto nel 1993 a Reggio Emilia. Si veda *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*, a cura di E. Martellotti, Roma, Federazione dei colleghi IPASVI, 1993.

<sup>5</sup> Per una discussione su tali limiti si veda Patrizia Guarnieri, *La storia della psichiatria, un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991.

<sup>6</sup> Le ricerche della studiosa si sono incentrate sulla storia dell'assistenza volontaria ai feriti durante la guerra e sull'assistenza professionale ai malati. Nel primo caso, cfr.: Stefania Bartoloni, *Donne al fronte. Le infermiere volontarie nella Grande Guerra*, Roma, Jouvence, 1998; Ead., *Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*, Venezia, Marsilio, 2003; Ead., *Donne della Croce Rossa tra guerra e impegno sociale*, Venezia, Marsilio 2005; Ead., *Da una guerra all'altra. Le infermiere della Croce Rossa fra il 1911 e il 1945*, in *Guerra e pace nell'Italia del Novecento. Politica estera, cultura politica e correnti dell'opinione pubblica*, a cura di L. Goglia, R. Moro, L. Nuti, Bologna, il Mulino, 2006, pp. 149-174. Per l'aspetto più propriamente professionale, della stessa si vedano: Ead., *Al capezzale del malato. Le scuole per la formazione delle infermiere*, in *Per le strade del mondo, laiche e religiose tra Otto e Novecento*, a cura di S. Bartoloni, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 215-247; *La asistencia a los enfermos en Italia: religiosa y laicas en la práctica de la enfermería*, in *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*, a cura di C. Gonzales, F. Martinez Lopez, Editorial Comares, Granada, 2010, pp. 150-162; Stefania Bartoloni, Carmen Gonzales Canaleio, *Percorsi di formazione per l'infermiera moderna: Italia e Spagna 1870-1920*, in «Medicina&storia», X, 21-22 (2011), pp. 39-61.

parte fondamentale della trama del racconto. L'idea che alcune di loro avevano del proprio lavoro, il quadro concettuale e l'orizzonte di senso dentro il quale collocavano quello che facevano sono pienamente parte di questa ricerca.

Il lavoro si propone invece di analizzare la *figura* dell'«infermiera moderna» sia dentro l'ospedale, sia al di fuori, così come è stata costruita discorsivamente dai suoi sostenitori, un gruppo eterogeneo di attori sociali che comprende il movimento femminile di inizio Novecento, i medici ospedalieri e i sostenitori della medicina e dell'igiene sociale. Esso verte non solo sull'infermiera ospedaliera, ma anche sull'assistente sanitaria visitatrice, una «declinazione» particolare dell'«infermiera moderna», preposta ad insegnare a donne, e in minor misura a uomini e a bambini delle classi popolari le norme, le condotte corporee, le pratiche igieniche «atte ad ottenere» una vita sana, ossia «lieta, vigorosa e produttiva». Questa figura, nel primo dopoguerra, ha letteralmente «trainato» la riforma dell'assistenza infermieristica.

Il periodo di tempo nel quale si realizza la contrastata ascesa della figura dell'«infermiera moderna» va dai primi anni del ventesimo secolo, quando si inizia a fare strada per la prima volta concretamente il tema della «donna infermiera» – ovvero l'idea che «la Donna» possieda naturalmente le doti necessarie a svolgere meglio degli uomini il lavoro di assistenza – al principio degli anni '30. È al termine degli anni '20 – come si diceva – che la base della legislazione concernente l'assistenza infermieristica sia negli ospedali che fuori di questi è ormai completa e le controversie intorno all'«infermiera moderna» si esauriscono. La legge che istituzionalizza le scuole convitto per infermiere ospedaliere e quelle per assistenti sanitarie visitatrici viene infatti approvata nel 1925, nei tumultuosi anni che seguono il primo conflitto mondiale.

La Grande Guerra rappresenta un momento di svolta fondamentale nella storia dell'ascesa dell'«infermiera moderna» per una molteplicità di ragioni. In primo luogo perché consacra nell'immaginario collettivo la figura della «donna infermiera» grazie alla massiccia mobilitazione femminile per l'assistenza ai feriti. Secondariamente perché – come vedremo nel corso di questo lavoro e soprattutto nel terzo capitolo – accelera una serie di trasformazioni fondamentali nelle pratiche di gestione dei corpi, della salute pubblica e della popolazione. Il primo dopoguerra è un momento di svolta nella storia dell'assistenza infermieristica non solo in Italia, ma anche in molti altri paesi dell'Europa occidentale e orientale. Per fare solo un esempio, la Francia istituisce nel 1922 un diploma per le figure dell'*infirmière* e dell'*infirmière visiteuse*<sup>7</sup>. Negli stessi anni in diversi paesi dell'Europa orientale, ad esem-

<sup>7</sup> Diebolt, Fouché, *Devenir infirmière en France*, cit.

pio la Cecoslovacchia e la Bulgaria, nascono scuole per infermiere e per assistenti sanitarie visitatrici<sup>8</sup>. A promuoverle e sostenerle sono organizzazioni filantropiche internazionali quali l'American Red Cross, che come vedremo ha un ruolo importante anche nell'ascesa dell'infermiera moderna in Italia, o la Rockefeller Foundation. Se un 'regime circolatorio' fatto di scambi di saperi, 'modelli', tecnologie, persone attraverso i confini nazionali nell'area nordatlantica, ha caratterizzato la storia della professionalizzazione dell'assistenza fin dal XIX secolo, negli anni che seguono la prima guerra mondiale si assiste senza dubbio ad un'intensificazione esponenziale di questa interconnessione<sup>9</sup>. In questa fase l'assistenza infermieristica e soprattutto il settore dell'assistenza legato alla *public health* diventano oggetto dell'interesse attivo di organizzazioni nordamericane quali le già citate Rockefeller Foundation (RF) e American Red Cross (ARC), che nel periodo tra le due guerre si candidano ad essere attori importanti della scena europea e globale nel campo delle politiche di salute pubblica. È nel paesaggio disegnato da queste interconnessioni che si delinea anche la storia dell'ascesa dell'infermiera moderna in Italia, che si cercherà di fare emergere attraverso i discorsi degli attori sociali che la hanno sostenuta o ostacolata.

Nel primo capitolo si analizzerà l'impegno del movimento femminile, che al principio del secolo fa della filantropia 'la propria politica', nella costruzione e nella promozione della propria *versione* dell'infermiera moderna. Nell'opera di 'rigenerazione del corpo sociale' nella quale sono impegnate le emancipazioniste di inizio secolo il 'fisico' e il 'morale' sono piani radicalmente interrelati. È da qui che nasce l'interesse del movimento femminile per l'assistenza infermieristica: curare, rendere sani e igienicamente impeccabili i corpi individuali significa iniziare a rigenerare il corpo sociale, a 'lavarne via' i fenomeni che ne turbano l'ordine.

Nel secondo capitolo l'attenzione sarà puntata sui discorsi sull'infermiera moderna messi in campo dai medici ospedalieri. A partire dalla fine del XIX secolo, nell'ambito del processo di affermazione e consolidamento del proprio ruolo di depositari del sapere necessario alla gestione della salute pubblica e del corpo sociale, questi danno avvio ad un percorso di 'appro-

<sup>8</sup> Elisabeth Vickers, *Frances Elisabeth Crowell and the politics of nursing in Czechoslovakia after the first world war*, in «Nursing History Review», VII (1999), pp. 67-96; Kristina Popova, *Between public health and social work: visiting nurses in the struggle against poverty and infant mortality in Bulgaria 1923-1934*, in «Social Work and Society International Online Journal», IX, 2 (2011); Annemarie Rafferty, *Internationalising nursing education during the interwar period*, in *International health organizations and movements 1918-39*, a cura di P. Weindling, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 266-282.

<sup>9</sup> Per una ricca riflessione teorica sul concetto di *histoire croisée* e, in minor misura, di *connected history* si rimanda a Michael Werner, Bénédicte Zimmerman, *Beyond comparison: histoire croisée and the challenge of reflexivity*, in «History and Theory», XLV, (2006), pp. 30-50.

priazione' dello spazio ospedaliero. Nell'ambito di tale percorso i medici sviluppano un articolato discorso sulle caratteristiche che ritengono debba assumere l'«ospedale moderno», che sognano come una *machine à guérir*. La 'modernizzazione' dell'assistenza infermieristica è parte essenziale di questa utopia: è in questo quadro che i medici immaginano e promuovono la propria idea dell'«infermiera nuova».

Il terzo capitolo sposterà l'attenzione al di fuori dell'ospedale per analizzare le nuove idee e i nuovi discorsi sulla gestione delle risorse biologiche della nazione che al termine della Grande Guerra favoriscono il successo dell'«infermiera moderna» e in particolare dell'assistente sanitaria visitatrice. Quest'ultima figura emerge all'intersezione tra i progetti di ottimizzazione del 'capitale umano' della nazione e l'azione della American Red Cross, una delle organizzazioni internazionali che, come abbiamo visto, nel primo dopoguerra si occupano di promuovere una standardizzazione transnazionale dei sistemi di gestione della salute pubblica. Inoltre nel terzo capitolo si analizzerà il modo in cui le assistenti sanitarie visitatrici sono chiamate a svolgere il proprio compito di promozione della 'coscienza igienica' tra la popolazione.

Nel quarto capitolo, infine, si prenderanno in considerazione le difficoltà presentatesi nel momento in cui si cerca di dare sostanza numerica all'ideale dell'«infermiera nuova». Si analizzeranno alcuni degli ostacoli incontrati nel reclutamento delle donne ritenute più 'adatte' ad incarnare l'idea di assistenza infermieristica 'moderna' disegnata nei capitoli precedenti. Si esamineranno poi i contro-discorsi degli attori che oppongono una strenua resistenza all'ascesa dell'«infermiera moderna», tra i quali in particolare vanno annoverate le Leghe degli infermieri proletari che lavorano negli ospedali.

## 1. Orizzonte teorico e categorie analitiche

Il periodo che segue la prima guerra mondiale, come abbiamo visto, è un momento di svolta nella storia dell'assistenza in diversi paesi europei. Tuttavia il contesto italiano, sul quale si concentra questo lavoro è particolarmente interessante perché qui il processo di costruzione discorsiva e simbolica dell'assistenza infermieristica 'moderna' come una professione 'essenzialmente femminile' è stato particolarmente controverso<sup>10</sup>. Proprio

<sup>10</sup> «It is a commonplace to assert that nursing is a profoundly gendered profession. [...] Yet there have always been men in nursing, or, to be more precise, in certain sectors of the profession [Affermare che quella infermieristica sia una professione con una forte connotazione di genere è senso comune. (...) Eppure ci sono sempre stati uomini nell'assistenza, o, per essere più precisi, in alcuni settori della professione]», sosteneva Shula Marks alcuni anni fa in un intervento che analizzava – incrociando genere, 'razza' e classe – il ruolo degli infermieri negli ospedali collegati alle miniere in Sud Africa dall'inizio del Novecento (Shula

il fatto che tale processo sia stato contrastato – *in primis* da coloro che ne hanno pagato le maggiori conseguenze, gli infermieri uomini – rende lo studio dell'ascesa dell'«infermiera moderna» in questo paese particolarmente interessante in una prospettiva di storia di genere<sup>11</sup> all'interno della quale si colloca questo lavoro. Le domande che nei primi decenni del ventesimo secolo sottendono più o meno implicitamente il dibattito sull'infermiera moderna, e che evidentemente non hanno una sola e facile risposta per gli attori in esso coinvolti, sono: quali attività e quali qualità sono «intrinsecamente femminili»? Cosa caratterizza la «maschilità»? Cosa è accettabile,

Marks, *The gender dilemma in nursing history: the case of the South African mine hospitals*, conferenza tenuta presso la Oxford Brooks University nel dicembre 2001: consultabile on line all'indirizzo <http://www.ukchnm.org/seminars00.htm>, ultimo accesso settembre 2015). Questa affermazione non vale certo per l'Italia al principio del Novecento. Mentre in questo paese il dibattito che si sviluppa nei primi decenni del secolo riguarda la legittimità della «donna infermiera», nella letteratura che riguarda i paesi anglofoni quella che viene discussa è la posizione degli infermieri uomini nel settore dell'assistenza. Non è un caso che la letteratura anglofona sul tema degli uomini nell'assistenza infermieristica sia caratterizzata dall'enfasi sull'eccezionalità e sulle negoziazioni che questa presenza anomala in un settore così chiaramente caratterizzato in termini di genere comporta. Non stupisce che esista anche una letteratura sullo stigma omofobo che colpisce gli infermieri uomini. Si veda a questo proposito Thomas Harding, *The construction of men who are nurses as gay*, in «Journal of Advanced Nursing», XLI, 60-6 (2007), pp. 636-644. Sulla presenza degli uomini nel settore del nursing si veda Bruce Brown, Paul Nolan, Paul Crawford, *Men in nursing: ambivalence in care, gender and masculinity*, in «International History of Nursing Journal», V, 3 (2000), pp. 4-13; Catherine Burns, *A man is a clumsy thing who does not know how to handle a sick person*. *Aspects of the history of masculinity and race in the shaping of male nursing in South Africa, 1900-1950*, in «Journal of Southern African Studies», XXIV, 4 (1998), pp. 695-717; Jean Evans, *Men nurses: an historical and feminist perspective*, in «Journal of advanced nursing», XLVII, 3 (2004), pp. 321-328; Sam Porter, *Men in a women's job: the gendered experience of nurses*, in «Sociology of Health and Illness», XIII, 14, 4 (1992), pp. 28-34. La maggior parte della letteratura sugli infermieri uomini, ad ogni modo, riguarda il settore dell'«assistenza psichiatrica». Si vedano Geertie Boschma, *The gender specific role of male nurses in Dutch asylums*, in «International History of Nursing Journal», IV, 3 (1999), pp.13-9; Geertie Boschma, Olive Yonge, Lorraine Mychajlunow, *Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-75*, in «Nursing Inquiry», XII, 4 (2005), pp. 243-55; Bruce Mericle, *The male as a psychiatric nurse*, in «Journal of Psychosocial Nursing», III, 21-11 (1983), pp. 28-34; Svedberg Gunnel, *Nurses in Swedish psychiatric care*, in *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century*, a cura di M. Gijswijt Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2007, pp. 359-378.

<sup>11</sup> Joan Scott, *Gender and the politics of history*, New York, Columbia University Press, 1988; *Altre storie, la critica femminista alla storia*, a cura di P. di Cori, Bologna, Clueb, 1996; Laura Lee Downs, *Writing gender history*, London, Bloomsbury Academic, 2010; Joan Scott, *The fantasy of feminist history*, Durham, Duke University Press, 2011. Per un inquadramento e una panoramica sui dibattiti generate dal concetto di storia di genere Ida Fazio, *Gender history*, in *Dizionario degli studi culturali*, a cura di R. Cometa e F. Mazzara, Roma, Meltemi, 2003, pp. 218-224.

riprovevole o 'naturale' che una donna faccia? E un uomo? Quali sono le caratteristiche 'essenziali' delle donne proletarie, degli uomini delle classi lavoratrici e delle donne di 'civile condizione'?

L'ultima di queste domande suggerisce un'ulteriore considerazione. Per addentrarsi nell'analisi dei discorsi sull'"infermiera moderna" è necessario mobilitare tanto la categoria del genere quanto quella della classe. «There is no choice between a focus on class or on gender; each is necessarily incomplete without the other [non si può scegliere di privilegiare la classe a discapito del genere o viceversa; ciascuna delle due categorie è necessariamente incompleta senza l'altra]»<sup>12</sup>suggeriva Joan Scott in un saggio di alcuni anni fa. Più che utilizzare entrambe le categorie separatamente, in questo lavoro si cercherà di mantenere un approccio intersezionale<sup>13</sup>: districarsi tra i discorsi mobilitati intorno alla figura dell'"infermiera moderna" e alla riforma dell'assistenza non è infatti possibile se non si tiene presente che la categoria del genere, per dispiegare pienamente la propria portata euristica, deve necessariamente essere intersecata con altre variabili, in questo caso quella della classe. Le linee di demarcazione intorno alle quali vengono collocate le diverse *figure* al centro del dibattito sulla 'questione infermieristica' – il 'vecchio infermiere', la 'vecchia infermiera', l'"infermiera moderna" – e lungo le quali si 'assoggettano' i diversi attori dell'assistenza, sono disegnate contemporaneamente dal genere e dalla classe. Ad esempio, secondo i medici l'"infermiera moderna" dovrebbe incarnare una femminilità borghese contrapposta tanto a quella 'proletaria' di cui si presume siano portatrici le 'vecchie infermiere', le 'pappine', quanto alla 'rude maschilità' degli infermieri proletari. Solo una donna portatrice di questo tipo di femminilità, sostengono i sanitari, potrà esprimere 'naturalmente' le qualità – ordine, previdenza, pulizia, moralità, educazione, disciplina – fondamentali per il buon andamento della *machine à guérir*. D'altronde i 'vecchi infermieri', come si vedrà nel quarto capitolo, mentre rivendicano orgogliosamente la

<sup>12</sup> Joan Scott, *On Language gender and working class history*, in Ead. *Gender and the politics of history*, cit., p. 66.

<sup>13</sup> Scrive Sabrina Marchetti «L'importanza dell'intersezionalità sta nel tentativo di spiegare il modo in cui differenti categorie sociali entrano nei processi di soggettivazione e di relazione intrasoggettiva», Sabrina Marchetti, *Le ragazze di Asmara, lavoro domestico e migrazione postcoloniale*, Roma, Ediesse, 2011, p. 33. Con questo termine, nato dalla teoria e dalla pratica del *Black Feminism*, ci si riferisce «ad uno specifico approccio teorico nato dal tentativo di superare i limiti di un'analisi centrata sull'asse prioritario della differenza di genere in cui il sessismo viene considerato come isolato e/o disgiunto da altri rapporti di dominio (razzismo, classismo, eterosessismo)» come scrivono Vincenza Perrilli e Liliana Ellena in *Intersezionalità, la difficile articolazione*, in *Femministe a parole, grovigli da districare*, a cura di V. Perrilli, S. Marchetti, J. M. H. Mascot, Roma, Ediesse, 2012, pp. 130-135. Il testo di Perrilli ed Ellena offre tra l'altro un'esauriente panoramica sulle autrici coinvolte nel dibattito sull'intersezionalità.



propria appartenenza di classe, si scagliano contro la figura dell'“infermiera moderna” mobilitando il repertorio delle caratteristiche ‘negative’ legate nell’immaginario alla femminilità borghese: la mancanza di serietà, la vacuità, la dipendenza, l’incompatibilità con l’impegno professionale etc. Nel corso di questo lavoro, dunque, categorie quali ‘femminilità’ e ‘maschilità’ saranno ulteriormente declinate attraverso la variabile della classe.

Come si diceva i repertori simbolici della femminilità borghese sono intensamente mobilitati nella costruzione della figura dell’infermiera moderna. I medici ospedalieri, nel costruire la figura che dovrà aiutarli a rendere l’ospedale quella *machine à guérir* a cui aspirano, trovano in quelle che immaginano essere le ‘doti innate’ delle donne che dovrebbero incarnare questo tipo di femminilità, le qualità necessarie alla realizzazione della propria utopia. L’utopia dell’ospedale moderno come ‘officina di salute pubblica’ atta a restituire alla produttività gli ‘organismi in avaria’ e a disciplinare ‘igienicamente e moralmente’ i corpi disordinati del proletariato, mira idealmente a fare di questa istituzione un ingranaggio del dispositivo di gestione dei corpi e della salute della popolazione. Ma i repertori simbolici della femminilità borghese, e in particolare la ‘vocazione educativa’, la ‘funzione civilizzatrice’, la capacità di persuadere in modo non autoritario ad essa associate, sono mobilitati e valorizzati anche nella costruzione dell’assistente sanitaria visitatrice, che – come dicevamo – è una declinazione dell’infermiera moderna. Le doti che si immaginano ‘intrinseche’ alla femminilità borghese – e *quindi* all’infermiera moderna – sono esattamente quelle che rendono questa figura preposta all’educazione igienica individualizzata particolarmente rispondente alle nuove idee concernenti il management delle funzioni vitali della popolazione che emergono alla fine della Grande Guerra. Tra queste, in particolare, vanno annoverate l’attenzione per la prevenzione, la rinnovata centralità della regolazione delle condotte individuali per garantire la «bonifica umana razionale», l’importanza accordata agli approcci ‘positivi’ e ‘produttivi’ contrapposti a quelli ‘repressivi’ nella gestione delle risorse biologiche della nazione.

In questo libro, dunque, si analizzeranno i modi in cui quelle che sono costruite e rappresentate come caratteristiche ‘intrinseche’ della ‘femminilità borghese’ sono state ‘messe a lavoro’ nel tentativo di creare specifiche pratiche di gestione dei corpi e delle risorse biologiche della popolazione. Nel far questo proverò a connettere due piani di indagine. Il primo riguarda l’analisi delle rappresentazioni delle donne e, in questo caso, dell’“infermiera moderna” in quanto figurazione della femminilità borghese. Il secondo piano è quello dell’analisi delle tecnologie di gestione dei corpi – in particolare quelle veicolate dalle politiche sociosanitarie – e nella fattispecie quella contestata, affascinante, dibattuta tecnologia di potere che va sotto il nome di biopolitica. La nozione di biopolitica così come è stata inizialmente

elaborata da Michel Foucault<sup>14</sup> è stata fundamentalmente trascurata dalla storiografia italiana, come suggeriva Emmanuel Betta qualche anno fa<sup>15</sup>. Questa considerazione è, paradossalmente, tanto più valida se prendiamo in considerazione la storia della sanità, della salute pubblica e delle idee ad esse connesse in Italia. Questo settore di studi è stato caratterizzato – salvo rare eccezioni<sup>16</sup> – da un approccio che potremmo definire di storia sociale, focalizzato da una parte sulla ‘risposta’ dei pubblici poteri ai presunti ‘bisogni’ di salute della popolazione, letti come ‘oggetti’ pre-esistenti e indipendenti dalle politiche socio-sanitarie, dall’altra sulle condizioni materiali di quest’ultima<sup>17</sup>. Questo tipo di storiografia non ha in genere utilizzato le categorie di biopolitica e biopotere. In questo lavoro cercherò invece di avvicinarmi ai discorsi sulla gestione della salute pubblica e alle politiche a queste connesse, nel cui orizzonte va collocata anche la cosiddetta ‘modernizzazione’ dell’assistenza infermieristica, mettendo criticamente a lavoro queste nozioni.

<sup>14</sup> Michel Foucault, *Bisogna difendere la società*, Milano, Feltrinelli 1998; Id., *La volontà di sapere, storia della sessualità 1*, Milano Feltrinelli 2010; Id., *Sicurezza territorio popolazione, Corso al Collège de France (1977-8)*, Milano, Feltrinelli, 2005; Id. *Nascita della biopolitica, Corso al Collège de France (1978-9)*, Milano, Feltrinelli, 2008; per una panoramica sui molti modi in cui la categoria di biopolitica è stata produttivamente reinterpretata e messa a lavoro da altri autori si veda Renata Brandimarte *et al*, *Lessico di biopolitica*, Roma, Manifestolibri, 2006; Antonella Cutro, *Biopolitica, storia e attualità di un concetto*, Verona, Ombrecorte, 2005.

<sup>15</sup> *Biopolitica e biopotere*, a cura di E. Betta, in «Contemporanea», XII, 3 (2009), pp. 507-554. Lo stesso Betta ha d’altra parte fatto uso di questa categoria nelle sue ricerche sulla disciplina della nascita nel XIX secolo. Si vedano a questo proposito: Emmanuel Betta, *La biopolitica cattolica*, in *Scienza e cultura nell’Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, *Storia d’Italia*, Einaudi, 2011, vol. XXVI, pp. 949-974; Id., *Animare la vita. Disciplina della nascita tra medicina e teologia nell’Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 2006.

<sup>16</sup> Alcune eccezioni si possono trovare nel campo della storiografia dedicata ai temi dell’igiene – ad esempio, Claudio Pogliano, *L’utopia igienista (1870-1920)*, in *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, *Storia d’Italia*, Einaudi, 1984, vol. VII, pp. 589-633; Gaetano Bonetta, *Corpo e nazione, l’educazione ginnastica, igienica e sessuale nell’Italia liberale*, Milano, Franco Angeli 1990 – dell’eugenetica – si vedano ad esempio Claudia Mantovani, *Rigenerare la società, l’eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni ’30*, Firenze, Il Rubettino, 2004, Francesco Cassata, *Molti, sani e forti. L’eugenetica in Italia*, Torino, Bollandi Boringhieri, 2006. Questi studi si sono posti il problema dei possibili effetti di controllo generati da queste discipline, anche se non hanno utilizzato esplicitamente la categoria di biopolitica.

<sup>17</sup> Si vedano a titolo d’esempio, Maria Luisa Betri, Ada Gigli Marchetti, *Salute e classi lavoratrici dall’unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982; Arnaldo Cherubini, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980; Tommaso Detti, *Salute, società e stato nell’Italia liberale*, Milano, Franco Angeli 1993; Daniela Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino 1997; Domenico Preti, *La modernizzazione corporativa (1922-1940): economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1987.



La specifica angolazione dalla quale mi avvicino a questi temi consente poi di portare l'attenzione sul terreno dell'interconnessione tra produzione del genere e tecnologie biopolitiche. E di farlo in una direzione poco esplorata. Se infatti la questione delle donne come *target* delle pratiche e dei saperi legati al governo dei corpi in diversi periodi storici e della tecnologia biopolitica è stata ampiamente trattata dalla letteratura prodotta nell'ambito dei *gender studies* e della critica femminista alla medicina<sup>18</sup>, che ha anche analizzato il modo in cui la 'femminilità' ne è stata il prodotto/oggetto<sup>19</sup>, poca attenzione ha ricevuto invece il modo in cui la 'femminilità' stessa – i suoi repertori, i bacini di immagini ad essa connesse – è stata messa a lavoro nella costruzione di queste tecnologie. Anche autori che hanno analizzato la mobilitazione delle donne come 'agenti' di pratiche e istituzioni biopolitiche, non hanno generalmente problematizzato implicazioni o premesse di questo fenomeno<sup>20</sup>. Questo lavoro, invece, come già detto, intende problematizzare proprio il nesso tra la mobilitazione dei repertori della femminilità borghese nella costruzione della figura dell' 'infermiera moderna' e la *ratio* che ha guidato le politiche di gestione della salute pubblica, in particolare dopo la prima guerra mondiale, quando questa figura raggiunge un quasi unanime consenso.

## 2. Metodologia e fonti

Il *corpus* di fonti utilizzato per questo lavoro è piuttosto vario. Esso si compone in primo luogo dei materiali conservati presso gli archivi della Direzione generale di sanità e della Croce Rossa Italiana, dove ho consultato i fondi dedicati alle assistenti sanitarie visitatrici<sup>21</sup>. Ne fanno inoltre parte gli articoli pubblicati

<sup>18</sup> Si vedano a titolo d'esempio Barbara Duden, *Il ventre della donna come luogo pubblico, sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri 1994; Ead. *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006; Elsa Dorlin, *La matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, 2009; *Feminism in the 20th century: science, technology and medicine*, a cura di L. Schiebinger, Chicago, Chicago University Press, 2001.

<sup>19</sup> Si veda a titolo d'esempio Beatriz Preciado, *Testo junkie, sexe drogue et biopolitique*, Paris, Grasset & Fasquelle, 2008.

<sup>20</sup> Ad esempio David Horn nel suo *Social Bodies*, ha rilevato che le *social worker* incaricate nel primo dopoguerra di *portare nelle case* l'apparato di prevenzione e sorveglianza dispiegato dal fascismo intorno ai corpi riproduttivi degli italiani e delle italiane, erano prevalentemente donne. Tuttavia Horn non ha problematizzato questa scelta 'di genere', né si è domandato in che modo essa rispondesse alla *ratio* interna delle politiche socio-sanitarie fasciste. David Horn, *Social bodies, science, reproduction, and italian modernity*, Princeton, Princeton University Press, 1993, pp. 114 e sgg.

<sup>21</sup> Grazie alla preziosa collaborazione del personale della Biblioteca del Ministero della Sanità, a cui sono molto riconoscente, ho potuto anche consultare del materiale sul tema appartenente all'archivio dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale, attualmente in via di riordino.

su due delle principali riviste mediche del periodo che si occupavano di questioni attinenti la tecnica e l'igiene ospedaliera: la seconda serie de «L'Ospedale Maggiore»<sup>22</sup> e «Il Policlinico», nella fattispecie la sua 'sezione pratica'. Per questo lavoro ho inoltre consultato la rivista dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale, «Difesa Sociale», che nel corso degli anni '20 ha rappresentato un riferimento importante per il dibattito su medicina sociale, igiene ed eugenetica: essa è stata un punto di partenza fondamentale per la ricostruzione delle idee e dei discorsi circolanti nel primo dopoguerra in tema di gestione della salute pubblica<sup>23</sup>. Per quanto riguarda le pubblicazioni periodiche più strettamente concernenti l'assistenza infermieristica, ho consultato tanto i giornali delle Leghe Infermiere (o meglio ciò che ne resta, dal momento che si tratta di fonti molto lacunose), come «L'Infermiere», «La voce dell'infermiere», «L'infermiere laico», quanto quelle delle 'signorine infermiere' come il «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere» e «L'infermiera Italiana». Quest'ultima rivista inizia ad essere pubblicata a metà degli anni '30, ma è stata una fonte utile *in primis* per avere una prospettiva di lungo periodo sull'andamento della 'questione infermiera' e in secondo luogo per ricostruire il dibattito interno al campo delle infermiere diplomate e in particolare delle assistenti sanitarie visitatrici sulla propria professione.

Infine ho consultato una serie di fonti bibliografiche tra le quali: memorie di infermiere volontarie durante la prima guerra mondiale e la campagna coloniale di conquista della Libia, manuali di assistenza infermieristica rivolti a infermieri e/o a infermiere e assistenti sanitarie visitatrici, atti di convegni tra infermiere, testi prodotti da igienisti, esperti di tecnica ospedaliera, medicina sociale, gli atti dei congressi dell'Associazione Italiana di Igiene e ancora il *Report* del lavoro della Commission for Tuberculosis dell'America Red Cross e un romanzo.

Attraverso l'analisi di tutte queste fonti ho cercato di ricostruire i discorsi che hanno sostenuto o frenato l'ascesa dell'«infermiera moderna». Non ho inteso tracciare un quadro delle opinioni di singoli 'autori' o 'autrici', di singoli *locutori*, piuttosto ho tentato di rintracciare nei testi alcune regolarità, le tracce di

<sup>22</sup> La rivista nasce nel 1906 con il nome di «Ospedale maggiore. Rivista scientifico-pratica dell'ospedale maggiore di Milano ed istituti sanitari annessi». La prima serie ospita soprattutto articoli di carattere medico-scientifico. Con la seconda serie, che inizia le pubblicazioni nel 1913 sotto il nome di «Ospedale Maggiore. Rivista mensile illustrata di storia, amministrazione, tecnica edilizia, dottrina e pratica sanitaria in rapporto all'assistenza ospedaliera in genere ed in ispecie all'Ospedale Maggiore di Milano», il periodico – come suggerisce il titolo – si apre in modo sistematico a questioni di amministrazione, tecnica e igiene ospedaliera. È questa seconda serie che si è presa in considerazione per questo lavoro, dato il maggior interesse che essa riveste per il soggetto trattato.

<sup>23</sup> Ho anche consultato in maniera meno sistematica l'«Archivio Fascista di Medicina Politica», che inizia le sue pubblicazioni nel 1927.

‘discorsi collettivi’, pur valorizzando disallineamenti, ambiguità, contraddizioni, aporie. In questo senso ho cercato di prestare orecchio più al coro, risultante proprio da queste ‘regolarità’, che alle voci soliste. Tuttavia ho tentato di rendere conto delle specificità e delle circostanze particolari di produzione dei testi: insomma delle condizioni e del punto di enunciazione del discorso, o meglio dei discorsi. In questo senso alla prima macro-distinzione tra i diversi attori collettivi che hanno prodotto i propri discorsi specifici e situati sull’‘infermiera moderna’, corrisponde una molteplicità di ulteriori declinazioni.

Se talvolta ho analizzato retoriche, strategie discorsive se non addirittura tattiche narrative messe in atto da un singolo ‘locutore’, ho cercato di scegliere soprattutto quelle rispondenti a problematiche generali. Tuttavia l’analisi ravvicinata di alcuni testi specifici è stata fondamentale soprattutto per far ‘parlare i silenzi’ dei discorsi sull’‘infermiera moderna’. In particolare quelli che riguardano la sessualità<sup>24</sup>. Per questo tipo di analisi alcuni degli strumenti offerti dalla teoria *queer* sono stati preziosi<sup>25</sup>.

Cosa c’entri la sessualità con l’infermiera moderna è facilmente intuibile: lo spettro del disordine sessuale insidia costantemente, come cercherò di dimostrare, questa figura che ci si sforza di delineare sotto il segno della moralità, della disciplina, del decoro. L’intimità corporea implicata nel lavoro di assistenza è un sito denso di fantasie come di ansie legate alla sessualità. Si tratta di uno dei motivi per cui l’affermazione dell’infermiera moderna è stato un processo incompiuto.

<sup>24</sup> Nel suo *Stanze Private, etimologia e politica della sessualità*, Roma, Carocci 2011, nel quale sostiene che la crisi del binomio omo-eterosessuale sottende tutta la cultura occidentale moderna, Eve Sedgwick invita ad accogliere la proficua indicazione di Foucault secondo il quale «le cose che ci si rifiuta di dire o che si vieta di nominare, la discrezione che si richiede fra certi locutori, sono elementi che funzionano accanto alle cose dette, con esse ed in rapporto ad esse in strategie d’insieme, piuttosto che il limite assoluto del discorso, l’altro versante da cui una rigida frontiera lo separerebbe. Non va fatta una distinzione binaria fra quel che si dice e quel che non si dice; bisognerebbe invece cercare determinare le diverse maniere di non dire», Michel Foucault, *La volontà di sapere*, cit., p. 28.

<sup>25</sup> Nel suo tentativo di portare «la sessualità [...] e la repressione di sessualità non conformi al centro dell’analisi sociale», come scrivono Elisa Arfini e Cristian Loiacono nell’introduzione a *Canone inverso. Antologia di teoria queer*, Pisa, ETS, 2012, p. 28, la *queer theory* offre ottimi esempi di come sia possibile svelare il modo in cui la sessualità abita fantasmaticamente discorsi che apparentemente non hanno con essa nessun nesso. Si veda ad esempio Sedgwick, *Stanze private*, cit. Su questo punto si veda anche Liana Borghi, *Insegnare il queer. Marginalità, resistenza, trasgressione*, in Gigi Malaroda, Massimo Piccione, *Pro/posizioni. Interventi alla prima università gay e lesbica d’estate. Livorno 24-30 agosto 1997*, Livorno, UGLE, 2000, pp. 68-80. Per una panoramica su alcuni nodi tematici si veda Annemarie Jagose, *Queer theory: an introduction*, New York, New York University Press, 1997. In italiano Marco Pustianaz, *Teoria queer*, in *Dizionario degli studi culturali*, a cura di M. Cometa, R. Coglitore, F. Mazzara, Roma, Meltemi, 2004, pp. 441-8, Monica Pietrangeli, *Queer: un soggetto senza identità?*, in *Femministe a parole*, a cura di Marchetti, Mascot, Perrilli, cit., pp. 229-236.

D'altra parte lo stesso processo di costruzione simbolica dell'assistenza infermieristica come un lavoro 'tipicamente femminile', le stesse controversie generate intorno a questa questione, hanno comportato una problematizzazione – talvolta esplicita, talaltra, appunto, tacita – delle implicazioni sessuali e di genere dell'intimità corporea. Se il tema esplicito del dibattito sono più spesso i rischi 'sessuali' connessi all'intimità di giovani donne con corpi maschili, da questa ossessiva focalizzazione sulle implicazioni dell'intimità corporea non esce completamente 'innocente' neppure l'intimo contatto degli infermieri con altri corpi maschili<sup>26</sup>. Sotto questa luce anche l'invito ad allontanare gli uomini dai letti degli infermi è densa di significati impliciti legati alla sessualità e al genere.

Oltre a quelli *sulla* infermiera moderna in questo lavoro si analizzeranno i discorsi che hanno creato le 'condizioni di possibilità' per l'emersione di questa figura. Si tratta ad esempio del discorso dei medici sull' "ospedale moderno" o di quelli emersi a fine conflitto sull'ottimizzazione delle risorse biologiche della nazione, sul *management* delle condotte individuali e sull'importanza dell'educazione igienica. Questi discorsi hanno accompagnato e dato significato alle pratiche e alle politiche di gestione della salute pubblica delle quali la 'modernizzazione' dell'assistenza infermieristica fa pienamente parte. Essi hanno costruito la cornice di senso all'interno della quale queste pratiche e politiche, al di là della loro piena realizzazione o della loro effettiva efficacia, sono state concepite e delineate.

<sup>26</sup> L'idea che infermieri uomini potessero assistere pazienti donne non viene mai neppure evocata.

## Capitolo 1

# **Rigenerare il corpo sociale: il movimento femminile e l'‘infermiera moderna’**

È al di fuori delle mura dell'ospedale che bisogna cercare alcuni degli attori chiave della storia che ci si appresta a raccontare, ovvero quella di una figura ideale: l'‘infermiera moderna’. Non diversamente da altri contesti nazionali, in questa storia non figurano solo i medici, gli infermieri e le infermiere provenienti dalle classi popolari, le suore dei vari ordini impegnati nella cura dei corpi e delle anime all'interno dei nosocomi, gli amministratori ospedalieri e i rappresentanti delle congregazioni di carità. Il ‘personaggio’ che mette in moto la narrazione, per così dire, appartiene infatti a un mondo esterno – sebbene nient'affatto estraneo – al microcosmo dell'ospedale. Il primo e più convinto sostenitore della figura dell'‘infermiera moderna’ è infatti un movimento femminile molto attivo nell'Italia dei primi del secolo. Questo movimento, composto da una miriade di gruppi e associazioni, inizia fin dal primo decennio del Novecento ad occuparsi con caparbietà della ‘questione infermiera’, di cui come vedremo, nello stesso periodo stanno discutendo medici, infermieri e riformatori sociali. È il movimento femminile a farsi primo portavoce in Italia dell'idea che la cura dei corpi sia un'attività squisitamente femminile e che siano mani muliebri a doversi prendere cura di corpi malati e sofferenti. È per questa ragione che molte delle donne che ne fanno parte fondano corsi o scuole per formare ‘signorine infermiere’ e si propongono alle istituzioni come interlocutrici competenti nella progettazione della riforma dell'assistenza, mentre attraverso i convegni e le pubblicazioni iniziano a delineare la loro ‘versione’ dell'‘infermiera

moderna' ideale. Donna di 'civile condizione', professionale, tecnicamente preparata, autonoma ma obbediente e devota al suo lavoro, disciplinata, caratterizzata da una moralità specchiata, 'igienicamente impeccabile', la figura dell'infermiera moderna – così definita – rientra a buon titolo in quel progetto di 'rigenerazione' del 'corpo sociale' che è al cuore dell'attività di un movimento che vorrebbe fare della filantropia, intesa come estensione della 'funzione materna' al di fuori dello spazio domestico, la base per costruire la cittadinanza sociale delle donne. Nelle prossime pagine si prenderà in esame il ruolo di questo movimento<sup>1</sup> nella storia dell'ascesa dell'infermiera moderna.

## 1. Al principio del secolo

Per molti versi differente dall'emancipazionismo del secolo precedente, più egualitario e concentrato sui diritti politici<sup>2</sup>, il movimento femminile che prende corpo al principio del ventesimo secolo è composto da una moltitudine di associazioni che fanno della filantropia la propria politica, per usare la felice espressione di Annarita Buttafuoco.

<sup>1</sup> Quella proposta in questo capitolo non è una ricostruzione esauriente del movimento femminile dei primi del Novecento, quanto piuttosto l'analisi di alcune delle sue caratteristiche finalizzata alla comprensione dell'interesse di quest'ultimo per la 'modernizzazione' dell'assistenza e per la costruzione della figura dell'infermiera moderna'. È per questa ragione che dal quadro restano fuori non solo molte vicende, ma anche alcune porzioni del movimento. È il caso del movimento femminile cattolico, che non ha avuto nella vicende concernenti la riforma dell'assistenza un ruolo paragonabile a quello del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane o di alcune esponenti dell'Unione Femminile. Per informazioni sul movimento femminile cattolico si veda Paola Gaiotti de Biase, *Alle origini del movimento cattolico femminile*, Morcellian, 1964; Cecilia Dau Novelli *Società, chiesa e associazionismo femminile. L'Unione fra le donne cattoliche d'Italia (1902-1919)*, Roma, AVE, 1988; Michela De Giorgio, Paola di Cori, *Le organizzazioni femminili cattoliche dall'età giolittiana al fascismo*, in «Rivista di storia contemporanea», IX, 3 (1980), pp. 337-371.

<sup>2</sup> Franca Pieroni Bortolotti ha addirittura sostenuto che si possa parlare di due distinti movimenti: quello ottocentesco, egualitario, propriamente emancipazionista e concentrato su rivendicazioni di natura politica, e quello dei primi del Novecento, filantropico, 'maternalista' e borghese. Annarita Buttafuoco, al contrario, ha sostenuto che tra il movimento femminile emerso dopo la stretta repressiva degli anni '90 dell'800, e il quello della seconda metà del XIX secolo non esista una radicale discontinuità, ma solo una differenza nelle strategie d'azione. Annarita Buttafuoco, *Cronache femminili, temi e momenti della stampa emancipazionista in Italia dall'Unità al fascismo*, Arezzo, Dipartimento di studi storico-sociali e filosofici Università degli Studi di Siena, 1988; Ead. *Straniere in patria. Temi e momenti dell'emancipazione femminile italiana dalle Repubbliche giacobine al fascismo*, in *Esperienza storica femminile nell'età moderna e contemporanea*, a cura di A. M. Crispino, Roma, UDI, 1988, vol I, pp. 91-124. Per un approfondimento sull'emancipazionismo ottocentesco si veda Franca Pieroni Bortolotti, *Alle origini del movimento femminile in Italia, 1848-1892*, Torino, Einaudi, 1975.

La nebulosa di organizzazioni che compongono un movimento dalla geografia frastagliata e dalle molte anime, si occupano di molte questioni: educazione, assistenza alle donne e ai bambini, 'tratta delle bianche', diffusione dell'igiene, assistenza agli emigranti, formazione delle lavoratrici. E naturalmente diritti civili e politici delle donne. L'aspetto che qui ci interessa, però, è l'attività assistenziale che caratterizza nettamente questo movimento, deciso a dare corpo ad una nuova cittadinanza sociale per le donne basata sull'estensione simbolica della 'funzione materna' oltre gli angusti confini della casa<sup>3</sup>. Convinto della 'funzione sociale' della maternità, il movimento è impegnato nell'elevamento morale e giuridico della donna' ma anche in un'opera di *maternage* sociale funzionale alla 'rigenerazione' della società tutta. È quest'ultimo obiettivo che – nell'idea delle donne che animano il movimento – distinguerebbe nettamente il proprio 'moderno' impegno nel campo dell'assistenza dalla 'tradizionale' filantropia femminile.

Secondo le emancipazioniste di inizio secolo, infatti, la 'nuova' filantropia deve essere orientata alla rigenerazione del corpo sociale, spesso esplicitamente inteso come un tutto organico, secondo una ben nota analogia<sup>4</sup> dallo straordinario valore performativo, come si vedrà più avanti. La distinzione tra l'idea di 'pubblica assistenza' propugnata dalle donne impegnate nel movimento femminile – che a loro volta la condividono con la borghesia progressista del tempo – e quella di 'carità elemosiniera', è bene espressa da Giuseppina Le Maire, futura fondatrice della romana Unione per il Bene e membro del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, in una conferenza dedicata a 'La donna nell'igiene pubblica' tenuta in occasione della Esposizione Beatrice di Firenze nel 1890:

La carità privata rintraccia le miserie che si nascondono e tacitamente, occultamente, le conforta e soccorre: guidata dalla pietà, dona, solo curando l'effetto immediato del beneficio. Altra cosa deve essere la beneficenza pubblica, alla quale spetta un più alto scopo, un più vasto campo d'azione: non deve soltanto soccorrere i mali presenti, ma prevenire i futuri; non combattere temporaneamente la miseria, ma vincerla distruggendone le cause; non ottenere il solo vantaggio

<sup>3</sup> Annarita Buttafuoco, *Questioni di cittadinanza, donne e diritti sociali nell'Italia liberale*, Siena, Protagon editori toscani, 1997, p. 68; Ead. 'In servitù regine'. *Educazione ed emancipazione nella stampa politica femminile*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli, 1989, pp. 363-391; *Tra cittadinanza politica e cittadinanza sociale. Progetti ed esperienze del movimento politico delle donne nell'Italia liberale*, in *Il dilemma della cittadinanza. Diritti e doveri delle donne*, a cura di G. Bonacchi e A. Groppi, Bari, Laterza, 1993, pp. 104-127.

<sup>4</sup> Su questo punto si veda Claudio Pogliano, *Scienze della natura e scienze dell'uomo, momenti di un rapporto*, Milano, Franco Angeli, 1987. Sul 'neo-organicismo' che raggiunge un momento di massimo sviluppo nel primo dopoguerra si veda Horn, *Social bodies*, cit, pp. 19 e sgg.



particolare dell'individuo, ma quello generale della società. [...] [la donna] per la squisita sensibilità, per l'inclinazione naturale a proteggere il debole, è portata alla beneficenza [...] È però *doveroso d'insegnare alla donna a esercitare più utilmente questa sua naturale tendenza, prestando cioè il suo concorso alla grande opera umanitaria secondo l'ispirazione della vera filantropia*<sup>5</sup>.

Prevenire i mali del corpo sociale, dunque, prima ancora di soccorrere pietosamente coloro che ne sono colpiti, combattere le cause dei problemi piuttosto che alleviarne le conseguenze, perseguire il 'bene della società' invece che il 'vantaggio' dell'individuo: questi sono i presupposti sui quali si dovrebbe dunque basare il nuovo modello di intervento sociale femminile.

Il movimento è, tra le altre cose, impegnato a formare un esercito di donne – per lo più borghesi o aristocratiche – che si facciano interpreti materiali di questo progetto<sup>6</sup>: consigliere nelle Opere Pie, visitatrici degli Uffici Indicazioni e Assistenza, ispettrici di fabbrica per la vigilanza sull'applicazione delle norme sul lavoro delle donne e dei minori, professioniste della cura all'infanzia e 'infermiere moderne'<sup>7</sup>. Perché 'l'infermiera moderna' – che le emancipazioniste, nel complesso, immaginano come una donna di 'civile condizione', dotata di una buona educazione, nubile, tecnicamente preparata, igienicamente impeccabile, dotata di una spiccata vocazione – sia una figura di spicco tra le schiere di coloro che dovranno 'rigenerare la società', lo si vedrà meglio nei prossimi paragrafi. Per il momento sarà bene seguire in grandi linee le tappe che scandiscono l'impegno del movimento nel campo dell'assistenza infermieristica. Entrambe le organizzazioni nazionali che all'inizio del secolo rappresentano le diverse anime del movimento femminile – il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, aristocratico, moderato e liberale, e la più radicale Unione Femminile Nazionale – si prodigano infatti sin dal principio del secolo per la costruzione e la promozione della figura dell' 'infermiera moderna'.

<sup>5</sup> Giuseppina Le Maire, *La donna nell'igiene pubblica*, in *La donna italiana descritta da scrittrici italiane in una serie di conferenze tenute all'esposizione Beatrice in Firenze*, Firenze, Stabilimento Civelli, 1890, pp. 405-406, corsivo mio. Su Le Maire si veda Patrizia Gabrielli, *I luoghi e l'impegno sociale di un'educatrice. Giuseppina Le Maire tra Roma, Cosenza, Gorizia*, in «Storia e problemi contemporanei», XV, 31 (2002), pp. 75-102.

<sup>6</sup> Non a caso, per converso, come ha scritto Annarita Buttafuoco «Da parte delle militanti dell'Unione e specie di Ersilia Majno [figura di spicco dell'organizzazione n.d.r.], l'impegno in campo assistenziale presupponeva la valorizzazione di capacità specifiche e l'assunzione di una 'professionalità' nella quale i valori tradizionali della pietà femminile si coniugassero con istanze di organizzazione e di pianificazione dell'intera società», Annarita Buttafuoco, *Le mariuccine, storia di un'istituzione laica, l'asilo Mariuccia*, Milano, Franco Angeli, 1985, p. 13.

<sup>7</sup> Fiorenza Taricone, *L'associazionismo femminile italiano dall'Unità al fascismo*, Milano, Unicopli, 1996, p. 153.



L'Unione Femminile, organizzazione di simpatie democratiche e socialiste nasce a Milano nel 1899<sup>8</sup>. Tra le attività dell'Unione, da sempre attenta alla difesa delle lavoratrici ma anche più in generale al tema del lavoro delle donne, spicca la creazione di nuove figure professionali che diano sostanza all'idea che 'l'attività pratica femminile' possa e debba farsi veicolo della rigenerazione della società: è nelle fabbriche, nelle case del proletariato ma anche negli ospedali che le 'donne nuove' devono dimostrare le proprie capacità ed espletare la propria missione sociale. La stessa Ersilia Majno<sup>9</sup>, fondatrice e figura di maggior spicco dell'Unione, è tra le prime donne in Italia a entrare del consiglio di amministrazione di un nosocomio: l'Ospedale Maggiore di Milano. È proprio in questa veste che nel 1902 Majno redige una relazione sul servizio di assistenza prestato dalle infermiere nell'ospedale, nella quale deplora il pessimo trattamento e l'insufficiente preparazione che esse ricevono e auspica un miglioramento della formazione. Si tratta di un punto che sta molto a cuore all'Unione<sup>10</sup>: a farsene interprete in seno all'organizzazione è soprattutto una delle sue militanti, Anna Celli.

<sup>8</sup> Su entrambe le federazioni ha lavorato Fiorenza Taricone, *L'associazionismo femminile italiano dall'Unità al fascismo*, cit. Sul Consiglio Nazionale delle Donne Italiane si veda Claudia Gori, *Crisalidi. Emancipazioniste liberali in età giolittiana*, Milano, Franco Angeli, 2003 e Elena Giannecchi, Fiorenza Taricone, Luisa Montevicchi, *L'archivio del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane. Inventario*, Roma, Publiprint service, 2000. Sull'Unione Femminile Nazionale si vedano Annarita Buttafuoco, *Questioni di cittadinanza, donne e diritti sociali nell'Italia liberale*, Siena, Protagon, 1995; Ead. *Le mariuccine*, cit. Sulle 'attiviste sociali' in generale di inizio secolo si veda anche Roberta Fossati, *Attiviste sociali di primo novecento: un mondo coeso?* in *Politica e amicizia, relazioni conflitti e relazioni di genere (1860-1915)*, a cura di Emma Scaramuzza, Milano, Franco Angeli, 2010, pp. 115-130.

<sup>9</sup> *L'Infermiera*, in «Ospedale Maggiore», V, 7 (1917), p. 1. Su Ersilia Majno Bronzini, fondatrice dell'Unione femminile, si veda Buttafuoco, *Le mariuccine*, cit.; Ead., *Vite esemplari. Donne nuove di primo Novecento*, in Annarita Buttafuoco, Marina Zancan, *Svelamento. Sibilla Aleramo: una biografia intellettuale*, Milano Feltrinelli 1988, pp. 139-143.

<sup>10</sup> Ad esempio nel 'Congresso dell'attività pratica femminile' organizzato con il concorso dell'Unione Femminile a Milano nel 1908, un ordine del giorno auspica che negli ospedali si creino scuole preparatorie teorico pratiche della durata di almeno sei mesi, accessibili solo a coloro che abbiano terminato la quinta elementare e presentino un certificato di buona condotta. Tra le altre richieste avanzate dall'ordine del giorno ci sono: «1 Separazione completa del personale nuovo da quello vecchio, facendo reparti speciali; 2 Separazione delle funzioni di infermiera da quelle di facchino; 3 Pareggio dello stipendio tra personale maschile e femminile; 4 Indipendenza completa del personale laico da quello religioso, e quindi direttrice e capo-sale laiche lasciando l'attuale personale religioso nelle cucine, alla guardarobe ecc. abolizione di sorveglianti uomini per le donne. 5 Abitazione e vitto nell'ospedale e stato nubile delle infermiere 6 Riposo settimanale di almeno un dopo pranzo; riposo annuale di almeno sei settimane con intero stipendio. 7 Assicurazione obbligatoria contro l'invalidità, infortunio e malattie». L'ordine del giorno viene pubblicato nella «Rivista della beneficenza pubblica e delle istituzioni di previdenza», XXXVI (1908) cit. in *Riassunto degli argomenti relativi alle riforme per riordinamento dell'assistenza immediata agli infermi trattati nei Congressi dell'Associa-*

Segretaria della sezione romana, è la tedesca Anna Fraenzel Celli<sup>11</sup> l'attivista dell'Unione Femminile più in vista tra quelle impegnate sul fronte della riforma dell'assistenza. Fin dai primi anni del secolo Celli non solo prende parola sulle condizioni nelle quali le donne prestano assistenza nei nosocomi<sup>12</sup>, ma dà anche vita a nuovi corsi per la formazione di infermiere ospedaliere, convinta che i metodi di assistenza ai malati debbano essere completamente rinnovati e che spetti alle donne – e in particolare alle donne di civile condizione – farlo. L'impegno di questa figura nel campo dell'assistenza è, d'altra parte, multiforme. Moglie del noto malariologo, igienista e deputato Angelo Celli, la donna è coinvolta a fianco del marito e con il supporto dell'Unione Femminile nella campagna di diffusione del chinino di 'evangelizzazione' igienica della popolazione dell'Agro Romano<sup>13</sup>. Fin dai primi anni del nuovo secolo è impegnata a Roma nella formazione igienico-sanitaria delle maestre<sup>14</sup> e nell'organizzazione, prima presso l'ospedale S. Antonio e poi presso l'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma<sup>15</sup>, di corsi teorico-pratici annuali di assistenza ai malati per «giovani di buona famiglia»<sup>16</sup> che constano di conferenze bisettimanali e esercitazioni pratiche. Di questo corso Celli tenta a più riprese di fare «una scuola per l'av-

*zione Nazionale fra i Medici Ospedalieri e dei Direttori Sanitari degli Ospedali*, p. 12, ACS Ministero degli interni, Direzione generale di Sanità (1910-20), b. 601, p. 36.

<sup>11</sup> Su Anna Celli si veda Patrizia Gabrielli, *Emancipazioniste, socialiste e femministe a Roma: frammenti per una possibile storia*, *Atti del convegno di studi – Roma 1-2 dicembre 1999*, in «Rivista storica del Lazio», VIII-IX, 13-14 (2000-2001), pp. 307-329.

<sup>12</sup> Si veda ad esempio Anna Celli, *La donna infermiera*, in «L'Infermiere», VIII, aprile (1911), p. 2.  
<sup>13</sup> Enzo Santarelli, *Anna Fraenzel Celli e le scuole per contadini dell'agro romano*, in *Id. Marxismo, democrazia e diritto dei popoli: scritti in onore di Lelio Basso Milano*, Milano, Franco Angeli, 1979, pp. 548-564 e Giovanna Alatri, *Anna Fraenzel Celli (1878-1958)*, in «Parassitologia», XL, 40 (1998), pp. 377-421.

<sup>14</sup> Gabrielli, *Emancipazioniste, femministe e socialiste a Roma*, cit., p. 308. Il corso era organizzato dalla socialista emancipazionista Angelica Devito Tommasi, propugnatrice dell'insegnamento dell'igiene sulle pagine della «Rivista della Reale Società Italiana di Igiene» e autrice nel 1899 di un manuale intitolato *Vita sana*. Di Devito Tommasi si veda *Per l'educazione infermiera alle insegnanti*, Milano, Tip. P. Agnelli, 1902.

<sup>15</sup> Il corso si svolge sotto la guida di Angelo Celli che in quel momento occupa la cattedra di igiene presso l'università di Roma. Sulla scuola organizzata da Celli si veda anche E. M., *Corso teorico-pratico di assistenza ai malati*, in «Unione Femminile», II, 1-2 (1902), p. 14 e Anna Celli, *Scuola per signorine infermiere a Roma*, in «Unione Femminile», VIII, 2 (1908), pp. 32-33; Ead., *Per le scuole delle infermiere*, in «Nuova Antologia: rivista di scienze lettere e arti», XLIII, 137 (1908), p. 481. Infine Stefania Bartoloni, *Al capezzale del malato. Le scuole per la formazione delle infermiere*, in *Per le strade del mondo. Laiche e religiose fra Otto e Novecento*, a cura di Stefania Bartoloni, Bologna, il Mulino, 2007, p. 237. Qualche anno prima, nel 1892, Francesco Durante aveva già tentato un corso di istruzione teorico-pratico per infermiere presso la clinica chirurgica di Roma. Il corso era stato frequentato prevalentemente da donne delle classi popolari: Durante aveva abbandonato il progetto dopo qualche anno. Si veda Pascucci, Tavormina, *La professione infermieristica in Italia*, cit, pp. 39 e sgg.

<sup>16</sup> Anna Celli, *La donna infermiera in Italia*, Roma, Tipografia nazionale Bertero, 1908, p. 10.

viamento delle giovani alla professione infermiera»<sup>17</sup> piuttosto che un semplice 'complemento all'educazione femminile'. I corsi organizzati da Celli, però, non hanno il successo sperato tra le 'signorine'<sup>18</sup> che dovrebbero esserne le utenti privilegiate. E tuttavia le iniziative di Celli, e soprattutto i suoi numerosi interventi sul tema rappresentano prima della Grande Guerra il punto di riferimento fondamentale per lo sviluppo di un discorso sulla femminilizzazione dell'assistenza all'interno degli ambienti emancipazionisti e non solo. Quest'ultima è infatti tra le prime a sviluppare un discorso sulla 'donna infermiera' e a porre le premesse per la costruzione dell'"infermiera moderna" come figura specifica e chiave del rinnovamento dell'assistenza.

Sebbene negli anni precedenti la Grande Guerra sia l'Unione Femminile per il tramite di Celli ad avere ruolo chiave nella costruzione di un discorso intorno al rinnovamento dell'assistenza infermieristica, anche il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane (CNDI), organizzazione più aristocratica e decisamente moderata, vi partecipa. L'interesse del CNDI per l'assistenza infermieristica ricalca quello dell'*International Council of Women* (ICW), nato a Washington nel 1888, del quale dal 1903 rappresenta la sezione italiana. L'ICW è un'organizzazione femminile internazionale che si occupa di una molteplicità di tematiche, comprese quelle dell'assistenza, della salute, e dell'educazione igienica: nel suo seno sono attive una sezione 'igiene' e una dedicata all'"assistenza". È a latere di una delle riunioni dell'ICW che nel 1899 nasce l'*International Council of Nurses*<sup>19</sup>, con il proposito di dare vita a *nurses' councils* in tutti i paesi che non dispongano di organizzazioni infermieristiche e scambiare informazioni «acquisite in Inghilterra e America sul progresso e lo sviluppo del lavoro»<sup>20</sup>. Dell'*International Council of Nurses* l'Italia entrerà a far parte solamente nel 1922<sup>21</sup>, tuttavia le attività di questa organizzazione sono seguite fin dal 1912 anche dalle emancipazioniste italiane del CNDI decise a trasformare l'assistenza «secondo i più alti e

<sup>17</sup> Ivi, p. 11. A Roma nel 1908 erano già attive altre due scuole per infermiere, una presso l'ambulatorio S. Giuseppe, dedicata soprattutto alla formazione di suore infermiere e, più tardi, alla formazione di 'signorine', cit., pp. 242. Presso la scuola S. Giuseppe nel 1914 nasce anche una delle prime associazioni professionali, l'Associazione Mensile tra Infermiere. Nel 1908 a Roma era anche attiva la scuola per Signorine infermiere di S. Gregorio al Celio, per la quale si può vedere Ginevra, *Per le infermiere, La prima scuola convitto per le infermiere fondata in Italia*, in «La Nostra Rivista Femminile», IV, 2 (1917), pp. 137-139.

<sup>18</sup> Cfr. Celli, *La donna infermiera in Italia*, cit.

<sup>19</sup> Barbara Brush, Mery Stuart, *Unity amidst difference, the ICN project and the writing of international history of nursing*, in «Nursing History Review», II, (1994), pp. 191-203.

<sup>20</sup> Ethel Bedford Fenwick cit. in Barbara Brush, *Unity amidst difference*, cit., p. 195. La traduzione è mia.

<sup>21</sup> L'Italia sarà espulsa dalla federazione nel 1929 a causa della non apoliticità delle sue organizzazioni di categoria, considerate troppo vicine al fascismo. Pascucci, Tavormina, *La professione infermieristica in Italia*, cit., p. 413.

moderni concetti»<sup>22</sup> per dare all'Italia il suo 'giusto posto' nel consesso delle 'nazioni civili'<sup>23</sup>.

Il ruolo delle donne nell'assistenza infermieristica è un tema costantemente presente nei convegni organizzati dal CNDI. Ad esempio al primo Congresso delle Donne Italiane organizzato dalla federazione nel 1908 gli interventi sul tema sono diversi: a due di questi sono persino dedicate le sessioni plenarie<sup>24</sup>. Anche nei convegni organizzati negli anni seguenti dal Consiglio Nazionale delle Donne Italiane il nodo dell'assistenza agli infermi e della formazione professionale di infermiere di 'civile condizione' rimane centrale. Ad esempio nel congresso quinquennale internazionale dell'*International Council of Women*, tenutosi a Roma nel 1914 e organizzato dal CNDI, un'intera sessione è dedicata all'assistenza agli infermi. All'interno di quest'ultima emerge una proposta che crea un piccolo tumulto. A nome di un gruppo di congressiste la contessa Elena Lucifero – figura centrale della federazione<sup>25</sup>, «una vera competenza in quel che riguarda l'igiene femminile e l'assistenza sanitaria»<sup>26</sup>, interessata a questioni di eugenetica e 'difesa della razza'<sup>27</sup> – pro-

<sup>22</sup> In riferimento alla scuola convitto 'Regina d'Italia' per infermiere professionali 'modello Nightingale', fondata nel 1914 a Firenze, la contessa Nerina Giugliucci, membro del comitato direttivo e futura crocerossina, scrive in una relazione datata 1917 «la vita di questa scuola per infermiere professionali non interessa soltanto, né soprattutto, per sé come una istituzione che si fa onore, e fa onore alla città dove ha potuto sorgere; come una istituzione che in tre soli anni, (e quali anni!!) da principii più che modesti, è riuscita a vivere, a crescere, a prosperare; ma interessa molto più ancora quale germe fecondo (abbiamo ogni diritto di sperarlo) di quella riforma dell'assistenza, secondo i più alti e moderni concetti, nella quale l'Italia nostra non si è ancora messa all'altezza delle altre nazioni civili; ma nella quale sono certa che saremo tutti concordi nel dire che non è più tollerabile che essa rimanga perennemente indietro». Nerina Giugliucci, *Relazione stesa dalla Sig.na Nerina dei conti Giugliucci per incarico del comitato della Scuola convitto Regina d'Italia per Infermiere professionali e letta all'adunanza dell'8 maggio 1917*, Firenze, Stabilimento tipografico Ramella & co, 1917, p. 1.

<sup>23</sup> Raccontando la propria partecipazione al Congresso del 1912 dell'*International Council of Nurses* insieme ad una delegazione italiana la contessa Giugliucci scrive «la nostra presenza servì a questo, che il bracciale col nome 'ITALIA' (sebbene mancante, come quello delle Russe, del segno delle federate al Consiglio) potesse essere portato da delle Italiane, e non da una rappresentante straniera, al pare di quello delle Indiane» (ivi, p. 2) È evidente che il richiamo razzista all'India è formulato dall'autrice per agitare il rischio di un 'declassamento' dell'Italia tra i paesi colonizzati e 'incivili' nel caso in cui non si provveda ad una riforma dell'assistenza, vale a dire alla formazione e diffusione delle 'infermiere moderne' per l'assistenza agli infermi.

<sup>24</sup> Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del primo congresso nazionale delle donne italiane, Roma 24-30 aprile 1908*, Roma, Tip. Soc. Ed. Laziale, 1912.

<sup>25</sup> Si veda Franca Pieroni Bortolotti, *Socialismo e questione femminile 1892-1922*, Milano, Mazzotta, 1974.

<sup>26</sup> «La Tribuna», 7 maggio 1914 articolo senza titolo conservato in ACS, Fondo CNDI, b. 1, fasc. 6.

<sup>27</sup> Molte emancipazioniste condividono l'approccio 'positivo' dell'eugenetica italiana e latina, che sarà discusso nel capitolo 3. Molte meno sono coloro che parlano di controllo delle nascite o abbracciano posizioni neomalthusiane. Tra queste Ersilia Majno, che prende parte al

pone di istituire una sorta di servizio di assistenza sociale obbligatorio per le donne equivalente alla naia: le coscritte dovrebbero prestare servizio in vari settori tra cui in particolare quello dell'assistenza agli infermi. Le resistenze vivacemente espresse – secondo i giornali dell'epoca – dalle altre congressiste si appuntano sul carattere 'militarista' della proposta e sulla svalutazione della maternità in quanto 'servizio sociale' femminile che ne scaturirebbe – ma l'idea che sia fondamentale spronare «la donna all'esercizio dell'assistenza e alla cura dell'igiene»<sup>28</sup> non è messa in alcun modo in discussione<sup>29</sup>.

A differenza di quello dell'Unione Femminile e di Anna Celli<sup>30</sup>, l'atteggiamento del CNDI nei confronti delle donne che lavorano negli ospedali al principio del secolo è decisamente critico. Il miglioramento delle condizioni di queste lavoratrici non è nell'orizzonte mentale di un'organizzazione fondamentalmente aristocratica che in genere non valorizza il lavoro femminile extradomestico e il cui focus principale è una filantropia di stampo marcatamente maternalista più che la difesa e l'affermazione dei diritti delle donne. In questo senso si può

primo congresso italiano di eugenetica sociale tenutosi a Milano dal 20 al 23 settembre del 1924. Inoltre al convegno sulla sessualità organizzato dal gruppo de 'La Voce' nel 1910 Majno aveva preso posizione in favore della 'generazione cosciente', spostando il «problema del controllo delle nascite – come farà più tardi un'altra importante esponente dell'emancipazionismo radical-socialista, Emilia Mariani – sul piano eugenetico, secondo un orientamento diffuso tra i neo-malthusiani, compresi numerosi anarchici», Buttafuoco, *Le mariuccine*, cit., p. 184. Per una prospettiva internazionale sul tema del rapporto tra emancipazioniste ed eugenetica si veda Mary Ziegler, *Eugenic feminism: mental hygiene, the women's movement, and the campaign for eugenic legal reform, 1900-1935*, in «Harvard Journal of Law and Gender», XXVIII, 3 (2007), pp. 212-235.

<sup>28</sup> «La Tribuna», 24 maggio 1914 ACS, Fondo CNDI, b. 1 fasc. 6.

<sup>29</sup> Nel 1913 il CNDI aveva lanciato sul proprio bollettino un referendum per conoscere il parere delle lettrici sulla stessa proposta. Le poche risposte erano state per lo più contrarie. Bartoloni, *Italiane alla guerra*, cit., p. 84. Qualche anno più tardi, nel 1919, la responsabile della sezione toscana del CNDI lancia nuovamente la proposta sulle pagine del bollettino della federazione: «la fanciulla – domanda Elena French Cini – che si trovasse invece impegnata a lenire le sofferenze di un malato, e puntualmente eseguire tutte le cure ad esso necessarie, oppure che dovesse attendere assiduamente a un certo numero di bambini e a tutte le varie necessità morali e fisiche ad essi richieste, immaginiamo quanto più atta diverrebbe alle diverse mansioni che alla madre, alla donna in genere specialmente incombono, e in conseguenza quanto maggiore sarebbe utile alla Patria, alla società tutta?», Elena French Cini, *Vita sociale e politica*, in «Attività Femminile Sociale», anno VIII, 10 (1919), p. 1.

<sup>30</sup> Più vicine a posizioni democratiche radicali e socialiste, le emancipazioniste dell'Unione Femminile non partecipano all'opera di demonizzazione delle 'vecchie infermiere' di cui spesso si fanno interpreti le riformatrici dell'assistenza. Al contrario, Anna Celli al principio del secolo interviene su «L'Infermiere», il periodico della Federazione Nazionale degli Infermieri e delle Infermiere d'Ospedale e di Manicomio, per denunciare le pessime condizioni di lavoro delle infermiere laiche negli ospedali e la loro soggezione alle suore. Tuttavia è importante tenere presente che anche l'Unione femminile e Celli auspicano la formazione ex novo di una nuova leva di 'signorine infermiere' che dovrebbe essere ben distinta dal vecchio personale degli ospedali.



dire che l'atteggiamento del CNDI e quello dell'Unione Femminile nei confronti della 'questione infermiera' siano differenti. Tuttavia, ed è quello che qui ci interessa, la figura ideale dell'"infermiera moderna' che emerge dai discorsi elaborati dalle donne che fanno parte di entrambe le organizzazioni negli anni precedenti la prima guerra mondiale è fondamentalmente molto simile.

## 2. Dalla Grande Guerra al fascismo

Se l'assistenza infermieristica è un tema importante nella galassia dell'associazionismo che compone il movimento femminile già prima della Grande Guerra, negli anni del conflitto e in quelli seguenti essa assume ancora maggiore centralità. La prima guerra totale della storia è stata un momento di svolta di cui è difficile sottovalutare la portata. Anche nella storia che andiamo qui delineando essa può essere considerata uno spartiacque fondamentale: Annarita Buttafuoco vi ha addirittura individuato il punto conclusivo della parabola dell'emancipazionismo primonovecentesco. Quello che è certo è che la nebulosa di organizzazioni che compongono la colonna vertebrale del movimento uscirà dalla guerra profondamente mutata: abbandonati i temi più radicali e – in buona sostanza – la difesa dei diritti delle donne in favore della promozione dei loro doveri, gran parte di essa rivendicherà il carattere moderato e 'nazionale' del 'femminismo italiano'<sup>31</sup>. In questo contesto l'assistenza diventerà il 'banco di prova' della partecipazione femminile all'edificazione della 'Nuova Italia'. In questo clima l'interesse per la 'questione infermiera' crescerà enormemente. Ma per comprendere questo passaggio, è prima necessario esaminare il modo in cui la guerra interviene a cambiare la percezione della figura dell'infermiera.

Com'è noto durante la Grande Guerra migliaia di donne si impegnano – per lo più volontariamente – nell'assistenza ai feriti e ai malati negli ospedali a ridosso del fronte, nelle ambulanze chirurgiche, nei treni ospedale, negli ospedali territoriali della Croce Rossa Italiana (CRI). Se diverse migliaia tra queste vengono formate dalla CRI<sup>32</sup> altre ricevono un rapido *training*

<sup>31</sup> Si veda Michela De Giorgio, *Le italiane dall'Unità a oggi: modelli culturali e comportamenti sociali*, Roma-Bari, Laterza, 1992, pp. 508 e sgg.; Ead. *Dalla 'donna nuova' alla donna della "nuova" Italia*, in *La grande guerra: esperienza, memoria, immagini*, a cura di Diego Leoni e Camillo Zadra, Bologna, Il Mulino, 1986, pp. 745-764; Si veda anche Victoria de Grazia, *Femminismo latino, Italia (1922-1945)*, in *La sfera pubblica femminile*, a cura di Mariuccia Salvati, Bologna, Clueb, 1992, pp. 137-154. Stefania Bartoloni, *Dalla crisi del movimento delle donne alle origini del fascismo. L'Almanacco della donna italiana' e la 'Rassegna Femminile Italiana'*, in *Atti del seminario Esperienza storica femminile nell'età moderna e contemporanea*, a cura di Anna Maria Crispino, Roma, Udi La Goccia, 1988, pp.125-152; Buttafuoco, *Straniere in patria*, cit.

<sup>32</sup> Bartoloni, *Italiane alla guerra*, cit.; Ead. *Da una guerra all'altra. Le infermiere della Croce Rossa Italiana tra il 1911 e il 1945'*, cit. Si veda anche Barbara Montesi, *'Se non viene*

offerto dalle Scuole Samaritane – che durante il conflitto accolgono soprattutto donne – dalle associazioni di pubblica assistenza<sup>33</sup> o dai comitati di preparazione civile e dalle associazioni femminili.

Sebbene il giudizio sul conflitto, come già era successo in occasione della campagna di conquista della Libia<sup>34</sup>, non sia unanime, la maggior parte delle organizzazioni femminili si mostra più che partecipe dell'impresa in cui l'Italia si è imbarcata e cooperano in diverse forme allo sforzo bellico direttamente e attraverso la partecipazione a Comitati di preparazione<sup>35</sup>. La facilitazione della formazione delle infermiere volontarie è uno dei campi in cui le emancipazioniste sono più attive<sup>36</sup>. Fin dal principio del conflitto

*presto la chiamata schiatto: Infermiere in zona di guerra nel primo conflitto mondiale*, in Patrizia Gabrielli, *In viaggio per una 'causa'*, Roma, Carocci 2010; Ead., *Ho vissuto come in sogno. Cristina Honorati Colocci e la Grande Guerra*, Ancona, Affinità elettive, 2013.

<sup>33</sup> Le Scuole Samaritane, inaugurate da Carlo Calliano a Torino nel 1885, erano aperte tanto a infermieri e infermiere professionisti/e quanto a persone desiderose di una formazione infermieristica di base. Su queste scuole si veda Bartoloni, *Al capezzale del malato. Le scuole per la formazione delle infermiere*, in *Per le strade del mondo*, a cura di Bartoloni, cit., p. 233. Durante il conflitto le Scuole Samaritane assistono ad un rapido aumento delle iscrizioni. Si veda la relazione sulle *Scuole allieve infermiere*, ACS, Ministero degli interni-Direzione generale di sanità (1910-20), b. 598 bis. Le associazioni di assistenza, come la Croce Verde, invece, erano organizzazioni di volontari che si occupavano del soccorso e trasporto dei feriti, soprattutto in caso di calamità, e, talvolta, di assistenza domiciliare notturna agli infermi. Spesso i volontari, per lo più uomini, appartenevano alla classe operaia. Le associazioni di pubblica assistenza si erano moltiplicate in tutto il paese tra gli anni successivi all'unificazione e la Grande Guerra. Nel 1904 la maggior parte delle associazioni era entrata a far parte dell'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze. Cfr. ACS, Ministero degli interni-Direzione generale di sanità (1910-20), B. 603.

<sup>34</sup> Catia Papa, *Sotto altri cieli. L'Oltremare nel movimento femminile italiano (1870-1915)*, Roma, Viella, 2009.

<sup>35</sup> Emma Schiavon, *L'interventismo femminista*, in «Passato e presente», XIX, 54 (2001), pp. 59-72; Ead., *L'interventismo femminile nella grande guerra. Assistenza e propaganda a Milano e in Italia*, in «Italia contemporanea», XXX, 234 (2004), pp. 89-104; Ead., *Interventiste nella grande guerra. Assistenza, propaganda, lotta per i diritti a Milano e in Italia (1911-1919)*, Firenze, Le Monnier, 2015. Si veda anche Beatrice Pisa, *Italiane in tempo di guerra*, in *Un paese in guerra, la mobilitazione civile in Italia (1914-1918)*, a cura di Daniele Menozzi, Giovanna Procacci, Simonetta Soldani, Roma, Unicopli, 2010, pp. 59-86; Anna Maria Bigaran, *Mutamenti dell'emancipazionismo alla vigilia della grande guerra*, in «Memoria», II, 4 (1982); Maria Cristina Angeleri, *Dall'emancipazionismo all'interventismo democratico: il primo movimento politico delle donne di fronte alla Grande Guerra*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», VIII, 1 (1996), pp. 199-216; Augusta Molinari, *Una patria per le donne. La mobilitazione femminile nella Grande Guerra*, Bologna, Il Mulino, 2014, pp. 15 e sgg; Patrizia Gabrielli, *Fenicotteri in volo, donne comuniste nel ventennio fascista*, Roma, Carocci, 1999.

<sup>36</sup> Significativa in questo senso, ad esempio, l'attività dei comitati Pro patria istituiti dal CNDI durante il conflitto, impegnati nella formazione di infermiere volontarie, nel loro 'smistamento' e nell'organizzazione di ospedali territoriali. ACS, Fondo CNDI, Cfr. fasc. 13, fasc. 6. A Roma, durante il conflitto, la contessa Spalletti promuove l'Unione delle Scuole d'Infermiere Volontarie.

esse invitano le donne, e soprattutto quelle della classe media e dell'aristocrazia ad «andare incontro all'opera di assistenza che le attende»<sup>37</sup>.

Nonostante l'intimità con giovani corpi maschili che accompagna il lavoro di assistenza non cessi di essere perturbante nell'immaginario collettivo, l'immagine della 'biancovestita' impegnata nel soccorso ai 'fantaccini' feriti, diviene ben presto una tra le più rassicuranti del repertorio di guerra. Nell'immaginario bellico e postbellico, tormentato dalle inquietudini generate dal presunto 'rovesciamento' dei ruoli e dei generi prodotto dal conflitto<sup>38</sup>, all'«angelo bianco» le autorità e la stampa riservano caparbiamente il ruolo di archetipo dell'ordine costituito.

A permettere l'arruolamento delle infermiere volontarie tra le rappresentanti di una femminilità rassicurante e docile sono da una parte la strenua lotta contro lo spettro della sessualità che insidia la figura immacolata della 'biancovestita', dall'altra l'accentuazione della rappresentazione dell'infermiera come figura essenzialmente materna. A costruire tale rappresentazione contribuiscono le autorità, la stampa, la propaganda, ma anche – e forse soprattutto – le stesse infermiere volontarie più illustri, che a partire dagli ultimi anni di guerra danno alle stampe memorie del proprio impegno. Come si avrà modo di vedere nel quarto capitolo, queste narrazioni, in genere piuttosto convenzionali, contribuiscono a validare l'accostamento tra la figura dell'infermiera e quella della buona madre e – in modo complementare – a rappresentare i «bravi fantaccini» come bambini. D'altra parte questo tipo di rappresentazione è caratteristica anche della manualistica dedicata alla formazione delle infermiere volontarie durante il conflitto<sup>39</sup> e

<sup>37</sup> Sofia Bisi Albini, prefazione a Elisa Majer Rizzioli, *Accanto agli eroi. Crociera sulla Memfi durante la conquista di Libia*, Milano, Libreria editrice milanese, 1915. Le memorie di Rizzioli che rievocano il suo impegno come infermiera volontaria della CRI durante la campagna di conquista della Libia, sono pubblicate alla vigilia del conflitto, con la prefazione di Bisi Albini proprio per offrire un esempio di impegno femminile per la patria durante un conflitto.

<sup>38</sup> Su questa questione esiste una vasta letteratura. Ci limiteremo a citare Françoise Thébaud, *Donne e identità di genere*, in *La prima guerra mondiale*, a cura di Stéphane Audoin-Rouzeau, Jean Jaques Becker, edizione italiana a cura di Antonio Gibelli, Torino, Einaudi, 2014, vol. II, pp. 35-49; Ead., *La grande guerra, età della donna o trionfo della differenza sessuale*, in *Storia delle donne in occidente, il Novecento*, cit.; *Behind the lines: gender and the two world wars*, a cura di Randolph Higonnet M. et al., New Haven-London, Yale University Press, 1987. Sul contrasto tra la retorica del 'rovesciamento dei ruoli' e la realtà dei mutamenti nel mondo del lavoro durante e dopo il conflitto si veda anche Barbara Curli, *Italiane a lavoro, 1914-20*, Venezia, Marsilio, 1998.

<sup>39</sup> «Non bisogna dimenticare che l'ammalato è come un bambino – si legge ad esempio su un manuale per la formazione di infermiere volontarie – 5 minuti di ritardo possono bastare per far trovare cattivo, nauseabondo il brodo, il vitto che, somministrato a tempo debito, sarebbe stato trovato prelibato. (...) non ripeterò mai abbastanza che l'ammalato è come un bimbo, e chi non sa che i capricci dei bambini si scusano per la mancanza di riflessione e di giudizio? Quello che in essi fa la poca età, lo fa nell'ammalato la debolezza e il deperimento nervoso», Comitato di



– più in generale – risuona con le strategie di infantilizzazione dell'‘esercito bambino’ diffuse durante la guerra. Alla costruzione della rassicurante associazione tra lavoro di assistenza e maternità, d'altra parte, contribuiscono *in primis* intellettuali del movimento femminile quali ad esempio Sofia Bisi Albini<sup>40</sup> o Ada Negri<sup>41</sup>, decise a creare le condizioni di possibilità per la partecipazione delle donne alle opere di sostegno dello sforzo bellico italiano<sup>42</sup>.

L'operazione di accostamento tra il lavoro di assistenza e la maternità e la costruzione di un'immagine rassicurante della ‘donna infermiera’ ha effettivamente un certo successo: a guerra finita da più parti si suggerisce addirittura che quello dell'assistenza agli infermi possa essere il settore più ‘sano’ e ‘dignitoso’ verso il quale incanalare le energie femminili mobilitate dal conflitto. Se la parola d'ordine del dopoguerra è ‘ritorno all'ordine’ – inteso anche, e forse soprattutto, come ordine di genere – indirizzare le donne verso l'assistenza infermieristica appare a qualcuno come un modo per porre rimedio al disordine generato dal conflitto. «Aprendo nuovi sbocchi, con forme sane e dignitose di vita, alla attività femminile *si garantisce e si rafforza quella compagine morale, che nel tumulto dell'ora presente è venuta in qualche modo a indebolirsi*»<sup>43</sup> suggerisce, ad esempio, un'anonima relazione sull'istituzione di scuole infermiere conservata tra gli incartamenti della Commissione per la riforma dell'assistenza della quale si parlerà tra poco.

Nel dopoguerra, dunque, si moltiplicano le voci che invitano le donne ad abbracciare stabilmente la ‘missione’ dell'assistenza:

[...] lasciate gli uffici ed i mestieri maschili agli uomini perché non sono fatti per voi e per voi si tramutano in luoghi di incitamento al lusso ed alla corruzione – sostiene ad esempio il medico genovese Ernesto Skulteki<sup>44</sup> – non affollate

Organizzazione Civile di Ancona *La donna italiana come infermiera (scuola samaritana)*, dott. Prof. Ferrero Cav Giuseppe Maggiore Medico dell'Esercito, Recanati, Tip. Simboli, 1915, pp. 48-9.

<sup>40</sup> «La nostra rivista femminile», fondata e diretta da Sofia Bisi Albini, dedica una rubrica fissa alle infermiere intitolata *Per le infermiere*, nella quale non si parla solo delle volontarie impegnate nel soccorso all'esercito, ma anche della formazione delle infermiere professionali. Su Bisi Albini si vedano Augusta Molinari, *Donne e ruoli femminili nell'Italia della grande guerra*, Milano, Selene, 2008, pp. 25 e sgg. e la voce corrispondente in *Dizionario biografico delle donne lombarde (568-1968)*, a cura di Renato Farina, Baldini & Castoldi, Milano 1995.

<sup>41</sup> Su Ada Negri si veda Anna Folli, *Lettura di Ada Negri*, in *Svelamento. Sibilla Aleramo, una biografia intellettuale* a cura di Marina Zancan, Annarita Buttafuoco, Milano, Feltrinelli 1988, pp. 178-187.

<sup>42</sup> Su questi temi mi permetto di rimandare a Olivia Fiorilli, ‘*La calma e vigile biancovestita*’: *fantasie, paure sociali e norme di genere nella creazione di un'icona della Grande Guerra*, in «Bollettino di Italianistica», XI, 2 (2014), pp. 168-182.

<sup>43</sup> *Per una nuova scuola professionale per la preparazione delle assistenti sanitarie* Roma, Tipografia ditta Ludovico Cecchini, 1919, p.10.

<sup>44</sup> Direttore dell'ospedale civile di Sampierdarena, Ernesto Skulteki è un sostenitore della causa dell'‘infermiera moderna’. Nel giugno del 1922 viene citato dalla presidente dell'Asso-

tropo la pur nobile e sana carriera dell'insegnamento elementare ma datevi alla assistenza dei malati e alla profilassi delle malattie, qui tutte le doti del vostro sesso e la vostra sublimità potranno risplendere di viva luce, qui potrete realmente dirvi missionarie di vita e di carità e negli Ospedali, nelle scuole, negli ambulatori profilattici, nell'assistenza privata, potrete fare opera purificatrice, rigeneratrice, benedetta da dio e dagli uomini, nel mentre procurerete a voi una esistenza agiata ed onestamente guadagnata!<sup>45</sup>

Assistenza ai malati e prevenzione delle malattie: la guerra totale e di massa appena trascorsa ha mostrato chiaramente l'importanza di preservare e migliorare il «capitale umano» della nazione e ha suggerito la necessità di un radicale ripensamento delle politiche di gestione della 'vita' e della salute della popolazione, come si vedrà più approfonditamente nel terzo capitolo. La «riforma razionale dell'assistenza agli infermi» fa a buon titolo parte di questa riorganizzazione e le donne appaiono le migliori candidate a farsene interpreti.

Il clima è insomma favorevole all'ascesa della 'donna infermiera'. Le parole di un anonimo articolo dell'«Unione liberale» riassumono un sentire diffuso a fine conflitto:

Il problema della riforma dell'assistenza ospedaliera si impone per il dopoguerra e queste benemerite infermiere, a qualunque Croce esse appartengano, hanno dimostrato come la mansione dell'infermiera è propria della donna e che deve essere intesa per l'avvenire non più come un mestiere, ma come una missione, come una professione<sup>46</sup>.

La guerra ha dunque 'dimostrato' al contempo che «il problema della riforma dell'assistenza» deve urgentemente essere risolto per meglio garantire la 'salute pubblica' – fondamentale per la potenza di una nazione – e che la 'donna infermiera' è la miglior candidata a 'risolverlo'. Le organizzazioni che compongono il movimento femminile, in particolare il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane – conscie di ciò – capitalizzano il lavoro svolto prima e durante il conflitto e il lungo impegno nella costruzione e diffusione della figura dell'«infermiera moderna» per candidarsi ad assumere un ruolo di primo piano nella riforma dell'assistenza.

ciazione nazionale tra infermiere, Ginevra Terny de Gregory sul Bollettino dell'ANITI come uno dei medici che più hanno sostenuto l'associazione e in genere la causa della riforma dell'assistenza infermiera. Ginevra Terny de Gregory, *L'associazione nazionale tra infermiere e l'assistenza infermiera in italia*, in «Bollettino mensile dell'Associazione nazionale tra infermiere», IV, 36 (1922).

<sup>45</sup> Ernesto Skulteki, *I nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria. Prolusione al corso della scuola assistenti sanitarie per l'anno scolastico 1921- 1922*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», IV, 34 (1922). p. 4.

<sup>46</sup> «Unione liberale», 22 giugno 1918.

Nel 1920 il CNDI organizza a Firenze un convegno interamente dedicato all'assistenza agli infermi<sup>47</sup> al quale invita medici, esperti e persone variamente interessate al tema. In questa occasione una commissione viene incaricata di elaborare uno *Schema di progetto per le scuole infermiere*<sup>48</sup>, che però non avrà alcun seguito. Al Congresso sfilano le rappresentanti di diverse scuole convitto: quella fondata a Napoli dalla principessa Strongoli nel 1896 con l'aiuto di Grace Baxter – «instancabile pioniera delle signorine infermiere» nata in Italia e formata presso la John Hopkins di Baltimora<sup>49</sup> – che si è trasformata in scuola convitto nel 1920 dopo un periodo di forzata chiusura; la scuola 'Victor De Marchi' di Milano, fondata dal medico Giulio Banfi e dalla filantropa Adelina De Marchi; la 'Principessa Jolanda' anch'essa di Milano, nata dalle ceneri della scuola ambulanza della Croce Rossa<sup>50</sup>

<sup>47</sup> Il programma del congresso del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane fissato per il maggio 1920 intitolato la 'Donna per l'Italia nuova' prevede un'intera sezione riservata a 'la donna nell'assistenza ospitaliera'. Tale congresso non si terrà, mai – al suo posto, nel 1923, il CNDI organizzerà un convegno sull'educazione dell'infanzia. Tuttavia il tema dell'assistenza infermieristica rimarrà fondamentale per la federazione. ACS, Fondo CNDI, b. 1 fasc. 1.

<sup>48</sup> Dal convegno, al quale non partecipano solamente militanti del CNDI, ma anche persone interessate alla riforma dell'assistenza, tra le quali alcuni rappresentanti degli infermieri, emerge l'idea di istituire presso ciascun ospedale del territorio nazionale scuole della durata di due anni con programmi di insegnamento omogenei, aperte a uomini e donne (per queste ultime la modalità prevista è quella del convitto). Il terzo anno di scuola riservato alle donne uscite dai due anni con i voti migliori, dovrebbe formare le dirigenti, le infermiere visitatrici – delle quali si parlerà nel capitolo tre – e quelle specializzate nella lotta contro la tubercolosi. Gli uomini che – attraverso un esame da tenersi alla fine del secondo anno – dimostrino di essere in possesso di speciali attitudini, dovrebbero, secondo lo schema, avere la possibilità di svolgere un ulteriore anno di formazione – simile ma non uguale a quello riservato alle donne – e un tirocinio presso reparti 'adatti agli uomini' come quelli venerei e manicomiali. *Schema di progetto per le scuole infermiere*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», II, 15 (1920), p. 8. Sebbene questo progetto preveda anche la formazione di infermieri uomini, la Commissione conclude la propria proposta con la seguente postilla: «Un altro concetto importante è stato esposto al convegno ed ha trovato così generale e autorevole approvazione, che crediamo doveroso segnalarlo; circa la superiorità assoluta della donna nelle mansioni di assistenza, e quindi la opportunità che l'assistenza si evolva, nel tempo, nel senso di divenire una professione prevalentemente femminile», *Proposte della commissione nominata dal 'Convegno per uno scambio di idee sulle questioni relative all'assistenza agli infermi, Firenze 21-22 febbraio 1920*, in Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del convegno per uno scambio di idee sulle questioni relative all'assistenza agli infermi, promosso dal C.N.D.I. sezione di Firenze*, Firenze, Stabilimenti grafici Vallecchi, 1920, p. 6.

<sup>49</sup> Grace Baxter era stata coinvolta nella creazione della scuola di Napoli da Amy Turton, scozzese residente nella colonia britannica di Firenze molto impegnata nella promozione della 'modernizzazione dell'assistenza' in Italia.

<sup>50</sup> Questa era nata nel 1907 a Milano su iniziativa della stessa Camperio, moglie di un tenente di vascello, anch'egli impegnato nella propaganda a favore della formazione di infermiere professionali. Nel giugno dello stesso anno, durante la Conferenza internazionale della Croce Ros-

di Sita Mayer Camperio<sup>51</sup>, e infine la scuola 'Regina d'Italia' di Firenze, tra le cui principali promotrici figura un'esponente di spicco della sezione fiorentina del CNDI, Nerina Gigliucci<sup>52</sup>. Tutte queste 'scuole libere', ossia private, seguono più o meno fedelmente quello che viene indicato come 'modello Nightingale'<sup>53</sup>, non a caso la maggior parte delle *matron* chiamate a dirigerle si sono formate in Gran Bretagna o negli Stati Uniti. Della durata di due o tre anni, esse propongono alle allieve una formazione 'pratica' curata da 'signorine infermiere' sotto la guida di una direttrice, ed una teorica impartita da sanitari. Le aspiranti infermiere risiedono nei convitti durante il periodo di formazione, usufruendo di ambienti «igienicamente impeccabili» e dotati di «tutti i confort». Alcune di queste scuole si appoggiano per il tirocinio pratico delle allieve a grandi ospedali civili, altre – come la Victor de Marchi e la Principessa Jolanda – hanno a disposizione 'ospedaletti privati' sorti proprio per rispondere alle esigenze del convitto.

Nei confronti di queste scuole le esponenti del movimento femminile, in particolare le aristocratiche filantrope del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, mostrano grande interesse, quando non partecipano direttamente

sa tenutasi a Londra, era stato espresso il voto che in tempo di pace le Croci Rosse si dedicassero alla formazione ed educazione delle infermiere, Sironi, *L'infermiere in Italia*, cit., p. 138.

<sup>51</sup> Su questa scuola si veda anche ACS, Ministero degli Interni-Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 604, in particolare l'opuscolo anonimo intitolato *Scuola infermiere principessa Jolanda* (s.d.). Alla creazione della scuola partecipa anche una socia del CNDI: Rita Perez Seismit Doda.

<sup>52</sup> Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del convegno per uno scambio di idee*, cit., pp. 45 e sgg. Altre due scuole convitto sono quella di Mantova e la ben più famosa Regina Elena di Roma, fondata nel 1910 presso il policlinico Umberto I con il patrocinio della regina e sotto la guida della Matron inglese Dorothy Snell. Dalla Regina Elena, che diventerà nei decenni seguenti il paradigma della scuola convitto italiana, si parlerà più approfonditamente nel capitolo 4. Intorno a questa scuola e alla figura di Dorothy Snell si sviluppano anche alcune associazioni tra infermiere cattoliche: la prima, patrocinata dal sacerdote Francesco Faberj, sorge nel 1928, la secondo, denominata Associazione cattolica italiana per l'assistenza infermiere negli ospedali pubblici, si occupa di promuovere la diffusione di scuole sul modello della Regina Elena aperte a infermiere religiose e laiche. Sironi, *L'infermiere in Italia*, cit., p. 148-49.

<sup>53</sup> Come ha notato Stefania Bartoloni, i testi di Florence Nightingale avevano iniziato a circolare in italiano già nella seconda metà del XIX secolo. Nel 1860 Sabilla Novello aveva tradotto il noto *Notes on nursing, what it is and what it is not* con il titolo *Cenni sull'assistenza degli malati: quello che è assistenza, quello che non lo è*, Firenze, Goodban 1860. Nel 1896 era uscito a cura di Amy Turton il testo di Catherine Wood, *Guida per l'infermiera: in casa e nell'ospedale*, con prefazione di Angelo Celli. Nel 1912 Adelaide Colombo aveva tradotto il libro della *matron* londinese Eva Lückes con il titolo *La donna come infermiera*. Il testo era autorevolmente introdotto dal malariologo e futuro senatore Ettore Marchiafava. Nel dopoguerra nasce anche un 'gruppo Florence Nightingale'. Sui rapporti diretti tra Florence Nightingale e alcune riformatrici dell'assistenza italiane o operanti in Italia, come la scozzese Amy Turton, si veda *Florence Nightingale, extending nursing. Collected works of Florence Nightingale*, a cura di Lynn Mc Donald, Waterloo, WLU Press, 2009, pp. 480 sgg.

alla loro creazione. D'altra parte come già in altri settori<sup>54</sup>, anche per quanto riguarda la formazione delle 'infermiere moderne' le emancipazioniste provvedono nella pratica a costruire (o supportare) istituzioni – in questo caso corsi o scuole convitto – che servano da esempio e da modello per quelle pubbliche a venire, ma domandano anche che lo stato si assuma direttamente la responsabilità di fornire un servizio ritenuto fondamentale. Le organizzazioni femminili chiedono infatti la fondazione di scuole statali – oltre all'istituzionalizzazione di quelle esistenti – o almeno il riconoscimento della professione attraverso l'istituzione di un diploma di stato.

L'occasione per far valere a livello istituzionale questa rivendicazione si presenta quando, nell'aprile del 1918, una Commissione Ministeriale – che incontreremo più volte nel corso di questo lavoro – viene incaricata, sotto la presidenza del deputato Pietro Bertolini<sup>55</sup>, di occuparsi della questione della riforma dell'assistenza infermieristica. Gli obiettivi della Commissione sono da una parte quello di delineare, attraverso un'inchiesta, la situazione dell'assistenza in Italia, dall'altra quella di definire un progetto di riforma del sistema di formazione e reclutamento del personale infermieristico. Il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane si propone fin dal principio come interlocutore competente sulla materia. Preoccupazione principale dell'organizzazione è quella di affermare la «necessità che (secondo la pratica rivelatasi nelle scuole all'estero dove la professione ha raggiunto un grado di evoluzione altissimo) la disciplina delle infermiere sia tenuta in mani femminili» e l'importanza di «un'organizzazione prettamente femminile nel servizio ospitaliero accanto al servizio tecnico dei medici»<sup>56</sup>. L'organizzazione è dunque intenzionata a tenere «la disciplina infermiera» in mani femminili. Non a caso molte delle scuole create con l'aiuto di esponenti del movimento – ad esempio la Regina d'Italia di Firenze o la Regina Elena<sup>57</sup> – sono dirette, come quelle anglosassoni, da una *matron* o direttrice. È proprio sulla questione della direzione della scuola e del controllo sul lavoro delle infermiere che, come si vedrà nel prossimo

<sup>54</sup> Cfr. Buttafuoco, *Questioni di cittadinanza*, cit. e Ead. *Le origini della Cassa Nazionale di Maternità*. Arezzo-Siena, Dipartimento di Studi Storico-sociali e Filosofici, 1992.

<sup>55</sup> Della Commissione fanno parte il Direttore generale di sanità, Alberto Lutrario, Alberto Pironti, direttore generale dell'assistenza civile; Melchiorre Zagarese, Ispettore generale del ministero dell'agricoltura; Giuseppe Brezzi, direttore generale della Croce Rossa Italiana; Francesco Della Valle, generale medico; Alfredo Lusignoli, presidente degli ospedali civili di Roma; Vittorio Ascoli, direttore della Clinica medica universitaria di Roma.

<sup>56</sup> ACS, Ministero degli Interni-Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601. Il CNDI invia alla Commissione diversi memoriali e documenti tra i quali una *Relazione sulla questione infermiera a proposito delle risposte al questionario fatto dal Consiglio nazionale delle donne italiane*, ACS, Ministero degli interni-direzione di sanità (1910-20), b. 601.

<sup>57</sup> Nel comitato promotore di questa scuola, della quale si parlerà nel quarto capitolo, figura Marianna Denti, membro del direttivo del CNDI. Su Denti si veda Bartoloni, *Italiane alla guerra*, cit., p. 80.

e nell'ultimo capitolo, i medici ospedalieri non sono disposti a recepire il 'modello Nightingale'. Tuttavia bisogna rilevare che il movimento femminile non entra mai apertamente in collisione con il mondo medico, con il quale anzi è più che disposto a collaborare, come dimostra la vocazione al dialogo in occasione del Convegno del '20.

Dato l'impegno dimostrato dal CNDI sul tema della 'riforma infermiera' nel dopoguerra, non stupisce che la prima organizzazione composta da «signorine infermiere diplomate»<sup>58</sup>, l'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere (ANITI)<sup>59</sup>, nasca proprio in seno alla federazione<sup>60</sup>. Insieme a questa organizzazione, negli anni che seguono il conflitto il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane si occupa anche di favorire e promuovere un nuovo campo di impiego per le 'infermiere nuove' che avrà un grande 'successo': quello della assistenza domiciliare finalizzata alla promozione dell'educazione igienica. Come avremo modo di vedere meglio nel terzo capitolo, la figura dell'assistente sanitaria visitatrice – centrale nel dibattito sulla riforma dell'assistenza nel decennio che segue la Grande Guerra – emerge in Italia sotto gli auspici della Commission for Tuberculosis della American Red Cross, che si installa in Italia nel 1918 con l'obiettivo di sostenere la lotta a questa malattia sociale nel paese. La figura della *public health nurse* – indicata anche come *visiting nurse* –, che negli Stati Uniti è un'infermiera incaricata non solo di assistere i malati delle classi popolari a domicilio, ma soprattutto di diffondere l'educazione igienica e di occuparsi delle condizioni di vita delle famiglie assistite<sup>61</sup> – è individuata dall'American Red Cross

<sup>58</sup> Per la relazione tra femminismo e associazioni di categoria delle infermiere fuori dall'Italia si veda Sandra Lewenson, 'Of logic necessity... they hang together' *Nursing and the woman's movement 1901-1912*, in «Nursing History Review», III, (1994), pp. 190-210; Ead, *Taking charge, nursing, suffrage and feminism in America 1873-1920*, New York, NLN press, 1996; Joan Roberts and the Thetis group, *Feminism and Nursing, an historical perspective on power, status and political activism in the nursing profession*, Westport, Praeger, 1995.

<sup>59</sup> Nata nel 1919, l'ANITI pubblica un «Bollettino mensile». Si veda *Statuto dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere*, Roma, Società editrice 'Urb', 1919. Nell'immediato dopoguerra nasce anche in seno al gruppo 'Vita fraterna' l'associazione 'Florence Nightingale', che raggruppa infermiere professioniste e volontarie. CNDI, *Atti del convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 11. Questa associazione, però, non ha grande risonanza, e certo la sua importanza non è paragonabile a quella dell'Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere.

<sup>60</sup> La presidente dell'associazione verrà anche chiamata a fare parte della commissione istituita con regio decreto n. 1832 del 15 agosto 1925 (art. 6) per valutare i requisiti e i programmi delle nuove scuole convitto per infermiere e delle scuole per assistenti sanitarie visitatrici.

<sup>61</sup> La letteratura sulla storia del *public health nursing* statunitense – e sul *visiting nursing* più in generale, nel mondo – è molto scarsa. Si veda, per gli Stati Uniti, Karen Buhler Wilkinson, *No Place like home, a history of nursing and home care in the United States*, Baltimore, John Hopkins University, Press, 2001; Karen Buhler Wilkinson, *False Dawn, the rise and decline of public health nursing 1900-1930 in Nursing history, new perspectives new possibilities*, a cura di Ellen C. Lageman, New York, Teacher College Press, 1983, pp. 89-106. Buhler Wilkinson



come un elemento fondamentale per una campagna di contrasto della tubercolosi. Il terreno della lotta a questa malattia sociale, data la mancanza – a questa data – di cure farmacologiche efficaci, è particolarmente caratterizzato dall'enfasi sulla prevenzione e sull'educazione igienica dei malati: un 'sano' regime di vita è considerato l'unico strumento efficace per controllare il male<sup>62</sup>. Tuttavia, come vedremo meglio nel terzo capitolo, la *public health nurse* risulta per l'American Red Cross un 'ingrediente' immancabile di qualunque campagna di *public health*. È per questo che la *Commission for Tuberculosis* si impegna a promuovere il *public health nursing* e ad avviare delle scuole di formazione. L'American Red Cross individua nel Consiglio Internazionale delle Donne Italiane un interlocutore adatto per la promozione di questo servizio in quanto ritiene che l'organizzazione possa essere interessata alla promozione di un nuovo settore di impiego per le donne. E in effetti il CNDI si dimostra più che disponibile ad impegnarsi nella promozione di questa nuova professione<sup>63</sup>. L'attività di «rigenerazione fisica e morale del popolo»<sup>64</sup> che le assistenti sanitarie visitatrici dovrebbero svolgere è esattamente l'obiettivo che il movimento delle donne si pone. Per le emancipazioniste la nuova figura dell'assistente sanitaria visitatrice, che dovrebbe rappresentare la 'traduzione' della *public health nurse* statunitense, ha un'aria decisamente familiare. E non solo perché essa appartarrebbe «a quel movimento il quale tende a trasformare la beneficenza privata elemosiniera in opera normale di previdenza, di educazione, di lotta igienica, di solidarietà sociale»<sup>65</sup> come suggerisce la presidente della federazione toscana del CNDI, Elena French Cini durante un incontro organizzato a Firenze per 'presentare' la nuova figura professionale. Ma anche perché i compiti di questa nuova infermiera sembrano straordinariamente simili a quelli che le donne delle associazionismo femminile svolgevano da anni.

attribuisce 'l'invenzione' del *public health nursing* negli Stati Uniti alla filantropa Lilian Wald fondatrice del famoso Henry Street Settlement di New York negli anni '80 del XIX secolo (sul movimento delle Settlement Houses negli Usa si veda Mina Carson, *Settlement Folk: Social Thought and the American Settlement Movement 1885-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 1990). Inoltre nella genealogia del *public health nursing* figura anche il *district nursing* britannico. Su questo si rimanda a Robert Dingwell, Anne Marie Rafferty, Charles Webster, *An introduction to the social history of nursing*, London, Routledge, 1988.

<sup>62</sup> Cfr. David Barnes, *The making of a social disease: tuberculosis in Nineteenth-century France*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 1995.

<sup>63</sup> È proprio il CNDI, con il supporto dell'*American Red Cross*, ad aprire la prima scuola per assistenti sanitarie visitatrici a Roma nel 1919.

<sup>64</sup> Discorso di Elena French Cini in occasione di un incontro dedicato alla presentazione del lavoro delle assistenti sanitarie visitatrici tenutosi a Firenze, presumibilmente nel 1920 o 1921, ACS, Fondo CNDI, b. 6, fasc. 13, sfasc.6 [attività sezione toscana].

<sup>65</sup> *Ibidem*.

Lavoriamo guidate dai medici condotti nelle case più miserabili del nostro popolo con lo scopo primo di aiutarlo nella miseria morale e fisica. Di insegnare alle loro donne come assistere i malati nella propria famiglia, consigliarle e per l'igiene e per la praticità del vivere<sup>66</sup>.

racconta una assistente sanitaria visitatrice neodiplomata durante l'incontro fiorentino. Niente di più simile a quanto facevano, ad esempio, le 'gentildonne romane' dell'Unione per il Bene, raccontate da Sibilla Aleramo:

[...] per turno, vanno settimanalmente a riscuotere la pigione delle case dell'Unione, osservando lo stato igienico degli inquilini e degli ambienti, prodigando consigli ed esortazioni, conforti, assumendo notizie ed incombenze [...]<sup>67</sup>

O ancora, un lavoro simile a quello che da anni svolgevano le delegate visitatrici degli Uffici Informazioni dell'Unione Femminile (il primo era stato aperto nel 1901 a Milano) e del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane (sorto nel 1904 a Roma), le quali si recavano nelle case delle persone che si rivolgevano agli uffici per 'verificarne' lo 'stato di bisogno' e per controllarne le condizioni igieniche.

Non stupisce, dunque, che le associazioni femminili nel dopoguerra, in un clima decisamente favorevole all'impresa, accanto al lavoro 'di lobby' per il riconoscimento statale della figura professionale dell'infermiera d'ospedale – un ambito, quest'ultimo, al quale l'assistenza infermieristica è generalmente associata nell'immaginario collettivo – si impegnino anche nella promozione di una figura inusuale per il pubblico quale quella dell'assistente sanitaria visitatrice. Tale figura rappresenta una nuova prospettiva di professionalizzazione delle forme di filantropia già praticate dal movimento delle donne. Al pari dell'ospedaliere, essa incarna i valori della scienza, della medicina, del 'progresso' che sono elementi fondamentali della cultura di cui il movimento – pur nelle sue irriducibili differenze – è portatore, ma a questi associa una dimensione più esplicitamente 'sociale'. Oltretutto il settore della salute pubblica sembra particolarmente congeniale per le giovani donne della borghesia intenzionate a impegnarsi nell'educazione del popolo'.

Come dicevamo il clima nel quale il movimento femminile – e in particolare il suo settore più moderato, rappresentato dal CNDI – svolge la sua opera di promozione dell'infermiera moderna' è particolarmente favorevole nel dopoguerra e in particolare dopo l'avvento del fascismo. L'impegno femminile nel campo dell'assistenza è infatti largamente incentivato da un

<sup>66</sup> Relazione manoscritta di un'assistente sanitaria visitatrice, *ivi*.

<sup>67</sup> Rina Pierangeli Faccio, *Attività femminile. Le donne a Roma*, cit. in Gabrielli, *Emancipazioniste, socialiste, femministe*, cit., p. 313.



regime intenzionato a farsi interprete di quella 'bonifica igienica' del corpo sociale da più parti auspicata negli anni immediatamente seguenti il conflitto e particolarmente propizio ad affidare questo compito alle donne. Nel 1925 il regime approva la tanto attesa legge che regola l'assistenza infermieristica e la formazione delle 'infermiere moderne', sia quelle ospedaliere sia le assistenti sanitarie visitatrici<sup>68</sup>, ponendo fine alla fase della sperimentazione e delle proposte. La legge stabilisce che per ottenere il diploma di stato le infermiere debbano frequentare una scuola convitto di durata biennale (un terzo anno è previsto per le aspiranti a funzioni direttive) e sottoporsi ad un esame finale. In tali scuole – rigorosamente riservate alle donne – la formazione teorica deve essere impartita da sanitari, quella pratica da infermiere diplomate. La legge prevede anche l'istituzione di scuole per assistenti sanitarie visitatrici, delle quali si parlerà nel terzo capitolo.

Se il clima è favorevole all'impegno delle donne nel campo dell'assistenza, esso è d'altra parte ostile al tradizionale lavoro del movimento in vista dell'estensione dei diritti civili e politici. Con l'avvento e la stabilizzazione del regime fascista, quando le rivendicazioni legate ai diritti politici vengono definitivamente messe a tacere – soprattutto dopo le false speranze legate al diritto di voto amministrativo – quello dell'assistenza diviene di fatto l'unico terreno praticabile per quel che resta del movimento emancipazionista. Le poche organizzazioni femminili borghesi che, come il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, sopravvivono alla stretta repressiva del fascismo, infatti, nella seconda metà degli anni '20 e negli anni '30 'tirano avanti' – per usare le parole di Victoria De Grazia<sup>69</sup> – mantenendo un profilo basso. Diverse emancipazioniste appartenenti al movimento femminile abbracciano il fascismo e le sue istituzioni assistenziali: un esempio potrebbe essere quello di Daisy Di Robilant, già fondatrice dell'associazione patriottica Italia Redenta, che diventa vicepresidente dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia romana e dirige un'istituzione dedicata all'assistenza delle madri sole. Nel 1931 Di Robilant, figura gradita al regime, diventa presidente del CNDI dopo la morte della contessa Spalletti<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> Decreto legge, tramutato in legge nel marzo del 1926 (l. 562). Nel 1929 venne approvato il relativo regolamento attuativo (regio decreto 2330 del 21 novembre 1929).

<sup>69</sup> Victoria De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 1993, pp. 319-22.

<sup>70</sup> Scrive de Grazia «Nel 1931, alla morte della contessa Gabriella Spalletti Rasponi, donna dallo spirito indipendente, il CNDI mostrò facile buon senso politico scegliendo Daisy di Robilant per la successione. [...] la Di Robilant era la fondatrice dell'associazione patriottica Italia Redenta, la vicepresidente dell'ONMI romana, la direttrice del Centro illegittimi (già Assistenza materna, di Olga Modigliani) [...] A Milano, la gloriosa Unione Femminile, dopo aver difeso il suo vasto campo d'azione dall'invadenza dell'ONMI e dagli apparati del PNF, fu costretta ad arroccarsi intorno agli interventi caritativi. Sopravvisse anch'essa fino alla fine del 1938. Quell'anno l'Unione, il CNDI, ma anche i Rotary e gli altri circoli borghesi maschili

Tuttavia le organizzazioni femminili che erano nate prima dell'avvento del fascismo perdono ben presto iniziativa anche nel campo assistenziale, sorpassate dagli apparati istituzionali del regime – *in primis* l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia – e dalle organizzazioni propriamente fasciste. Sono i Fasci Femminili, infatti – di concerto con la Croce Rossa Italiana – a garantirsi il primato pratico e simbolico sulle attività assistenziali femminili nonché sulla formazione e la promozione delle 'infermiere moderne'<sup>71</sup>.

### 3. «Gli insegnamenti della scienza, non un'impulsiva sentimentale pietà»

Dopo un breve *excursus* sulle principali tappe che scandiscono l'impegno di alcune compagini del movimento femminile sul terreno dell'assistenza infermieristica è ora necessario interrogarsi sulle sue cause. L'idea che esso derivi dal fatto che quest'ultima sia considerata un'attività 'tipicamente femminile' perché *materialmente* simile al lavoro di cura tradizionalmente affidato alle donne appare poco soddisfacente. All'inizio del Novecento, in Italia, non c'è alcun legame 'essenziale' tra la femminilità e la cura di corpi *estranei*. Evidentemente, nell'immaginario collettivo, la materialità dell'attività di cura svolta dal personale di assistenza negli ospedali non ha nulla di 'materno' o di 'femminile'. Tant'è che tale personale è composto in gran parte da uomini che nel proprio lavoro leggono tutt'altri significati, come si avrà modo di vedere nel quarto capitolo.

L'impegno del movimento femminile in questo settore non deriva neppure semplicemente dalla contiguità tra assistenza infermieristica e filantropia tradizionale. Nonostante i frequenti richiami alla pietà femminile, allo spirito di sacrificio e di carità, all'abnegazione, non sono queste le caratteristiche centrali della nuova figura, né quelle che 'affascinano' di più il movimento. Il modello dell'"infermiera moderna" non è la dama che prestava soccorso agli infermi e ai miserabili negli 'ospedali ricovero' per spirito di carità. Delle nuove infermiere «colte e preparate» Anna Celli scrive «non soltanto sono esse più preparate ad assistere un malato, ma lo assistono con più attenzione e cura, non cercano soltanto di confortare e sollevare l'ammalato con qualche parola buona e di incoraggiamento»<sup>72</sup>. Non a caso nella genealogia dell'"infermiera nuova" non trovano generalmente spazio figure risorgimentali come quella di Cristina di Belgiojoso – organizzatrice del servizio di assistenza nella Roma liberata dal potere papale nel 1849 – che potrebbero a buon diritto appartenere al *pantheon* delle 'pioniere' italiane: l'e-

che conservavano legami internazionali, furono tutti costretti a sciogliersi sotto l'accusa di essere antinazionali e di offrire rifugio a membri ebrei», *ivi*, p. 322.

<sup>71</sup> Horn, *Social bodies*, cit., pp. 115 e sgg. Helga Dittrich-Johansen, *Le 'militi dell'idea'. Storia delle organizzazioni femminili del partito nazionale fascista*, Firenze, Olschki, 2002, pp. 96 e sgg.

<sup>72</sup> Celli, *La donna infermiera*, cit., p. 13.

lemento caratteristico del loro impegno può essere individuato nella messa al servizio della tradizionale piet  femminile per la causa patriottica<sup>73</sup>. La figura di riferimento, invece,   per tutte quella di Florence Nightingale: la mitica ‘signora della lampada’ fondatrice del corpo di infermiere britanniche a partire dall’organizzazione del servizio di infermeria durante la guerra di Crimea<sup>74</sup>.

Certamente l’influenza del ‘modello Nightingale’ e pi  in generale del *nursing* anglosassone<sup>75</sup> deve essere letta alla luce dei rapporti internazionali del movimento, *in primis* l’affiliazione del CNDI all’*International Council of Nurses*. Ma il motivo per cui tale modello affascina il movimento   il fatto che esso pone l’accento sulla professionalit <sup>76</sup>, sulla ‘modernit ’ delle ‘infermiere nuove’<sup>77</sup>. Queste ultime – «colte, pulite, figure nuovissime di civilt »<sup>78</sup> – devono prima di tutto saper assistere gli infermi secondo i dettami della scienza,

<sup>73</sup> Si veda Rosanna De Longis, *Patriote e infermiere*, in *Fondare una nazione, i repubblicani del 1849 e la difesa del Gianicolo*, a cura di L. Rossi, Roma, Fratelli Palombi Editori, 2001, pp. 99-107.

<sup>74</sup> Nerina Gigliucci, membra di spicco del CNDI fiorentino e tra le fondatrici della scuola Regina D’Italia, commemorando Nightingale nel Lyceum fiorentino nel febbraio 1914, afferma: «È come se avessi accettato di commemorare una santa fra le pi  celebri od uno dei maggiori uomini del secolo scorso. I paragoni non sono esagerati e non sono di mia invenzione», Nerina Gigliucci, *Commemorazione di Florence Nightingale, letta al ‘Lyceum’ di Firenze il 17 febbraio 1914*, Firenze, Tip. Giuntina, 1914, p. 1. Varie intellettuali che militano nel movimento femminile contribuiscono ad ‘importare’ il ‘mito’ della Signora della Lampada in Italia. Ad esempio Laura Orvieto, vicina al CNDI, pubblica la biografia *Sono la tua serva e tu sei il mio signore: cos  visse Fiorenza Nightingale*: uscito per la prima volta nel 1920, il libro conta numerose ristampe. Nel 1913 Bice Cammeo, membra dell’Unione Femminile, traduce la biografia di Nightingale scritta da Sarah Tooley con il titolo *Florence Nightingale, fondatrice delle scuole d’infermiere*, Firenze, Barbera 1913.

<sup>75</sup> Per un’analisi delle differenze tra ‘modello’ britannico e nordamericano di *nursing* (quest’ultimo caratterizzato da una formazione universitaria e non ospedaliera per la leadership infermieristica) si rimanda a Cecilia Sironi, *L’infermiere in Italia*, cit. Bisogna tener conto del fatto che si tratta di modelli dinamici e interattivi, che si sviluppano anche in un processo di mutuo scambio, di influenze reciproche. Nel periodo di tempo considerato da questa ricerca, inoltre, i rispettivi modelli non sono certo ancora stabilizzati, quindi un’eccessiva specificazione per questa fase storica non ha senso.

<sup>76</sup> Scrive ad esempio Ginevra: «Basterebbe anzi un attento studio della vita della nostra grande Florence Nightingale, nella quale   evidente il poco conto nel quale teneva la devozione volontaria se non accompagnata dalla pi  grande capacit  tecnica, e il grandissimo conto nel quale teneva la professione dell’assistenza», Ginevra, *Per le infermiere*, in «La nostra rivista femminile», IV (1917), p. 262.

<sup>77</sup> Non   forse un caso che il movimento femminile italiano ignori invece platealmente la presa di posizione di Florence Nightingale contro il diploma di stato per le infermiere. Secondo Nightingale il diploma avrebbe interferito con il carattere ‘vocazionale’ della professione, dal momento che l’esame di stato avrebbe accertato solamente la preparazione tecnica delle candidate e non la loro predisposizione morale per la professione. Pascucci, Tavormina, *La professione infermieristica*, cit., p. 185.

<sup>78</sup> Virginia Guicciardi Fiastrri *La donna infermiera, conferenza tenuta al ‘Lyceum’ di Roma il 2 maggio 1914 da Virginia Guicciardi Fiastrri*, Roma, Tip. Armani e Stein, 1914, p. 4.

essere impeccabili e ordinate, perfette conoscitrici, divulgatrici ed applicatrici dei dettami della 'scienza del buon vivere', l'igiene<sup>79</sup>. In questo senso se il movimento femminile, pur con diversi gradi, delinea la figura dell'"infermiera moderna' per contrasto rispetto a quella dell'infermiera 'vecchia', la quale, oltre che di origini proletarie, viene da molte rappresentata come 'sciatta', 'disordinata', potenzialmente 'immorale'<sup>80</sup>, esso non risparmia critiche alla figura della 'suora infermiera' non rispondente ai dettami dell'igiene<sup>81</sup>, «salvaguardia del genere umano [...] maggior coefficiente del suo progresso materiale e morale»<sup>82</sup>. L'"infermiera moderna', al contrario, è per il movimento femminile la 'professionista dell'igiene'. Per comprendere l'orizzonte in cui il movimento

<sup>79</sup> Non a caso la scuola convitto ideale nella quale 'l'infermiera moderna' si dovrebbe formare e dalla quale dovrebbe assorbire le attitudini e le qualità da riportare nel proprio lavoro, «deve rispondere quanto più possibile all'igiene e alla professione cioè deve essere ben aerato, ben soleggiato, con un po' di giardino, semplicissimo nell'arredamento, con camere a un letto per le diplomate, a due per le allieve, con un locale ritrovo per le visite, per un po' di musica e di conversazione, con un locale da studio che potrebbe anche servire per l'educazione fisica. Mi si permetta di osservare che il lavoro dell'infermiera è lungo e faticoso per la costretta e continua stazione eretta ed è giusto, se non indispensabile, che si cerchi di aumentare o almeno mantenere una discreta forza di resistenza con opportuni esercizi ginnastici giornalieri [...] Il vitto deve essere sufficiente e semplicissimo [...] L'orario, sia per la regolarità dei pasti, sia per il regolare andamento del convitto deve essere ben distribuito» (CNDI, *Atti del convegno per uno scambio di idee*, cit. relazione di Egle Pilastrini, pp. 77-78).

<sup>80</sup> Un'immagine tra tutte, quella proposta da Rita Sciamanna nel suo intervento al 'Congresso delle donne italiane' del 1908. Questo il racconto di un 'episodio' che riassume molti dei mali che si imputano alle 'vecchie infermiere': «Io non posso ricordarmi senza raccapriccio di essere un giorno entrata in una cameretta ove una donna agonizzava ed era sostenuta con l'ossigeno. L'infermiera accanto al letto era immersa in una lettura. Il libro si raccomandava forse solo per l'annotazione 'condannato per oltraggio al pudore'. Con una mano sorreggeva il tubo del sacco di ossigeno, il cui getto andava tutto negli occhi della donna. Non disturbava questo però l'inferma, perché le pupille sbarrate avevano cessato di vedere. La giovane non se ne era accorta! Questo però, sappiate bene, rappresenta quello che con bella metafora chiamerei la crema delle infermiere!» in CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., p. 669. Quello che è interessante di questo racconto è il fatto che l'amoralità, la sciatteria e la mancanza di pietà del vecchio personale vengano associate al disordine sessuale: l'infermiera dell'episodio raccontato è totalmente rapita dalla lettura di un libro osceno.

<sup>81</sup> «A causa della loro scarsissima istruzione generale, sono per la maggior parte refrattarie ai dogmi dell'asepsi e dell'antisepsi della cui importanza non sanno rendersi conto», relazione dell'infermiera volontaria Rita Sciamanna Seismit Doda in CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., p. 670.

<sup>82</sup> *Corsi femminili di sanità, igiene, soccorsi d'urgenza, assistenza ai malati, cura dei bambini, istituzioni di beneficenza. Statuto e disposizioni*, Torino, Stabilimento tipografico Sella e Guala, 1909, p. 1. I 'Corsi femminili di sanità' erano stati istituiti a Torino da un gruppo di 'signore e signorine' che avevano partecipato al 'Congresso delle donne italiane' del 1908 «allo scopo di formare un nucleo di persone istruite in materia così importante, capaci di diffondere le nozioni, farne intendere l'importanza ed estenderne il beneficio specialmente nelle campagne, provvedere alle occorrenze in attesa del medico, coadiuvarne efficacemente l'azione difficile nelle case del povero e tra le popolazioni rurali», ivi

iscrive la professione infermiera è dunque necessario indagare la cornice di senso in cui esso colloca l'igiene e la scienza, oltre che la salute e la malattia.

Il movimento femminile dei primi anni del '900, lo si è già detto, è impegnato in un'opera di 'rigenerazione della società'. Alla base di quest'impresa ci sono la costruzione di un nuovo sistema di assistenza pubblica e una massiccia opera di 'elevamento', per usare la terminologia dell'epoca, delle donne tanto proletarie quanto borghesi, che dovrebbero a propria volta far-sene strumento. La scienza ha un ruolo importante in tale progetto<sup>83</sup>. Essa è considerata depositaria delle soluzioni per la costruzione di una società più funzionale, ordinata, vivibile per tutte e tutti<sup>84</sup>. La fiducia del movimento nella scienza è figlia di una cultura positivista<sup>85</sup> – ancorché messa in discussione e sottoposta, a partire dai primi anni del '900, ad una parziale revisione – ormai divenuta senso comune.

Benché non esistano studi specifici sul tema – se si escludono gli spunti offerti dal lavoro biografico di Valeria Babini e Luisa Lama su Maria Montessori<sup>86</sup> e il suo 'femminismo scientifico' – sembra di poter affermare che l'interesse per la scienza, intesa in senso lato, sia trasversale alle diverse componenti del movimento femminile, sebbene quest'ultimo sia multiforme e diviso su molte questioni. Tanto la componente più aristocratica e moderata, incarnata dal Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, quanto quella più radicale e democratica, sono affascinate dalle 'soluzioni razionali' offerte dalla scienza alle 'piaghe della società' e dalla sua 'funzione civilizzatrice'. «Gli insegnamenti positivi della scienza non un'impulsiva sen-

<sup>83</sup> «In quegli anni – ha scritto Patrizia Guarnieri – il movimento emancipazionista si faceva largo avvalendosi proprio della cultura laica e della scienza positiva», *Lombroso e la scienza positiva*, in *Cesare Lombroso cento anni dopo*, a cura di Silvano Montaldo, Paolo Tappero, Roma, Utet, 2009, p. 142. Alcune indizi sul rapporto tra le donne impegnate nel movimento femminile e il positivismo si trovano anche in Gori, *Crisalidi*, cit., pp. 124 e sgg.

<sup>84</sup> Significativo, ad esempio, che nel resoconto della commissione assistenza contenuta nella pubblicazione dedicata ai primi cinque anni di vita dell'Unione Femminile la 'degradazione' dei poveri sia definita «effetto di un sistema sopravvissuto al progresso e alle verità proclamate dalla scienza in generale e controllate dalla statistica». Ersilia Majno Bronzini, *Relazione della commissione per l'assistenza pubblica*, in *Unione femminile nazionale i primi cinque anni di vita (1900-1905)*, cit. in Buttafuoco, *Le mariuccine*, cit., p. 74.

<sup>85</sup> Per alcuni spunti interessanti su questo punto si veda Rosanna De Longis, *Scienza come politica: 'Vita femminile' (1895-1897)*, in «Nuova DWF, quaderni di studi internazionali sulla donna», VII, 21 (1982), pp. 35-52.

<sup>86</sup> Valeria Babini, Luisa Lama, *Una donna nuova, il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Bologna, Franco Angeli, 2003. Sebbene si tratti di una biografia, tuttavia, questo libro lascia intravedere il fascino che il movimento delle donne prova per la scienza: esso è anche alla base del successo della figura di Maria Montessori. Nonostante questo, però, la relazione delle emancipazioniste prive di una formazione scientifica con la medicina, la scienza, l'igiene è un argomento tuttora completamente inesplorato.

timentale pietà, noi abbiamo inteso seguire»<sup>87</sup>, scrive ad esempio Ersilia Majno – fondatrice dell'Unione Femminile – parlando del progetto dell'Asilo Mariuccia per bambine 'discole o prostitute', da lei fondato a Milano al principio del secolo. Non stupisce, dunque, che uno degli strumenti del disciplinamento – o dell'educazione politica, che dir si voglia – delle donne e della popolazione utilizzato dal movimento femminile sia proprio la figlia prediletta della medicina a cavallo tra XIX e XX secolo: l'igiene.

Già nel 1890 Giuseppina Le Maire aveva individuato nell'igiene, scienza applicata e 'pratica' per eccellenza, uno strumento chiave per la realizzazione del programma della nuova assistenza pubblica:

Informata al più puro spirito umanitario, essa rivolge le sue indagini a beneficio del popolo e i trovati delle altre scienze tenta applicare alla vita reale. Mentre provvede a scuole spaziose e ridenti perché in un ambiente confortevole la gioventù cresca sana ed educata al buono e al bello, esige officine onde sia all'operaio meno duro e senza danni il suo lavoro; provvede agli infermi migliorando le condizioni degli ospedali e protesta contro l'inumana tolleranza di prigionie malsane da cui gli infelici là rinchiusi per molti anni, escono estenuati di forze, carichi di malanni e di acciacchi, incapaci di riabilitarsi col lavoro. L'igiene riveste di messi là dove il suolo è ghiaia, di boschi dove è maremma; visita, fruga ogni angolo delle nostre città per tutto mondare e sanificare, pone argine ai morbi invadenti, traccia le norme per abitazioni sane e cibi convenienti; *si pone in una parola di crescere generazioni robuste, animose, pronte al bene, felici*<sup>88</sup>.

Il ramo dell'igiene più funzionale al progetto politico del movimento femminile è quello che si occupa degli individui, delle famiglie, della casa più che dell'ambiente, dello spazio urbano in genere e delle sue infrastrutture e istituzioni, sebbene i due aspetti siano inscindibilmente legati. Quella che interessa le emancipazioniste è, insomma, un'igiene più 'domestica', rivolta alla persona e alla famiglia<sup>89</sup>, e quindi – nell'immaginario contemporaneo – facilmente catalogabile come 'femminile'. Corsi di igiene per donne, per madri<sup>90</sup> e per la

<sup>87</sup> Ersilia Majno, *L'asilo Mariuccia. 14 dicembre 1902-31 dicembre 1903*, p. 27, cit. in Buttafuoco, *Le mariuccine*, cit., p. 155.

<sup>88</sup> Le Maire, *La donna nell'igiene pubblica*, cit., p. 207.

<sup>89</sup> In *Purity and pollution, gender, embodiment and victorian medicine*, New York, St. Martin's Press, 1998, Alison Bashford nota che l'impegno delle donne e delle associazioni femminili nel movimento per la 'sanitary reform' che prende corpo in Gran Bretagna negli anni '30 e '40 del diciannovesimo secolo è favorita dall'enfasi del movimento sulla 'domesticità' e sulla casa come luogo dal quale deve partire la 'sanitarizzazione' della società nonché dalla 'risonanza morale' implicita nel modo in cui il movimento concepisce l'igiene stessa.

<sup>90</sup> A titolo di esempio si prenda l'attività della 'Scuola di assistenza all'infanzia' fondata a S. Gregorio al Celio a Roma dal CNDI; Mario Flamini, *La Scuola di assistenza all'infanzia Roma, 1911-1919, S. Gregorio al Celio*, Roma, 1919.



popolazione in generale, campagne per la promozione della disciplina presso il popolo, promozione dell'igiene materna e infantile' attraverso conferenze, 'educazione igienica' 'a domicilio' per mezzo delle casse di maternità<sup>91</sup>, formazione di 'signore e signorine' perché svolgano lavoro assistenziale, promozione dell'igiene della casa popolare, «luogo dove si modellano gli organismi, dove si preparano le intelligenze, dove si temprano i caratteri, dove si contraggono le abitudini»<sup>92</sup>: si tratta di alcune delle iniziative intraprese in questo campo dal movimento. Le norme dell'igiene e del 'vivere sano' vengono distribuite a piene mani anche dalla stampa periodica femminile ed emancipazionista. Progettando «Cronache femminili», la socialista vicina all'Unione Femminile Linda Malnati scrive «non dovrebbe mancare la pagina dell'igiene riguardante specialmente l'allevamento del bambino, la cura della persona e della casa, il modo di prevenire alcuni mali, di curarne degli altri, ecc»<sup>93</sup>, quasi a sancire l'immancabilità di questo tipo di rubriche sulla stampa femminile. Nei congressi del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane – che, come l'*International Council of Nurses*, ha una sezione permanente dedicata esclusivamente a questo tema – si dibattono regolarmente questioni attinenti l'igiene delle abitazioni popolari e i metodi di diffusione della puericultura 'razionale' tra le donne del 'popolo'. Non stupisce affatto, dunque, che alla fine del conflitto il CNDI, nella persona della sua presidente contessa Spalletti, entri a far parte del comitato promotore dell'Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale, che incontreremo spesso nei prossimi capitoli<sup>94</sup>. «Solo quando avremo riconosciuto l'importanza del problema igienico, che è la base del progresso femminile sociale, potremo pretendere agli altri che ne sono la conseguenza»<sup>95</sup>, afferma la Marchesa Lucifero al convegno dell'*International Council of Nurses* che si tiene a Roma nel 1914.

L'igiene, secondo le emancipazioniste ma non solo, si deve occupare di tutti gli aspetti della vita degli individui e delle famiglie: dell'organizzazione e gestione dello spazio domestico, dell'amministrazione del proprio corpo e della cura di quelli degli altri, del modo riprodursi "responsabilmente" nei confronti della società<sup>96</sup>. L'elenco delle questioni problematizzabili in termini igienici può allargarsi all'infinito fino ad includere l'abbigliamento,

<sup>91</sup> Si vedano le Casse maternità del CNDI che oltre a garantire un sussidio alle donne durante il puerperio forniscono aiuti ostetrici e igienici, anche a domicilio. Taricone, *L'associazionismo femminile*, cit., p. 32.

<sup>92</sup> Le Maire, *La donna nell'igiene pubblica*, cit., p. 407.

<sup>93</sup> «Cronache femminili» 31 gennaio 1904, cit. in Buttafuoco, *Cronache femminili*, cit., p. 124.

<sup>94</sup> Si veda «Difesa Sociale», I, 1 (1922), p. 1.

<sup>95</sup> *Atti del Congresso Internazionale Femminile, Roma 16-23 maggio 1914*, Torre Pellice 1915 p. 609.

<sup>96</sup> Sul controverso dibattito sull'educazione sessuale si vedano: Bonetta, *Corpo e nazione*, cit.; Bruno Wanrooij, *Storia del pudore: la questione sessuale in Italia (1860-1940)*, Venezia, Marsilio, 1990.



il contenuto degli spettacoli cinematografici e quant'altro. Ogni cosa, anche la moda, può essere valutata da un punto di vista igienico<sup>97</sup>. Non stupisce, dunque, che anche la prostituzione cada sotto il suo raggio di azione e venga problematizzata in termini 'igienici' persino dal movimento femminile<sup>98</sup>. Da una parte, infatti, essa è comunemente considerata un problema 'morale e medico' – soprattutto per lo stretto legame che intrattiene nell'immaginario collettivo con la sifilide<sup>99</sup> e le malattie veneree – dall'altra essa è vista come una 'piaga' per cui l'igiene può rappresentare un efficace strumento di prevenzione e cura. Ad esempio presso l'Asilo Mariuccia per ragazze 'pericolanti' o 'cadute', nei primi decenni del Novecento, le ricoverate ricevono, tra gli altri, insegnamenti di igiene che dovrebbero contribuire alla loro 'redenzione'. E non a caso le delegate dell'istituzione che fanno visita alle 'mariuccine' 'dimesse' verificano con cura le condizioni igieniche delle assistite, delle loro case e delle loro famiglie per valutare il loro reinserimento nel 'consesso civile'. Al Congresso delle donne del 1908 Berta Turin, delegata dell'associazione Amiche della Giovinetta, dopo una lunga disquisizione sulle cause della 'tratta delle bianche', conclude che non si potrà mai porre fine a questo fenomeno fin quando le classi popolari non avranno case «abbastanza ampie e pulite», proprio come prescrivono le norme dell'igiene. A Turin viene fatto prontamente notare che la Sezione di igiene del Congresso – nella quale si era lungamente discusso delle condizioni delle abitazioni operaie – aveva già approvato una mozione che andava proprio in questo senso<sup>100</sup>. Il punto non è a solo che le prescrizioni igieniche sono un ottimo ausilio nella lotta contro la 'promiscuità' delle case proletarie, che secondo le emancipazioniste favorirebbe 'la caduta' delle ragazze, premessa praticamente 'inevitabile' del loro ingresso nel mondo della prostituzione. Né sarebbe corretto credere che per le donne impegnate nella 'rigenerazione' della società l'igiene sia uno strumento per combattere la prostituzione perché dietro le norme di natura 'medico-fisiologica' da queste predicate alle loro 'sorelle' proletarie si celerebbero prescrizioni etiche. Pensare che l'igiene offra solamente una nuova veste 'pseudo-scientifica' a vecchie nor-

<sup>97</sup> Ad esempio nella sessione del 21 maggio del congresso quinquennale dell'*International Council of Nurses* la marchesa Lucifero parlava «da un punto di vista igienico-morale» persino della moda, raccomandando che la sezione di igiene del congresso portasse un 'voto di lotta' contro le sue 'ridicolaggini, esagerazioni e impudicizie', in «La Tribuna», 22 maggio 1914.

<sup>98</sup> Si veda, a titolo di esempio, Elena Lucifero, *L'arduo problema*, Roma, Direzione della Nuova Antologia, 1913.

<sup>99</sup> Su prostituzione e sifilide Giorgio Gattei, *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla 'Venere Politica'* in *Malattia e medicina*, a cura di Della Peruta, cit., p. 741-98 e Mary Gibson, *Nati per il crimine: Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Mondadori 2004 pp. 318 e sgg.

<sup>100</sup> «Il giornale d'Italia», 30 aprile 1908 articolo conservato in ACS, Fondo CNDI, b.1, fasc. 1.

me morali o all'etica borghese impedirebbe di comprendere fino in fondo il modo in cui le emancipazioniste, in accordo con la cultura della borghesia progressista del proprio tempo, ne concepiscono la funzione. Scopo dell'igiene è 'organizzare' i corpi: garantire loro la giusta quantità di acqua, di aria, di luce, normalizzarli, 'sanitarizzarli'. In poche parole, portare 'ordine'. È in questo senso che essa può essere vista dalle donne impegnate a 'rigenerare' la società come una forma di profilassi e cura della prostituzione – e non solo di questa – considerata come un disordine, una disfunzione tanto del corpo individuale quanto di quello sociale.

Per colpire alla radice le 'piaghe' che infettano il corpo sociale non basta infatti moralizzare gli individui, bisogna renderne sani i corpi e quindi intervenire a livello organico. Non c'è da stupirsi se si considera che persino un'emancipazionista di cultura cattolica come la pedagoga Guglielmina Ronconi<sup>101</sup>, delegata dalla sezione moralità del Congresso del CNDI del 1908 a parlare della 'protezione della giovinetta', delinea un'«eziologia» della 'caduta' delle ragazze nella quale gli elementi 'fisici', che peraltro corrispondono proprio ai classici terreni d'intervento dell'igiene, sono più che centrali: se in campagna le fanciulle sono al sicuro dalle tentazioni perché «la schiettezza dell'aria e della luce, il cibo sobrio, le abitudini semplici, hanno operato a beneficio della natura vergine e sacra» – sostiene infatti Ronconi, – tutt'altro livello di rischio si presenta per le ragazze «scaraventate nel vortice della città, e nella plaga peggiore: tutti i miasmi più eccitanti le avvolgono, e sono, fin dal primo entrare, stordite e ubriache», mentre le ingenuette ragazze di campagna «hanno la forza fisica esuberante, impulsiva, pronta all'espansione», quelle inurbate si presentano «delicate e più deboli, denutrite e anemiche, hanno l'immaginativa svolta sproporzionatamente e a danno delle altre potenzialità»<sup>102</sup>.

Non si è citato questo brano per suggerire che il movimento femminile in toto condivide, nell'interpretazione della prostituzione, il determinismo biologico che caratterizza in questo periodo molte letture della 'devianza'<sup>103</sup>.

<sup>101</sup> Pedagoga e scrittrice, figura di spicco dell'emancipazionismo liberale di stampo cattolico, Ronconi fonda nel 1907 l'Opera di vita morale, finalizzata all'«elevazione morale del popolo». Si veda Daniela Rossini, *Esperienze di assistenza femminile nei quartieri popolari romani in età giolittiana: Guglielmina Ronconi a San Lorenzo*, in *Roma in transizione: lavoro, sviluppo e ceti popolari nella prima età giolittiana*, a cura di P. Carusi, Roma, Viella, 2006, pp. 103-127.

<sup>102</sup> CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., pp. 684-5.

<sup>103</sup> Da rilevare che il discorso sulla 'degenerazione' come conseguenza dell'inurbamento e della industrializzazione, così diffuso all'inizio del XX secolo, non è estraneo al milieu culturale delle emancipazioniste. Sulla degenerazione si veda l'ormai classico Daniel Pick, *Volti della degenerazione, una sindrome europea (1948-1918)*, Sandicci, La Nuova Italia, 1999. Per una prospettiva di genere sul tema della degenerazione si veda Sandro Bellasai, *La mascolinità contemporanea*, Roma, Carocci, 2004.

Piuttosto esso può introdurre un problema fondamentale per comprendere l'orizzonte mentale tanto delle emancipazioniste quanto della società nella quale esse si muovono: il nuovo rapporto che intercorre tra 'organico' e 'sociale' o 'fisico' e 'morale', che dir si voglia. Si tratta di una questione che sarà necessario approfondire per capire all'interno di quale paradigma si collochino la cura, l'assistenza – e quindi la professione infermieristica – per le donne impegnate nel movimento femminile.

#### 4. Tra 'fisico' e 'morale'

Psichiatria organicista, antropometria, teorie della degenerazione, antropologia criminale, freniatria, fisiognomica, sociologia positiva, teoria positiva del diritto<sup>104</sup>: se c'è un'eredità, una 'vulgata' che tutte queste discipline e teorie elaborate tra la metà del diciannovesimo secolo ed i primi decenni del ventesimo hanno prodotto ed al contempo un *humus* in cui si sono sviluppate, la si può riassumere nell'idea che tutte le forme di devianza, tutti i 'mali della società', sia quelli 'biologici' come malattie ed epidemie, sia quelli di natura strettamente sociale come la criminalità, siano essenzialmente forme di disordine, di rottura della norma, minacce al 'corpo sociale'. E, cosa fondamentale, appartengano allo stesso ordine di problemi. È in questo terreno che affonda le radici la particolare disposizione della cultura del tempo a *misurare* vizio e miseria nei corpi ed a considerare devianza e trasgressione contigue alla malattia, in una spirale all'interno della quale l'ordine causale e di priorità tra 'fisico' e 'sociale' non ha grande importanza<sup>105</sup>.

<sup>104</sup> Oltre ai testi già citati su eugenetica, criminologia e antropologia criminale, si veda *Misura d'uomo. Strumenti, teorie e pratiche dell'antropometria e della psicologia sperimentale tra 800 e 900*, a cura di Giulio Bersanti, Firenze, Istituto e museo di storia della scienza, 1986; Bernardino Farolfi, *Antropometria militare e antropologia della devianza*, in *Malattia e medicina*, a cura di Della Peruta, cit., pp. 1181-1222; Renzo Villa, *Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*, ivi, pp. 1143-1178; Id., *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Milano, Franco Angeli, 1985; Mario Galzigna, *La malattia morale, alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992; *Passioni della mente e della storia: protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, a cura di Filippo Maria Ferro, Milano, Vita e pensiero, 1989; *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne, il caso milanese*, a cura di Alberto De Bernardi, Milano, Franco Angeli, 1980.

<sup>105</sup> L'immagine della spirale è presa in prestito da Michele Nani, il quale in un saggio intitolato *Fisiologia sociale e politica della razza latina. Note su alcuni dispositivi di naturalizzazione negli scritti di Angelo Mosso*, scrive «Il fascino del discorso sulla 'degenerazione' è dovuto all'andamento a 'spirale' che generalmente assume, avvolgendo le sue manifestazioni e le sue determinanti in un circuito inestricabile che rovescia le cause in effetti e viceversa, saldando l'influenza dell'ambiente alle 'tare' ereditarie», ivi, in *Studi sul razzismo italiano*, a cura di Alberto Burgio, Luciano Casali, Bologna, Cooperativa Libreria Università Editrice, Bologna, 1996, p. 58.

La storiografia ha già affrontato il tema della patologizzazione della 'devianza' – da quella sessuale a quella 'criminale', passando per quella 'politica' –, prodotto tipico della cultura dell'Europa e degli Stati Uniti tra Otto e Novecento. Patologizzare la devianza, si è scritto, è stato un modo per gestirla diversamente rispetto al passato. Ma cercare i segni della degenerazione e dell'atavismo nei criminali, nelle prostitute, negli omosessuali, così come – per converso – ritenere le 'perversioni sessuali' o il vizio fonti di deperimento fisico, teorizzare insomma un legame strutturale se non una sostanziale unità tra organico e sociale è stato possibile anche perché malattia, criminalità e devianza, tubercolosi, omosessualità e prostituzione hanno iniziato ad essere non solo radicalmente interconnesse, ma anche radunate all'interno dello stesso ordine di problemi: hanno cominciato ad essere problematizzate come elementi che influiscono sulle funzioni vitali della popolazione<sup>106</sup>. Questo legame tra 'fisico' e 'morale', infatti, non è la semplice riproposizione del tradizionale nesso causale tra corruzione dell'anima e malattia, né può essere ridotto al determinismo biologico che informa talune discipline o scuole di pensiero. L'interrelazione tra 'biologico' e 'morale' che permea l'immaginario delle emancipazioniste trova piuttosto le proprie radici e la propria ragion d'essere nelle trasformazioni che, a partire dal secolo precedente, hanno mutato la posta in gioco del potere: essa è ormai 'la vita' della popolazione e tutti i fattori di 'accrescimento' e di 'diminuzione' di quest'ultima. «Il potere è sempre meno il diritto di far morire e sempre più il diritto d'intervenire per far vivere, d'intervenire sul modo di vivere e sul 'come' della vita, d'intervenire per migliorare la vita, per controllarne gli accidenti, i rischi, le deficienze»<sup>107</sup>, secondo la celebre definizione che Michel Foucault dà della tecnologia di potere che chiama biopolitica.

Se devianza sociale e malattia, trasgressione e patologia appartengono allo stesso reame, quello del disordine sociale, e sono così 'ontologicamente' legate, per mettere ordine nella società, per 'rigenerarla' si può partire indifferentemente dalla 'sanitarizzazione' dei corpi proletari e delle case operaie, o dalla lotta contro la 'corruzione' o la 'tratta delle bianche'<sup>108</sup>. O meglio: le due

<sup>106</sup> E, in modo convergente, iniziano ad essere esse stesse percepite come funzioni 'naturali' e regolari del 'corpo sociale' – costruito come un 'organismo' passibile di analisi scientifica e intervento tecnico – che devono essere regolate e in alcuni casi diminuite o ottimizzate. Si veda su questo punto David Horn, *Social bodies*, cit., pp. 18 e sgg. Si può dunque ipotizzare una corrispondenza tra iscrizione della devianza e del vizio nei corpi e naturalizzazione della devianza come regolarità sociale, funzione 'fisiologica' dell'organismo-società.

<sup>107</sup> Michel Foucault, *Bisogna difendere la società*, cit., p. 161.

<sup>108</sup> Se, come si è visto, l'igiene può essere un fattore di 'prevenzione e cura' della prostituzione e della corruzione, queste ultime a propria volta sono elementi di 'infezione' della società, e non solo in senso metaforico: «la corruzione è il centro di infezione da cui si irradiano nella società i germi del male e che maggiormente deteriorano la specie» recitava un ordine del giorno presentato dalla contessa Lucifero al Congresso quinquennale dell'*International*

cose non possono essere disgiunte. All'interno di questo paradigma, quella del 'corpo sociale' – da curare, far crescere, rendere sano – non è semplicemente una metafora, ma un'immagine dagli effetti decisamente performativi.

Quanto fin qui detto è fondamentale per comprendere in quale orizzonte di senso si ponga per le emancipazioniste impegnate nella costruzione e nella diffusione della figura dell'«infermiera moderna» la questione della cura e dell'assistenza, nonché della malattia e della salute. «Educare – scrive Bonetta, descrivendo la temperie culturale della società liberale – è come curare, in quanto la trasgressione più che un vizio è una vera e propria malattia<sup>109</sup>: quel che qui ci interessa è che si può considerare vero anche il contrario. All'interno del paradigma fin qui descritto, curare – e a maggior ragione prevenire i mali attraverso la diffusione capillare dell'igiene – è come educare, perché la malattia, come la devianza, è una rottura dell'ordine sociale, un ostacolo nel sistema di 'gestione della vita' che deve essere abbattuto per il bene della società più che per quello dell'individuo. È per questo che curare tanto i mali 'fisici' quanto quelli 'moralì' del corpo sociale – ma si è visto che la distinzione non ha molto senso -, è tra i propositi<sup>110</sup> della generazione di emancipazioniste che afferma di aver preso coscienza «dei suoi doveri e delle sue responsabilità nel consorzio umano» e vuole affermare il ruolo imprescindibile delle donne nella costruzione di una società rigenerata. Perciò curare i corpi e prevenire i mali che li possono insidiare significa per le emancipazioniste valorizzare, mettere a lavoro la presunta 'funzione materna' delle donne e il loro 'naturale' ruolo educativo. In quest'ottica appare del tutto ovvio che tra gli obiettivi del CNDI la presidente della federazione, contessa Spalletti, elenchi in un'intervista rilasciata in occasione del congresso quinquennale dell' *International Council of Nurses* del 1914 una serie di questioni apparentemente eterogenee come:

[...] il miglioramento della situazione legale della donna, l'abolizione della tratta delle bianche, la lotta contro la tubercolosi, la conquista graduale del diritto di voto, l'idea di 'pace e arbitrato', la sistemazione del lavoro delle donne negli uffici pubblici, la morale unica per i due sessi, il miglioramento della salute pubblica e della razza, la protezione delle donne e dei bambini emigranti<sup>111</sup>.

*Council of Women* tenutosi a Roma nel maggio del '14. «La Tribuna», 22 maggio 1914, articolo conservato in ACS, Fondo CNDI, b.1, fasc.6.

<sup>109</sup> Bonetta, *Corpo e nazione*, cit., p. 17.

<sup>110</sup> Non a caso, come notano Pisa e Taricone, «l'assistenza sanitaria per la maternità, la prevenzione e la cura di malattie infantili, la propaganda igienica come opera di profilassi sociale, i provvedimenti per gli ambienti lavorativi dannosi per il fisico, rappresentano altrettanti settori di intervento femminile», Id., *Operai, borghesi, contadine nel XIX secolo*, cit., pp. 90-91.

<sup>111</sup> «La Tribuna», 7 maggio 1914, articolo conservato in ACS, fondo CNDI, b.1, fasc. 6.

Ciò che si è fin qui detto è ben chiaro alle donne impegnate nella promozione della figura dell'«infermiera moderna» e delle sue scuole di formazione. Il compito di questa figura dedita alla cura dei corpi individuali è la «rigenerazione» complessiva del corpo sociale, la promozione di quell'ordine sociale turbato dalla malattia tanto quanto dalla sporcizia e dal vizio, attraverso una forma «nuova» di assistenza.

Si avanzi la dolce lezione che sventola il labaro di Miss Nightingale – dice in una conferenza sulla «Donna infermiera» tenuta nel 1914 presso il Lyceum Club di Roma la scrittrice Virginia Guicciardi Fiastrì – le nuove forme dell'ospedale inglese, che rassomiglia da una casa ordinata, ad una famiglia ove si ama e si consola, ove i fanciulli convalescenti trovano i giuochi e le pitture aneddotiche, le donne l'ago e gli uomini il libro, ove si educa alla pulitezza, all'igiene, trionfano anche da noi. Forse, o signori, ci saranno allora molti guariti di più, poiché secondo il detto d'Ippocrate vale presso il malato specialmente una buona assistenza. E chi sa ancora che per molti disgraziati, travolti dal vizio e dalla turpitudine, l'ospedale, ove purgarono le colpe col soffrire, non divenga il principio del risanamento morale!<sup>112</sup>

E infatti la «missione» delle scuole «modello Nightingale», spiega Grace Baxter al pubblico del convegno organizzato dal CNDI nel 1920 sull'assistenza agli infermi:

[...] non è unicamente quella di dare delle infermiere per l'assistenza ai benestanti, ma soprattutto di creare *elementi tecnici di elevato sentimento morale, capaci di migliorare le condizioni della società*, mediante la riforma dell'assistenza negli ospedali, nei manicomi, negli asili e nelle scuole, seguendo gl'infermi poveri nelle proprie case, combattendo sotto la guida del medico *i flagelli della tubercolosi e della sifilide, della malnutrizione, del vizio e della miseria*<sup>113</sup>.

Ora, se curare è, come si è detto, un modo per ripristinare l'ordine, le qualità della buona infermiera insistentemente invocate dal movimento femminista – nettezza, ordine, disciplina, compostezza, specchiata moralità – assumono un significato molto particolare. Esse non «servono», per così dire, solo a garantire alla professione quella rispettabilità che ancora non ha, ma costituiscono il «bagaglio terapeutico» dell'infermiera moderna così come il movimento femminile la concepisce. Quest'ultima incarna al massimo grado quell'«ordine» che è preposta a ripristinare o indurre nei suoi assistiti attraverso quella capacità «naturale» di esercitare una sorta di *moral suasion* ritenuta – questa sì – una «prerogativa femminile», o meglio una prerogativa della femminilità borghese.

<sup>112</sup> Guicciardi Fiastrì, *La donna infermiera*, cit., p. 9.

<sup>113</sup> CNDI, *Atti del primo congresso delle donne*, cit., p. 77.



La nurse – dice ancora Fiastrì al suo pubblico radunato al Lyceum di Roma – solo col suo aspetto di semplicità e di candore, nell'uniforme inappuntabile e la benda leggera sui capelli ravviati, induce un senso di allegrezza sui malati e li trae facilmente a quelle cure minuziose d'igiene e di pulitezza di cui ella è un esempio vivo; la sua florida salute, la sua forza fisica si esprime come un bagliore di speranza e un appoggio incosciente sull'infelice oppresso dalla febbre; inoltre il carattere della nurse, rallegrato da qualche ora di spasso e dalle buone letture, si riflette in una dolcezza uguale che scende come un balsamo nelle povere anime su cui gravitano con le melanconie dei travagli fisici anche talora i foschi ricordi ed i rimpianti di un'esistenza di peccato o di miseria; la signorilità delle costumanze mantiene infine nella nurse, in mezzo alle crudi realtà, l'altezza della fine educazione e di quei modi, di quelle parole soavi e discrete sconosciute all'ignoranza e alla volgarità e pertanto onnipossenti. Nel cuore di ogni persona del popolo (e assai poco lo conosce chi non lo ammette) sonnecchia un selvaggio e un poeta, come nei fanciulli, e la questione è sempre di far vibrare l'una e l'altra corda<sup>114</sup>.

Non a caso quest'ordine deve essere riflesso e riprodotto nell'ospedale 'moderno', del quale le infermiere devono essere l'anima. Esso deve essere non solo un luogo di cura e di produzione di corpi sani, ma anche una delle istituzioni preposte alla 'rigenerazione' della società. L'ordine, la disciplina, il nitore, la piacevolezza dell'ambiente: questi, nel discorso sull'ospedale 'moderno' – un complemento di quello 'sull'infermiera nuova' – elaborato dalle emancipazioniste, devono essere gli strumenti atti a garantire non solo la 'guarigione' nel senso dell'eliminazione di una specifica malattia, ma la produzione di individui 'sani' nel senso ampio fin qui delineato: decorosi, puliti, 'normali'. L'ospedale 'moderno' – così come il suo prototipo: la clinica annessa alla scuola convitto – è concepito e immaginato dunque come uno strumento di 'governo della vita':

Per le infermerie tutto è luce e nitore – spiega ancora Fiastrì parlando delle corsie ospedaliere annesse alla scuola convitto per infermiere Victor de Marchi, aperta a Milano nel 1912 – i letti radi e disposti con asimmetria gioconda si cingono di paraventi leggeri, sui tavoli mazzi di fiori [...] E mentre tanta verità e bellezza sorride allo sguardo, la *regola e la misura* delle opere così perfettamente vi si svolge, che all'orecchio non giunge alcun rumore. È la vita che sorride da occhi buoni e lieti, è *la vita che scivola dolce, che inavvertitamente agisce, che il silenzio sfiora e la pace tocca*. Dolori, spasimi, studi, pazienza, virtù forti e raccolte alitano come angeli invisibili nell'indistinto; si lavora al bene, al refrigerio dei miseri, all'avvenire dei forti senza che appaia, e dentro una luce di serenità<sup>115</sup>.

<sup>114</sup> Guicciardi Fiastrì, *La donna infermiera*, cit., p. 8.

<sup>115</sup> «[...] si allarga il cuore visitando quegli ospedali [inglesi n.d.r.]. I letti ben composti, i malati puliti e pettinati, le belle incisioni ai muri, e la profusione di fiori, il pianoforte nelle corsie, tolgono l'aspetto di tristezza e di squallore che noi conosciamo. Le 'nurses' nelle loro uniformi bleu, con i grembiolini di un niveo candore, e le graziose cuffiette bianche che tengono rassettati i capelli, vanno lievemente attorno nelle loro scarpe di gomma, sempre affaccendate, sempre composte». Relazione di Rita Sciamanna, CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., p. 665.

E infatti, una volta uscite da quel tempio di ordine e moralità che deve essere la scuola convitto e fatto il loro ingresso negli ospedali le 'infermiere moderne'

[...] sotto l'illuminata guida di medici riformatori, dovranno naturalmente tendere a vivificarli, a plasmarli nell'ideale forma della loro piccola clinica [annessa alla scuola convitto] così simile alla 'home' ariosa, gioconda, ove ogni suppellettile esprime una nota confortatrice, e in cui *la vita cammina con un andamento molle, preciso*; dove il benessere si diffonde dalla cucina al guardaroba, dove la comodità confina con l'eleganza<sup>116</sup>.

In questo senso la figura dell' 'infermiera nuova' viene concepita dal movimento femminile come elemento chiave della riforma dell'assistenza in quanto incarnazione delle caratteristiche 'terapeutiche' dell'ospedale fin qui elencate: ordine, pulizia, disciplina, moralità. In quanto tale essa è immaginata come strumento di risanamento della società agente di rigenerazione anche al di fuori delle mura dell'ospedale stesso.

## 5. 'Lavoro materno'?

Come abbiamo avuto modo di vedere, il movimento femminile non individua nell'assistenza infermieristica un settore di impiego adatto alla 'donna nuova' perché – come si sarebbe tentati di credere – vede nell'assistenza agli infermi un lavoro 'legittimo' per le donne in quanto *materialmente* simile a quello delle madri nelle famiglie. Non a caso la professione di infermiera, sebbene sia descritta come un lavoro cui le donne sarebbero *naturalmente* portate, necessita secondo il movimento femminile – come, d'altra parte, secondo tutti gli attori coinvolti nella riforma dell'assistenza – di una minuziosa preparazione tecnica. D'altronde lo stesso 'lavoro delle madri nelle famiglie', lungi dall'essere un elemento già dato e definito, è oggetto in questa fase storica di un'intensa operazione di ri-definizione e costruzione che trova sbocco nell'opera di diffusione dell'igiene e della 'puericultura scientifica' della quale il movimento emancipazionista, come abbiamo visto, è partecipe insieme al mondo medico e ad agli apostoli della 'crociata igienista'<sup>117</sup>. Se, da una lato, tutti questi attori asseriscono la

<sup>116</sup> Guicciardi Fiastrì, *La donna infermiera*, cit., p. 8.

<sup>117</sup> Su questi temi, per il caso degli Stati Uniti, si veda Rima Apple, *Mothers and medicine. A social history of infant feeding (1890-1950)*, Madison, University of Wisconsin Press, 1987. In un articolo di diversi anni dopo, Apple allarga la propria prospettiva dalle pratiche di nutrizione dei neonati alla puericoltura in senso lato e propone l'idea che quello che chiama *scientific motherhood* sia un fenomeno che non riguarda solamente gli Stati Uniti. Ead., *Constructing mothers: scientific motherhood in the Nineteenth and Twentieth centuries*, in «Social

naturalità della 'funzione materna', dall'altra essi ritengono fondamentale *insegnare* alle donne del popolo a diventare madri e *educarle* al lavoro che 'comete loro'.

Quello dell'infermiera, al contrario, può sembrare al movimento un mestiere adatto alla 'donna nuova' perché può rappresentare la professionalizzazione di un'attitudine alla 'rigenerazione' della società che secondo le emancipazioniste costituisce la più alta missione delle donne, traslazione – questa sì – dei compiti materni nella più vasta arena della società<sup>118</sup>. Una forma di 'rigenerazione' particolarmente rispondente alla *forma mentis* delle militanti del movimento femminile perché esercitata direttamente sul 'corpo' della società. L'analogia tra il lavoro 'materno' e quello dell'infermiera, se di questa si può parlare, nasce per il movimento da qui. Secondo le emancipazioniste, le infermiere esercitano una forma di *maternage* perché curando e disciplinando i corpi individuali e – attraverso questi – il corpo sociale, contribuiscono a 'rimettere al mondo' la società, ad educarla e indirizzarla al bene. Per questa ragione le esponenti del movimento femminile assumono su di sé la non facile missione di promuovere l'ingresso delle donne di 'civile condizione' negli ospedali e di indurle ad entrare in un settore di impiego considerato servile.

È solo una volta compiuto questo 'passaggio mentale' che il movimento si può dedicare a rendere il lavoro *materiale* delle infermiere 'specchio' di quello che le madri *dovrebbero* svolgere nelle famiglie – se non addirittura 'esempio' per queste ultime – e a costruire discorsivamente e simbolicamente la professione infermiera come un esercizio della 'funzione materna della donna' oltre la sfera domestica. Ma tale analogia non ha nulla di scontato per la società d'inizio '900 per il semplice fatto che i corpi sui quali si dovrebbero esercitare le 'cure materne' delle infermiere appartengono ad estranei e sono spesso corpi di uomini adulti. Il passaggio da fare non è di poco conto: infatti convincere le donne di 'civile condizione' a intraprendere la professione di infermiere, come vedremo nel quarto capitolo, non sarà af-

History of Medicine», VIII, 2 (1995), pp. 161-178. Della stessa autrice si veda anche il più recente *Perfect motherhood: science and child rearing in America*, New York, Rutgers, 2006.

<sup>118</sup> Significativo, ancora una volta, un passaggio della conferenza di Virginia Fiastrì che ha guidato parte della nostra analisi. In apertura la scrittrice chiama in causa la maternità per giustificare la necessità che le donne «generatrici di figli», si impegnino nell'assistenza agli infermi. Ma il nesso tra maternità e assistenza è individuato non nella similitudine pratica dei due lavori, bensì nell'opera di 'rigenerazione' della società alla quale la professione infermiera contribuisce: «Le anime si dibattono alla ricerca dei loro cieli che annerchia il fumo delle officine, il sangue delle razze ha bisogno di ritemprarsi, la gioventù insozzata ha bisogno di un tuffo nelle linfe dei forti ideali. Le donne, generatrici di figli, sono le naturalmente chiamate a tali opere di rigenerazione, e quella di assistenti al letto degli infermi, nel nuovo lume della scienza e insieme della bontà umana, deve assurgere al significato di un'alta missione», Fiastrì, *La donna infermiera*, cit., p. 1.

fatto facile. I pregiudizi sulla dignità della professione saranno infatti duri a morire perché leggere l'intimità di giovani donne con corpi maschili estranei come un'estensione dei compiti materni presuppone una serie di operazioni mentali e materiali non scontate. Bisognerà arrivare a considerare il malato come un essere asessuato, simile ad un bambino da accudire ed educare, per poter concepire l'infermiera come una figura materna e poter affermare che l'assistenza «è per eccellenza la via nella quale gli uomini non possono contestarci»<sup>119</sup>. Tuttavia, perché questo possa avvenire, sarà prima necessario che le caotiche e brulicanti corsie degli ospedali si trasformino in dormitori ordinati, nei quali gli infermi, confinati nei propri letti, possano assumere 'l'aspetto' di bimbi da curare: di queste trasformazioni e del modo in cui esse vengono incentivate e soprattutto desiderate dai medici ospedalieri a partire dalla fine del diciannovesimo secolo, si parlerà nel prossimo capitolo.

<sup>119</sup> Intervento di Nerina Gigliucci al Convegno per uno scambio di idee sulla questione dell'assistenza agli infermi (1920), CNDI, *Atti del convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 7. Prosegue Gigliucci: «In quasi ogni altra professione si potrà dire di una donna che vi emerga 'ha mostrato qualità virili'; di alcuni rarissimi uomini si può dire: 'ha assistito quel malato come se fosse stato una donna'», *ivi*.



## Capitolo 2

# Sognando una *machine à guérir*: i medici, l'ospedale e l'«infermiera moderna»

Negli stessi anni in cui il movimento emancipazionista si impegna a favore della femminilizzazione dell'assistenza, anche i medici iniziano a delineare la propria versione dell'«infermiera moderna». Per i sanitari la costruzione di questa figura rientra nel quadro di un processo più ampio di affermazione professionale e di elaborazione del proprio ruolo nella società. Già da anni, ormai, essi hanno dato inizio ad una battaglia per estendere il campo di pertinenza della propria «scienza» e affermare il proprio monopolio sul corpo a scapito di una serie di figure – il «praticone», il «ciarlatano», la «mamma» – portatrici di saperi alternativi ad una medicina in via di ufficializzazione<sup>1</sup>. Le loro richieste si inseriscono in un processo di crescente medicalizzazione della popolazione<sup>2</sup> coestensivo al progressivo dispiegamento

<sup>1</sup> Si veda Ada Lonni, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Franco Angeli, 1994; Marco Soresina, *I medici fra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998; Daniela Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, il Mulino, 1997; Ead., *Donne di medicina: il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2008; Arnaldo Cherubini, *Medicina e lotte sociali*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980; Tommaso Detti, *Salute, società e stato nell'Italia liberale*, Milano, Franco Angeli, 1993.

<sup>2</sup> Con questo termine non mi riferisco solamente alla presa in carico di un crescente numero di individui da parte della medicina e dei suoi cultori. Secondo Luc Berlivet si può parlare di medicalizzazione quando «un phénomène, un état, ou une situation quelconque ont pu faire l'objet d'un travail de problématisation impliquant des professionnels de santé ou, à tout le



di una tecnologia di potere – la biopolitica – che come abbiamo visto nel capitolo precedente ha al cuore ‘l’amministrazione della vita’. Attraverso il tentativo di edificare un monopolio sul ‘mercato della salute’ e di vedersi riconosciuto il ruolo di referenti unici in tema di salute pubblica, i medici – un universo variegato dal punto di vista socio-economico e professionale<sup>3</sup> – si sono ormai candidati ad essere i tecnici adibiti alla gestione dei processi vitali della popolazione<sup>4</sup>.

Il raggiungimento di entrambi i suddetti obiettivi è però strettamente vincolato alla ‘conquista’ – per così dire – dell’ospedale, sul quale i sanitari, a cavallo tra i due secoli, non hanno una salda presa. Non ancora pienamente medicalizzato<sup>5</sup>, ben lungi dall’essere l’istituzione terapeutica cui siamo abituati a pensare, l’ospedale è ancora – al principio del ‘900 – un luogo nel quale i sanitari godono di scarso potere e occupano una posizione precaria<sup>6</sup>. Deputato a fornire ai medici formazione clinica e prestigio da

moins, leurs savoirs et leurs catégories de pensée [un fenomeno, uno stato o una situazione qualunque sono stati oggetto di un lavoro di problematizzazione che ha coinvolto dei professionisti della salute o, almeno, i loro saperi e le loro categorie di pensiero]», Luc Berlivet, *Médicalisation*, in «Genèses», LXXXII, 1 (2011), p. 98.

<sup>3</sup> Al principio del secolo, i medici sono molti e diversi in termini di reddito, status socio-professionale, prestigio. In buona parte queste distinzioni ricalcano quella tra clinici che lavorano presso gli ospedali e nelle case di cura private – prevalentemente in città – e medici condotti, l’anello debole – in termini di reddito e posizione socioeconomica – della classe medica. Per un quadro sull’universo dei sanitari nel trentennio considerato per questa ricerca si vedano, oltre ai testi già citati, Domenico Preti, *Fortune e miserie della classe medica nell’Italia fascista (1922-40)*, in *Cultura e società negli anni del fascismo*, Milano, Cordani 1987; Paolo Frascani, *I medici dall’Unità al fascismo*, in *I professionisti*, a cura di Maria Malatesta, Torino, *Storia d’Italia* Einaudi, 1996, vol. X, pp. 147-192.

<sup>4</sup> Questa candidatura era già stata avanzata nel corso del XIX secolo dagli intellettuali medici italiani. Si veda Guido Panseri, *Il medico: un intellettuale scientifico nell’Ottocento*, in *Intellettuali e potere*, a cura di Renato Vivanti, Torino, *Storia d’Italia*, Einaudi, 1981, vol. IV, pp. 1135-1160.

<sup>5</sup> La medicalizzazione dell’ospedale nel contesto europeo è un processo di lungo periodo e per nulla drastico. Per uno sguardo d’insieme si rimanda a Guenter Risse, *Mending bodies, saving souls, a history of hospitals*, Oxford, Oxford University Press, 1999. L’inizio di questo processo viene generalmente collocato dalla storiografia alla fine del XVIII secolo, ma mentre alcuni studi ne hanno anticipando l’inizio, spingendosi addirittura ad individuare negli ospedali bizantini gli antenati dell’ospedale moderno medicalizzato (si veda ad esempio Timothy Miller, *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*, Baltimora, John Hopkins University Press, 1997), altri ne hanno sottolineato l’incompiutezza ben oltre l’inizio del XIX secolo. Si rimanda in questo caso a Olivier Faure, *Genèse de l’hôpital moderne, les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Éditions du C.N.R.S. et Presses Universitaires de Lyon, 1981. Nel caso dell’Italia generalmente la fase di inizio del processo di medicalizzazione dell’ospedale è individuata tra XIX e XX secolo.

<sup>6</sup> La precarietà del ruolo dei sanitari all’interno dell’ospedale è esemplificata dal fatto che al principio del secolo questi non ricevono di norma uno stipendio per il lavoro prestato nei nosocomi, ma al massimo un’indennità di servizio. La ‘retribuzione’ della loro opera consiste

spendere sul mercato della salute – dotato quindi, per questi, di un'importanza cruciale – esso dovrebbe invece diventare lo spazio atto a mostrare, amplificare e simboleggiare i 'mirabili progressi' della scienza medica, garantendo ai suoi cultori il ruolo di custodi della salute del corpo sociale.

Il processo di 'conquista' dell'ospedale è strettamente connesso alla definizione, da parte dei medici ospedalieri, di quella che potremmo definire l'«utopia dell'ospedale moderno»: un ben preciso progetto di 'modernizzazione' che prende corpo nei discorsi di questi sin dagli ultimi decenni del XIX secolo e che assume sempre maggior chiarezza e coerenza dopo la Grande Guerra. L'ospedale, sostengono i sanitari<sup>7</sup>, deve cessare di essere un *ricovero* per poveri moribondi, rifugio ultimo di un'umanità varia da controllare e gestire, per trasformarsi in una *machine à guérir* governata dalla medicina e dai suoi cultori. Questa 'macchina' deve avere una chiara e definita finalità: restituire alla produttività gli individui malati e rendere alla società il capitale umano sottrattogli dalla malattia, evitandone la perdita definitiva prodotta dalla morte<sup>8</sup>. In una società in cui «i tratti biologici di una popolazioni divengono elementi pertinenti per una gestione economica»<sup>9</sup> l'ospedale moderno, sostengono i medici, deve trasformarsi in una 'fabbrica della salute'.

Nel discorso dei medici ospedalieri, dei direttori sanitari, dei clinici che nell'ospedale praticano e sull'ospedale riflettono<sup>10</sup> – nel quale residuano e

infatti per lo più nella formazione che essi ricevono attraverso la pratica clinica e nel prestigio che il lavoro in ospedale conferisce loro sul mercato privato. Tale situazione inizierà a mutare solamente dopo la prima guerra mondiale e soprattutto al principio degli anni '30, quando i medici cominceranno a partecipare dei crescenti utili prodotti dall'ammissione dei dozzinanti. Si veda Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste nera ai nostri giorni*, Roma-Bari Laterza, 2005 p. 414. I sanitari verranno regolarmente stipendiati dagli ospedali solo a partire dal 1938.

<sup>7</sup> Già dal principio degli anni '80 sulle riviste mediche inizia a prendere forma un dibattito sulla necessità di trasformare l'ospedale soprattutto da un punto di vista igienico. Paolo Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino, 1986, pp. 119 e sgg. Per il dibattito precedente la fine dell'Ottocento, si veda: Aurora Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei lumi all'unità*, in *Malattia e medicina*, a cura di Della Peruta cit., pp. 237-297.

<sup>8</sup> Scrive il direttore del S. Maria Nuova di Firenze: «I vantaggi che l'assistenza ospitaliera sola può dare – scriverà nel 1922 Luigi Baldassarri, direttore del S. Maria della Pietà di Firenze – debbono ancora essere estesi, divenire più pronti e sicuri, recando alla vita sociale quei benefici che derivano da perfetta organizzazione dei servizi sanitari, alla produzione quell'incremento che solo possono dare classi di lavoratori sani, forti, atti a produrre col minimo di perdite il miglior rendimento», Luigi Baldassarri, *La funzione degli ospedali nei tempi moderni*, in «Ospedale Maggiore», X, 1 (1922), pp. 29-32.

<sup>9</sup> Michel Foucault, *La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle*, in *Les Machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, a cura di Michel Foucault, Paris, Institut de l'environnement, 1976, p. 15, la traduzione è mia.

<sup>10</sup> In questo capitolo ci si riferirà soprattutto ai discorsi prodotti da queste tipologie di medici, maggiormente impegnate nello sforzo di definizione dell'«ospedale moderno», sebbene il

vengono inquadrare concettualmente le trasformazioni che, come vedremo, stanno effettivamente investendo questa istituzione, ma che nondimeno rappresenta una vera e propria utopia – questo progetto non può che essere consustanziale ad una ‘riforma dell’assistenza’. O meglio, alla ‘creazione’ di quest’ultima, che dovrebbe emergere come entità autonoma, contrapposta tanto alla cura – appannaggio esclusivo dei medici – quanto al mero lavoro di riproduzione dell’ospedale. Come avremo modo di vedere, chiave di volta di questa riforma dell’assistenza sarà proprio la figura dell’“infermiera moderna”<sup>11</sup>.

Prima di esaminare l’‘utopia dell’ospedale moderno’ e il suo rapporto con la figura dell’infermiera, è però necessario tracciare un quadro delle condizioni degli ospedali del regno al principio del ventesimo secolo.

## 1. L’ospedale in transizione

A cavallo tra XIX e XX secolo l’ospedale è un’istituzione in transizione<sup>12</sup>. Le novità che lentamente la investono in questo periodo si iscrivono in un contesto che molti denunciano come ‘arcaico’. Il nosocomio ottocentesco, spesso definito sprezzantemente ‘ospedale ricovero’ e sottoposto fin dagli anni ’70-’80 dell’800 ad una serrata critica<sup>13</sup>, era un’istituzione la cui finalità non era primariamente terapeutica. Nell’immaginario collettivo, fino almeno alla fine dell’800, l’ospedale era al contrario un luogo dal quale non si avevano molte speranze di uscire vivi<sup>14</sup>: per chi aveva mezzi – sociali ed economici – la cura e la guarigione erano esperienze prevalentemente domestiche. Carità e controllo erano piuttosto i due poli tra i quali si articolava almeno fino alla fine del XIX secolo la vita di un’istituzione preposta ad accogliere un’umanità varia accomunata soprattutto dall’estrema povertà. D’altra parte l’ospedale ottocentesco era un’istituzione caritatevole anche sul piano ma-

nosocomio – in quanto luogo deputato alla formazione e all’accumulazione di prestigio – sia importante per tutte le categorie di sanitari.

<sup>11</sup> Su questi temi mi permetto di rimandare a Olivia Fiorilli, ‘Un organismo scientificamente e praticamente perfetto’: l’ospedale moderno e l’infermiera nel discorso medico del primo Novecento, in «Contemporanea», XVIII, 2 (2015), pp. 221-244.

<sup>12</sup> Al termine del diciannovesimo secolo, secondo il censimento realizzato dal Ministero degli Interni nel 1885, nel regno sono presenti 1209 ospedali, per lo più collocati in piccoli comuni (Maurizio Vaglini, Cecilia Gennai, *Storia delle istituzioni sanitarie in Italia dalla fine del ’700 ai giorni nostri*, Primula, Pisa 2002), con 70 mila posti letto, distribuiti in modo molto diseguale (la concentrazione maggiore di posti letto si trova al sud).

<sup>13</sup> Claudia Pancino, *Questione ospedaliera e igiene nella seconda metà dell’ottocento*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, a cura di Betri, Bressan, cit., pp. 343-352.

<sup>14</sup> A questo proposito si veda Luca Clerici, *Oltre i confini del realismo: la rappresentazione dell’ospedale nella narrativa italiana ottocentesca*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e novecento*, a cura di Betri, Bressan, cit., pp. 499-526.

teriale, essendo dal punto di vista amministrativo solo uno tra i tanti tipi di Opere Pie che alimentavano il sistema istituzionalizzato della carità, per lo più legato alla Chiesa. Si tratta, peraltro, di una condizione che permane sostanzialmente invariata fino a ben oltre l'arco temporale considerato da questa ricerca, nonostante timidi tentativi di riforma che poco alla volta sovra-scrivono la nuova funzione terapeutica e assistenziale su strutture di diversa natura, sostanzialmente ibridandole, senza però arrivare a mutarne radicalmente la natura<sup>15</sup>.

Eppure a partire dalla fine dell'Ottocento importanti trasformazioni investono questa istituzione. In primo luogo al volgere del secolo il flusso di persone che vi ricorrono aumenta drasticamente<sup>16</sup>. Inoltre nella composizione di questo flusso di può leggere un'importante novità: non sono più i soli poveri a varcare le soglie degli ospedali da quando al principio del secolo alcuni nosocomi cominciano ad organizzare una diversa forma di assistenza per i dozzinanti. Si profila il timido inizio di una trasformazione nella percezione sociale dell'ospedale che comincia ad essere sempre meno esperito come un luogo di morte e sempre più come uno spazio di guarigione.

A cavallo tra i due secoli le trasformazioni che attraversano lo spazio ospedaliero sono anche frutto di quelle che stanno investendo la medicina e le sue pratiche. Negli ultimi decenni dell'Ottocento anche in Italia si

<sup>15</sup> La prima di queste leggi è quella crispina del 1890 (17 luglio 1890 n. 6972) sulle Opere Pie, che rende gli ospedali istituti pubblici di beneficenza. Tale legge impone ai nosocomi di ricoverare i malati poveri in caso di urgenza sulla base di un'ordinanza del prefetto o del sindaco, demandando il saldo delle spese di ricovero al comune dove il paziente ha il 'domicilio di soccorso': il nuovo sistema introdotto dalla legge crispina inaugura una spirale di dissesto finanziario dopo la prima guerra mondiale, aprendo la strada alla ricerca di soluzioni finanziarie di varia natura, che vanno dalle mutue all'assicurazione generale contro le malattie. Il decreto n. 2841 del 1923 e testo unico delle leggi sanitarie del 1934 portano ulteriormente avanti il processo di sovra-iscrizione della funzione terapeutica e assistenziale sugli ospedali sottoponendo questi ultimi all'autorità sanitaria centrale e provinciale ed estendendo l'obbligo di ricovero anche a casi eventualmente non previsti dalle norme statutarie dei singoli nosocomi. Il fascismo però – anche per evitare attriti con la Chiesa che dei nosocomi ha spesso il controllo – non si spinge fino a mettere definitivamente in discussione l'autonomia degli ospedali, separandoli definitivamente dalle altre Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) e laicizzando queste ultime. Per una storia del quadro amministrativo degli ospedali del regno si vedano Edoardo Bressan, *Le istituzioni assistenziali fra antico regime e società contemporanea*, in *Cura e intervento sociale nel Cremonese tra Otto e Novecento, cent'anni dell'Istituto ospedaliero di Sospiro (1897-1997)*, a cura di Maria Luisa Betri, Edoardo Bressan, Roma, Franco Angeli, 2001; Paolo Cavalieri, *Assetto istituzionale degli ospedali e orientamenti giurisprudenziali in materia dal 1890 all'avvento del fascismo*, in *Gli ospedali in area padana*, a cura di Betri, Bressan, cit., pp. 381-394.

<sup>16</sup> Tra 1885 e 1902 numero di malati annuale per ospedale aumenta del 50% passando da più 345 mila a più di 503 mila: Frascani, *Ospedale e società*, cit., p. 169.

diffonde la batteriologia. Sul piano terapeutico i preparati galenici, farmaci eclettici prevalentemente orientati ad un'azione sistemica, iniziano ad essere progressivamente sostituiti dal farmaco industriale a base di principio attivo chimicamente isolato, più specifico e indirizzato al solo organo o tessuto nel quale il processo morboso viene localizzato<sup>17</sup>. In questo periodo si diffondono metodi anestetici<sup>18</sup> e a partire dagli anni '70 e '80 dell'Ottocento si sviluppano asepsi e antisepsi. Queste novità garantiscono una fondamentale svolta della chirurgia, che inizia a mietere insperati successi. Tali successi sono tra gli elementi che accrescono la fiducia nelle 'sorti progressive' della medicina e nelle sue concrete possibilità terapeutiche. Nonché il prestigio del grande ospedale cittadino, che della chirurgia diventa il teatro 'naturale'. Un teatro che deve divenire adeguato alla solennità della rappresentazione: silenzioso, ordinato e – naturalmente – igienicamente impeccabile.

Ma al principio del ventesimo secolo inizia a fare il suo ingresso nell'ospedale anche l'elettricità, che non solo illumina le sale, ma alimenta anche nuove macchine elettriche. Nell'arco del primo ventennio del '900 la radiologia si sviluppa in campo terapeutico ma anche in quello diagnostico. Quest'ultimo ha subito a partire dal secolo precedente una vera e propria rivoluzione copernicana. La nascita dell'anatomia patologica ed il correlato sviluppo di metodi (e strumenti) di rilevazione che superano la superficie del corpo per penetrarne i segreti interni, la crescita della biologia, l'avvento della batteriologia con la conseguente centralità del laboratorio, sono tutti fattori che sconvolgono l'idea tradizionale di diagnosi (e quella di malattia). L'analisi di segni misurabili e 'oggettivamente rilevabili' scavalca nella diagnostica l'importanza del racconto del paziente<sup>19</sup>.

Si tratta di processi non indifferenti dal punto di vista dell'argomento che qui ci interessa: la trasformazione dell'assistenza. Alcune storiche del *nursing* hanno infatti sottolineato il legame tra i nuovi paradigmi che si affermano in campo terapeutico e diagnostico e l'emergere dell'assistenza cosiddetta 'moderna'. Patricia D'Antonio, ad esempio, analizzando i discorsi dei medici di Philadelphia impegnati, alla fine del XIX secolo, nella promozione della figura dell'*intelligent nurse*, sostiene che una delle cause del successo di quest'ultima sia da cercare nelle trasformazioni della scienza e della pratica medica: in particolare nella predilezione di quest'ultima per la misurazione e

<sup>17</sup> Vittorio Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'Unità al Mercato Unico Europeo (1961-1992)*, Roma-Bari, Laterza, 1992.

<sup>18</sup> Anche lo sviluppo dei metodi anestetici e la conseguente necessità di sorvegliare con maggiore attenzione il decorso postoperatorio ha catalizzato la necessità di una maggiore preparazione del personale di assistenza.

<sup>19</sup> Su questo si veda Barbara Duden, *Il gene in testa e il feto nel grembo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.

il laboratorio. L'infermiera 'moderna', scrive D'Antonio, è colei che è in grado di maneggiare gli strumenti di misurazione, ma soprattutto di incarnare l'occhio del medico che segue l'evoluzione del paziente anche in sua assenza, monitorandone lo stato fisico e cogliendone le variazioni<sup>20</sup>.

Infine, con grande lentezza, al principio del XX secolo inizia a cambiare l'organizzazione degli ospedali. Gli istituti si specializzano e iniziano ad applicare la specializzazione funzionale al proprio interno attraverso la creazione di reparti che radunano malati affetti da problemi simili. Si tratta di un embrione di trasformazione, che verrà sviluppato nel tempo e incentivato dai medici.

Dall'ultimo decennio del diciannovesimo secolo i nosocomi iniziano, inoltre, a dotarsi di regolamenti sanitari, che – sebbene teoricamente obbligatori da vari decenni – si diffondono effettivamente solo dopo l'approvazione della già citata legge del 1888. I nuovi regolamenti tendono a scandire più rigorosamente la vita dei nosocomi – per le visite dei sanitari così come per la distribuzione dei medicinali cominciano, ad esempio, ad essere definiti orari precisi – ma anche, in alcuni casi, ad organizzarne gli spazi. I regolamenti dell'Ospedale degli Incurabili di Napoli e degli ospedali di Roma, tra la fine degli anni '70 e il principio degli '80 dell'Ottocento, prescrivono come debbano essere distribuiti i letti, destinati ormai ad ospitare una sola persona alla volta. Negli ospedali di Roma su ognuno di questi dovrebbero essere sistemate una scheda con le prescrizioni riguardanti il vitto e una scheda clinico-statistica. I regolamenti della fine dell'800 iniziano in effetti a normare più dettagliatamente l'ammissione dei pazienti – i cui dati anagrafici e nosologici devono essere registrati – che vengono spogliati lavati e rivistiti con abiti dell'ospedale<sup>21</sup>. Questo è solo uno dei particolari che, nel nuovo ospedale le cui fondamenta iniziano ad essere gettate a cavallo tra i due secoli, denotano il tentativo di dar vita a nuove forme di disciplinamento che tendono a irregimentare i corpi nello spazio nosocomiale e a regolarne la distribuzione. Se l'ospedale-ricovero Ottocentesco era stato uno spazio all'interno del quale i ricoverati potevano muoversi, dal quale potevano uscire più o meno liberamente mantenendo stretti legami con reti di relazione esterne, all'interno del nuovo ospedale che si profila all'inizio del ventesimo secolo si delineano alcune limitazioni alla libertà di movimento dei ricoverati.

<sup>20</sup> Patricia D'Antonio, *American nursing: a history of knowledge, authority and the meaning of work*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2010.

<sup>21</sup> Frascani, *Ospedali e società*, cit., pp. 101 e sgg. Sulle condizioni, molto diverse, dell'ospedale romano di S. Spirito in Sassia prima degli anni '60 del diciannovesimo secolo si veda Antonio Nitto, *Come funzionava l'ospedale di S. Spirito di Roma un secolo fa*, in *Atti del secondo congresso italiano di storia ospitali era*, Torino-St. Vincent 7-9 giugno 1961, Reggio Emilia, Centro Italiano di Storia Ospitaliera, 1962, pp. 479-487.



E tuttavia al principio del Novecento il vecchio 'ospedale ricovero' è lungi dall'essere solo un ricordo del passato. Ad esempio sulla scena ospedaliera si muovono ancora liberamente diverse figure tipiche della 'pietà barocca': dame visitatrici, associazioni filantropiche di varia natura, corporazioni laiche e religiose che in alcuni ospedali hanno il 'privilegio' di somministrare il vitto e contribuire alla cura dei pazienti ad esempio tagliando barbe e capelli. L'affollamento delle corsie ospedaliere, spesso denunciato dai medici, è dato anche dal via via dei familiari che fanno visita ai ricoverati. Non sarà un caso che, come si vedrà, uno dei *leit motiv* dei medici che scrivono dell'"ospedale moderno" che hanno in mente, e in particolare delle nuove forme dell'assistenza diretta, insistano tanto sul fatto che compito primo di un nuovo tipo di personale sia proprio il controllo degli scambi che intercorrono tra interno ed esterno dell'istituzione.

Oltre ai sanitari e alla folla di personaggi appena descritta, lo spazio ospedaliero al principio del ventesimo secolo è attraversato da una serie di altre figure che compongono il personale dei nosocomi. In primo luogo in alcuni ospedali, per lo meno quelli medi e grandi, esiste un personale addetto ai compiti di bassa manovalanza: pulizia degli spazi esterni alle infermerie e talvolta, in parte, di queste ultime, trasporto dei malati e delle masserizie, etc. Portantini e inservienti, insieme ai portieri che sorvegliano il flusso di persone e oggetti in entrata e in uscita dall'ospedale e agli addetti ai servizi generali come lavanderia e cucina, formano il personale di assistenza ausiliaria. Se il numero degli ospedali che, per i servizi di 'fachinaggio' contano su un personale ausiliario distinto da quello infermiere cresce nell'arco di tempo considerato per questa ricerca, ancora durante la Grande Guerra, ma anche negli anni seguenti, l'indistinzione tra le due categorie è molto frequente. Anche laddove è presente un personale ausiliario riconoscibile, spesso le mansioni di quest'ultimo si confondono con quelle del personale infermiere vero e proprio<sup>22</sup>. Inoltre il confine tra la funzione di assistenza diretta e quella ausiliaria è totalmente poroso anche perché

<sup>22</sup> Dall'inchiesta svolta dalla Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica nel 1918, ad esempio, che suddivide gli ospedali della 39 città in cui si svolge l'indagine in 3 gruppi a seconda del tipo di organizzazione funzionale, i servizi risultano così ripartiti: nel primo gruppo, composta da ospedali collocati in grandi città, «al personale di assistenza immediata spetta solo l'esercizio delle partite di assistenza sanitaria. Per i servizi generali in rapporto agli infermi (pulizia, vitto, trasporto di biancheria ecc) provvede il personale addetto all'assistenza ausiliaria che è laico (uomini e dame)». Nel secondo gruppo «il servizio di assistenza immediata è indipendente dai servizi ausiliari; ma il trasporto del materiale necessario ai malati (vitto, medicinali, materiale di medicazione, ecc.) è fatto anche dagli infermieri». Nel terzo gruppo «al personale infermiere spetta oltre il servizio di assistenza immediata, il disimpegno dei servizi generali attinenti, ad eccezione di quelli della cucina, della lavanderia, del guardaroba ecc. si uniformano a questo sistema gli ospedali di Palermo, Perugia, Chieti, Aquila, Reggio Calabria, Cagliari, Rapallo e gli altri minori, come è facile comprendere, essendo tale ordinamento di servizio meno ossuoso [sic], specialmente per gli ospedali di limitata importanza», *Questio-*



in molti ospedali il personale ausiliario è composto dagli infermieri appena assunti e la promozione da una funzione all'altra avviene solo per anzianità.

Il personale di assistenza diretta o immediata è composto nella maggior parte degli ospedali da infermieri, infermiere e suore. Secondo i dati raccolti dal Ministero dell'Interno in un'inchiesta del 1902, nei 1241 istituti di assistenza attivi a quella data – dei quali 429 hanno personale interamente laico, 696 hanno personale misto e 112 interamente religioso – lavorano 8380 infermieri e infermiere, dei quali 4613 uomini e 3767 donne. Il personale religioso è composto da 70 religiosi e 4243 suore<sup>23</sup>. Anna Celli in un articolo del 1908, riferisce di un discreto aumento del personale religioso, in nettissima prevalenza composto da suore, negli ultimi decenni del diciannovesimo secolo. La ragione di questo fenomeno può forse essere cercata nel minor costo del lavoro di queste ultime rispetto a quello del personale laico<sup>24</sup>. Se nel 1887 è religioso il 30 per cento del personale ospedaliero (2095 su 6947), tale percentuale aumenta di 10 punti in quindici anni<sup>25</sup>.

Al principio del '900, in genere, le infermiere prestano servizio nelle infermerie che ospitano donne e bambini, gli infermieri nei reparti maschili, per lo più sotto il controllo di sorveglianti o ispettori e sotto la direzione di un/una caposala. Questa situazione cambia parzialmente nel corso dei primi decenni del secolo e in particolare durante la prima guerra mondiale, man mano che alcuni medici – come si vedrà tra poco – iniziano a sostenere che le donne siano più adatte all'assistenza dei malati. Benché in alcuni ospedali il servizio di caposala sia appannaggio di un personale laico, nella maggior parte dei casi – sia nelle infermerie maschili che in quelle femminili – esso è svolto da suore di uno dei vari ordini femminili che operano nei nosocomi.

Le suore<sup>26</sup> – e più in generale i e le caposala – dirigono il servizio di assistenza, aiutano i medici durante le visite, ne raccolgono le prescrizioni e descrivono loro l'andamento di ciascun caso, distribuiscono il vitto e som-

*nario relativo al personale di assistenza immediata ed ausiliaria negli ospedali comuni*, pp. 17-18, ACS, Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601.

<sup>23</sup> Dati citati in Anna Celli, *La donna infermiera in Italia*, Roma, Tipografia Nazionale di G. Bertero E.C., 1908, pp. 3-4.

<sup>24</sup> Per avere un'idea dei costi del personale religioso e laico (rispettivamente maschile e femminile), si veda Ramacciati, *Infermieri nello Spedale Grande di Perugia*, cit., pp. 49 e sgg.

<sup>25</sup> Secondo Giancarlo Rocca, le suore che si dedicano all'assistenza tra il 1911 e il 1931 sono concentrate soprattutto al nord: nel 1911 ve ne sono 2014 che salgono a 22596 nel 1931. Nell'Italia centrale nel 1911 si contano 834 religiose impegnate nell'assistenza, che diventano 7338 nel 1931. Al sud si passa nello stesso periodo da 192 a 4232 religiose impegnate nell'assistenza. Giancarlo Rocca, *La religiosa ospedaliera tra Otto e Novecento*, in *Gli ospedali di area padana fra Sette e Novecento*, a cura di Betri, Bressan, cit., p. 562.

<sup>26</sup> Per avere un esempio dell'operato delle suore negli ospedali si veda Albaosa Ines Bassani, *Le dorotee di Vicenza e l'assistenza ospedaliera nel Veneto*, in *Per le strade del mondo*, a cura di Bartoloni, cit., pp. 249-265; Rocca, *La religiosa ospedaliera tra Otto e Novecento*, cit.,

ministrano alcune terapie, eseguono alcuni rilievi diagnostici o ne dirigono l'esecuzione. Il rapporto delle suore con i corpi dei malati, però, è rigorosamente disciplinato dalle regole degli ordini dei quali fanno parte. Spessissimo, ad esempio, esse non possono prestare assistenza diretta agli uomini, né alle partorienti, oppure non possono occuparsi di problemi ginecologici.

Inoltre dal punto di vista disciplinare le suore dipendono dalla congregazione della quale fanno parte. Si tratta di una questione che i medici impegnati nel processo di medicalizzazione dell'ospedale ritengono incompatibile con la trasformazione dell'ospedale in quella *machine à guérir* che molti di loro vagheggiano<sup>27</sup>. Ben più della cultura anticlericale della borghesia delle libere professioni, al cuore della campagna per la laicizzazione degli ospedali in genere e dell'assistenza in particolare – particolarmente accesa a cavallo tra XIX e XX secolo – risiede il sogno di un ospedale la cui vita sia interamente modellata dal sapere medico, regolata dalla sua *ratio*, diretta dai suoi cultori.

Infermiere e infermieri, con tutta la polisemia che queste parole hanno in questo periodo, svolgono nella pratica le mansioni che iniziano, al principio del '900, ad essere annoverate sotto il nome di assistenza diretta o immediata ai malati. Oltre ad aiutare le caposala nella distribuzione del vitto, provvedono alla pulizia dei ricoverati, dei loro letti, generalmente della stessa infermeria, sono chiamate/i a rispondere alle necessità dei pazienti, ma soprattutto li sorvegliano. Al principio del ventesimo secolo il personale infermiere ha iniziato anche a svolgere alcune delle mansioni che fino a quel momento erano state appannaggio degli assistenti e dei medici in formazione. Dall'inizio del '900 questa situazione inizia a cambiare. Come si può dedurre da manuali per infermieri ospedalieri quali quelli del dott. Giovanni Pugliesi<sup>28</sup> e di Enrico Ronzani<sup>29</sup>, che contano entrambi diverse

per avere una idea dell'evoluzione nella formazione delle suore ospedaliere, Bartoloni, *Al capezzale del malato*, cit.

<sup>27</sup> *Riassunto degli argomenti relativi alle riforme per riordinamento dell'assistenza immediata agli infermi trattati nei Congressi dell'Associazione Nazionale fra i Medici Ospedalieri e dei Direttori Sanitari degli Ospedali*, p. 12, ACS Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601. Anche Baccarani (*Infermieri e infermiere*, cit.) annovera tra i problemi posti dalla presenza delle religiose negli ospedali la qualità tecnica dell'assistenza fornita da persone non preparate e che conducono una vita 'antigienica' (ivi, p. 140) e il fatto che le suore rispondano ad un'autorità estranea a quella medica: «le figlie della carità riconoscono come loro superiora diretta ed esclusiva la 'Superiora' della comunità. Fanno il rapporto giornaliero alla Superiora, la quale giudica quanto deve essere riferito o taciuto alla Direzione sanitaria; la ubbidiscono ciecamente, qualche volta contro i desideri dei sanitari. La comunità pertanto presenta un'autonomia propria, indipendente da quella degli ospedali», ivi p. 139.

<sup>28</sup> Prima edizione: Giovanni Pugliesi, *Il manuale dell'infermiere*, Lodi, tip. Edit Wilmant, 1904.

<sup>29</sup> Prima edizione: Enrico Ronzani, *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste: manuale ad uso del personale di assistenza immediata*, Firenze, Stabilimenti tip. Ramella, 1911.

edizioni, il personale di assistenza in questo periodo deve saper applicare terapie o eseguire misurazioni. Tuttavia la separazione delle mansioni del personale infermieristico e medico ancora alla fine della Grande Guerra non è netta. Ad esempio nell'Ospedale Mauriziano per malati curabili e partorienti Umberto I di Torino, visitato dalla commissione per la riforma dell'assistenza infermiera il 30 agosto 1918<sup>30</sup>, «iniezioni, cateterini o altri atti curativi sono sbrigati da assistenti medici. Le suore seguono il medico nel giro e prendono le consegne. Non si sente il bisogno di elevare il livello personale perché certe mansioni sono svolte da allievi del 5 e 6 anno»<sup>31</sup>. Non a caso, passando in rassegna le varie forme di assistenza infermieristica in Italia nel 1919, Mary Sewel Gardener, *chief nurse* della *Commission for Tuberculosis della American Red Cross* nota che negli ospedali:

[...] the doctors give most of the treatments usually given in England and America by nurses and little attempt is made either to increase the skill of the infermiera or to secure a type of woman capable of such improvement. It may be generally stated that few infermiere would be capable if receiving a nurse's training, even were requirements reduced to the lowest possible minimum<sup>32</sup>. [I medici somministrano i trattamenti che in Inghilterra e America sono somministrati dalle *nurses* e c'è uno scarso per migliorare le capacità dell'*infermiera* o attrarre donne passibili di tale miglioramento. Si può dire in generale che molte poche *infermiere* sarebbero capaci di ricevere il *training* da *nurses*, anche se i requisiti fossero ridotti al minimo].

In queste poche righe Gardner elenca alcuni degli elementi che sono al centro di tutti i discorsi sulla riforma dell'assistenza in circolazione in quegli anni. *In primis* la questione del 'reclutamento'. Gli infermieri e le infermiere che lavorano negli ospedali provengono generalmente dal mondo contadino, dalla classe operaia, nel caso delle donne si tratta spesso di domestiche o lavandaie, talvolta di esposte<sup>33</sup>. La questione dei mestieri svolti dal personale di assistenza prima dell'ingresso in ospedale è ossessivamente evocata dai medici impegnati nella riforma dell'assistenza per varie ragioni. Molti medici, ma

<sup>30</sup> Eppure si tratta di un ospedale nel quale, come si apprende dalla relazione della visita, l'assistenza sta iniziando ad essere svolta da donne anche in un reparto maschile semigratuito e a pagamento. Si tratta quindi di un nosocomio che in qualche modo è stato investito almeno da alcune delle idee che circolano sulla riforma dell'assistenza infermieristica.

<sup>31</sup> *Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino 30 agosto 1918*, ACS, Ministero degli Interni, Direzione generale di Sanità, (1910-20), b. 598.

<sup>32</sup> Mary S. Gardener, *Supplementary report of nursing section*, in American Red Cross, Commission for Tuberculosis, *Report of the Commission for tuberculosis, an attempt to establish a method of international cooperation in public health and welfare work*, Roma, Tipografia Bertero, 1919, p. 50.

<sup>33</sup> Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 26.

non solo loro, convinti della necessità di una riforma dell'assistenza, ritengono che persone appartenenti a tali 'categorie' non possano esprimere quella 'moralità' richiesta al personale infermieristico<sup>34</sup>. Non a caso la questione del 'cattivo reclutamento' si accompagna nel discorso dei sanitari all'annosa questione delle 'mance' richieste ai ricoverati per l'erogazione di cure e attenzioni, simbolo principale, insieme e forse più del problema dell'ubriachezza<sup>35</sup>, della presunta 'immoralità' dei 'vecchi infermieri'<sup>36</sup>.

Connessa alla questione del reclutamento è quella della cosiddetta 'vocazione'. «Costoro – scrive sdegnosamente Baccarani riferendosi a tutte le categorie di persone sopra elencate – hanno abbracciato la professione dell'infermiere, come avrebbero scelto un altro mestiere qualunque, se fosse loro capitato»<sup>37</sup>. La questione della 'vocazione' si connette nel discorso dei medici a quella dell'elevato *turn over*<sup>38</sup> del personale. L'elevato tasso di rinnovamento del personale ospedaliero è effettivamente un problema che affligge molti ospedali al principio del secolo: esso è generato – secondo i riformatori – dalle cattive condizioni di lavoro, ma anche, nel caso delle infermiere, dal divieto di sposarsi. In

<sup>34</sup> «Come poter trovare infatti in contadini od in piccoli artigiani che formano la maggior parte delle reclute degli infermieri quelle doti morali di abnegazione, di spirito di sacrificio, di intelligenza, di coltura, quelle raffinatezze di animo che devono formare il substrato dell'infermiere destinato ad aiutare l'infermo non soltanto nei bisogni del suo organismo ma a prevenirne i desideri, confortarlo moralmente, distrarlo, occuparlo con la conversazione – sostituendo per quanto è possibile le cure tenere ed attente della famiglia, attenuandogli la sensazione di sentirsi tra estranei e facendogli meno sentire la separazione dai congiunti? Se poi l'Ospedale deve, come si vorrebbe, essere luogo di educazione morale ed igienica per i ricoverati meno evoluti, come potremo noi sperare tutto questo da un personale di assistenza che avrebbe ancora tanto bisogno di essere educato esso stesso?», Ernesto Skulteki, *I nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria*, cit., p. 5.

<sup>35</sup> «Nessun vizio peggiore in un infermiere che quello *dell'ubriachezza*; questa, se è riprovevole in ogni uomo, nell'infermiere rappresenta un vero *delitto*, perché gli può togliere la padronanza de' suoi atti verso il malato», Giovanni Pugliesi, *Il manuale dell'infermiere*, IV edizione, Venezia, L'Autore Ed., 1916, p. 11.

<sup>36</sup> Sebbene c'è da notare che soprattutto in una prima fase della campagna dei medici per la riforma dell'assistenza, la questione delle mance sia trattata soprattutto in relazione alle durissime condizioni di lavoro del personale di assistenza degli ospedali. Non a caso nei primi congressi dei medici ospedalieri sono diversi gli ordini del giorno in favore di un miglioramento delle paghe giornaliere e in generale delle condizioni di lavoro.

<sup>37</sup> Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 26.

<sup>38</sup> In effetti secondo la relazione della Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica, che non a caso riserva una sezione specifica alla questione del rinnovamento annuale del personale infermiere maschile e femminile, in alcuni ospedali nel 1914 il 'turnover' ha riguardato fino al 90% del personale (ospedale di Cagliari), sebbene in altri ospedali le percentuali di rinnovamento durante l'anno siano state decisamente più basse, e rispettivamente: 3% del personale maschile e 6% di quello femminile a Milano, 2% e 4% a Roma, 1% e 4% a Padova e Genova. In generale la percentuale di rinnovamento è più alta per il personale femminile. *Relazione della commissione*, cit., p. 32.

molti ospedali, infatti, al personale femminile è imposto l'obbligo del nubilito<sup>39</sup>. Inoltre le infermiere – e in misura molto minore gli infermieri – vivono spesso in condizione di internato nell'ospedale, ricevendone vitto e alloggio<sup>40</sup>.

Lo stato degli alloggi per il personale è un'altra delle questioni che stanno a cuore ai medici che auspicano una riforma del personale. Non solo le precarie condizioni di vita del personale – caratterizzate da turni pesanti, paghe esigue, alti tassi di morbidità – rendono il lavoro in ospedale scarsamente appetibile e quindi il bacino di reclutamento del personale poco 'consono', nell'ottica dei medici riformatori: le residenze delle infermiere, spesso non rispondenti ai criteri dell'igiene ospedaliera, non adempiono alla loro principale funzione, ossia quella di 'produrre' un personale sano, disciplinato, morale. «La casa, nel senso inglese della parola, ha una grande importanza nello sviluppo delle qualità morali e affettive dell'uomo e noi abbiamo a torto dimenticato per gl'infermieri questa verità psicologica. [...] Nelle condizioni degli alloggi attuali – eccezion fatta, ripeto, per pochissimi Ospedali – si trovano compromesse tutte le condizioni più indispensabili per avere dei buoni infermieri: disciplina, riposo, proprietà, salute»<sup>41</sup>, scrive ancora Baccarani nel 1909.

Infine alla 'questione del reclutamento' del personale infermiere è legata a un ulteriore problema sollevato dai medici impegnati nella riforma dell'ospedale, ma non solo da loro: quello del livello di istruzione di infermieri e infermiere e – di conseguenza – della loro formazione professionale. In molti ospedali il livello di istruzione richiesto al personale infermieristico è piuttosto basso. Nel primo decennio del ventesimo secolo per l'assunzione è sufficiente saper leggere e scrivere, in altri ospedali si richiede di aver terminato la scuola dell'obbligo. I medici, generalmente, ritengono il basso livello di istruzione che di solito caratterizza il personale di assistenza l'elemento che impedisce di

<sup>39</sup> Dall'indagine della Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica si evince che l'assunzione di donne sposate è 'tollerata' in alcuni ospedali quali quelli di Palermo, Verona, Roma, Pavia, Cremona, Spezia, Ascoli Piceno, Catanzaro, Pistoia, Grosseto, Savona. Spesso tale 'tolleranza' è dovuta alle generali difficoltà di reclutamento del personale, dovute alla durezza del servizio ospedaliero.

<sup>40</sup> Baccarani riporta i dati dell'inchiesta del Ministero degli interni per l'anno 1902 nella quale si rileva che su 5672 infermieri, 2619 ricevono vitto e alloggio, 876 il solo vitto e 1877 il solo alloggio in aggiunta allo stipendio, p. 31. Non ci è dato sapere la percentuale di uomini e donne compresi in queste cifre, Baccarani aggiunge però che: «In riguardo alle donne, la grandissima maggioranza degli Ospedali somministra il vitto nell'Istituto; e così Torino, Genova, Firenze, Milano, ecc, che non danno il vitto agli uomini, così nel reclutamento come nelle condizioni materiali. In molti ospedali cioè, le infermiere o sono delle esposte, (Firenze, Genova, Torino), o delle pie donne ospitaliere (Pavia) o vivono in una specie di comunione civile (Milano)». Nel 1919 la situazione è sostanzialmente invariata: secondo la relazione della Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica «le infermiere hanno quasi generalmente vitto e alloggio», *Relazione della commissione*, cit., p. 41.

<sup>41</sup> Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 60.

ottenere dalle scuole di formazione i risultati sperati. Nell'ultimo ventennio del XIX secolo, infatti, alcuni ospedali avevano iniziato a istituire spontaneamente delle scuole per il personale di assistenza. Ne è un esempio precoce la scuola samaritana creata a Torino dal dottor Calliano nel 1883 sul modello di quelle tedesche. Baccharani segnala l'esistenza di una decina di scuole per infermieri e infermiere nel 1887<sup>42</sup>, l'indagine ministeriale del 1902 ne censisce venticinque. Nel 1918, tra gli ospedali di 39 città considerati nell'indagine della Commissione per la Riforma dell'Assistenza Infermiera, sono forniti di una scuola per il personale di assistenza solo quelli di Milano, Roma, Genova, Firenze, Torino (Ospedale Maggiore), Napoli, Palermo, Padova e Brescia (nelle ultime due i corsi sono sospesi), A Siena, Pavia e Parma, Torino (Ospedale Maria Vittoria) e Vercelli<sup>43</sup>. Le scuole teorico-pratiche generalmente hanno la durata di qualche mese, alcune sono aperte solo al personale dell'ospedale, altre anche ad allievi esterni. I corsi sono tenuti dai primari o dagli aiuti che lavorano nel nosocomio e normalmente forniscono un'infarinatura di nozioni di anatomia, fisiologia, batteriologia, igiene ospedaliera e personale; istruiscono il personale sui principi dell'asepsi e dell'antisepsi, danno agli infermieri nozioni pratiche per la somministrazione delle terapie e l'esecuzione dei rilevamenti diagnostici<sup>44</sup>.

Le scuole di formazione, come è facile immaginare, sono al centro dei programmi di tutti gli attori interessati alla riforma dell'assistenza agli infermi e alla costruzione dell'ospedale moderno. Il Regolamento tipo redatto dal 1904 dalla Federazione Nazionale degli Infermieri e delle Infermiere di Ospedale e di Manicomio – della quale si parlerà più estesamente nel quarto capitolo – auspica la creazione in ogni provincia di una scuola teorico-pratica della durata di due anni, con esame finale – sostenuto di fronte ad una commissione nella quale figuri un delegato governativo – che dia diritto ad un diploma, valido in tutti gli ospedali del Regno e obbligatorio per l'assunzione in servizio. Fin dal primo congresso nazionale dei medici degli istituti e Opere Pie ospedaliere, tenutosi a Milano il 27-8

<sup>42</sup> Baccharani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 77.

<sup>43</sup> *Questionario relativo al personale di assistenza immediata ed ausiliaria negli ospedali comuni*, p. 38, ACS, Ministero degli interni, Direzione generale di Sanità (1910-20), b. 601.

<sup>44</sup> Il programma di insegnamento della scuola per infermieri dell'ospedale S. Maria Nuova di Firenze, trascritto da Baccharani, prevede invece «1 educazione dell'infermiere; suoi doveri e diritti, disposizioni del Regolamento igienico-saitario concernenti il servizio di assistenza immediata e ausiliaria e la tenuta pratica dei registri relativi al servizio di assistenza immediata e ausiliaria e la tenuta pratica dei registri relativi al servizio. 2 nozioni elementari di anatomia e fisiologia. 3 nozioni elementari d'igiene ospedaliera intorno alle infezioni, asepsi e antisepsi; trattamento morale dell'ammalato; nettezza e disinfezione degli ambienti e delle suppellettili. 3 nozioni elementari d'igiene ospedaliera e intorno alle infezioni, asepsi e antisepsi; trattamento morale dell'ammalato; nettezza e disinfezione degli ambienti e delle suppellettili 4 assistenza medica, servizio al letto, nozioni oratiche di balneoterapia, aeroterapia, elettroterapia, massaggio e iniezioni ipodermiche. 5 assistenza chirurgica, pronto soccorso medico e chirurgico, fasciature, medicature, sala d'operazione, armamentario. 6 piccola farmacia», Baccharani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 83.



ottobre del 1906<sup>45</sup>, anche i sanitari sollecitano a più riprese l'edificazione di scuole di formazione per il personale di assistenza. È significativo, però, che proprio in questo primo congresso nel quale la questione della formazione del personale si pone in modo forte, al momento della discussione sul Regolamento tipo sottoposto ai medici dalla Federazione la maggior parte degli interventi correttivi preveda un abbassamento degli standard di preparazione auspicati dal documento degli infermieri. La tensione tra desiderio di una miglior preparazione tecnica del personale e la paura che questa preparazione faciliti l'usurpazione delle funzioni minacciando la centralità dei medici attraversa più o meno carsicamente tutti i discorsi di questi ultimi sulla riforma dell'assistenza. Il personale infermieristico non deve prendere il posto dei medici, le cognizioni che è pure necessario acquisisca per svolgere correttamente le proprie funzioni non devono indurlo a peccare di arroganza: questo il *leit motiv* che percorre i discorsi dei sanitari<sup>46</sup>.

Dopo aver brevemente esaminato le condizioni degli ospedali del Regno e – soprattutto – le critiche ad esse mosse dai sanitari interessati alla riforma dell'istituzione nosocomiale, sarà bene passare all'esame del modello di modernizzazione dell'ospedale da questi proposto nel corso di un dibattito che prende corpo e si articola tra congressi, riviste e pubblicazioni specializzate. Nel prossimo paragrafo si prenderà in esame l'«utopia dell'ospedale moderno» che viene delineata dai medici nel corso dei primi decenni del novecento e con sempre maggior precisione e chiarezza dopo la prima guerra mondiale, quando – dopo la «grande carneficina» – il problema dell'«amministrazione» della salute pubblica guadagna il centro della scena, mentre il laboratorio della mobilitazione bellica suggerisce e alimenta sogni di razionalizzazione della società.

## 2. L'utopia dell'«ospedale moderno»

Con «volgere dei tempi», scrive il direttore del S. Maria Nuova di Firenze Luigi Baldassarri nel gennaio del 1922 sulle pagine di «Ospedale Maggiore», sempre più gente sceglie di curarsi in ospedale «così ad edifici ed ambienti vetusti, ristretti, scarsi di luce ed aria si sostituivano infermerie ampie, areate, salubri

<sup>45</sup> Durante questo congresso viene fondata l'Associazione Nazionale dei Medici Ospedalieri Italiani. Già nel 1901 era nata la prima Società ospedaliera italiana. Sull'associazionismo medico si veda Soresina, *I medici tra stato e società*, cit.; Id. *Associazionismo e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, in «Società e Storia», VIII, 27 (1985). Cherubini, *Medicina e lotte sociali*, cit.

<sup>46</sup> Ad esempio si veda Giovanni Pugliesi, *Il manuale dell'infermiere*, Lodi, a cura dell'A., 1907, p. 13. Per una prospettiva internazionale sul tema della reazione dei medici rispetto alla formazione professionale delle infermiere si veda Brigid Lusk and Julie Fisher Robertson, *US organized medicine's perspective of nursing. Review of the journal of the American medical association 1883-1935*, in *New directions in nursing history: international perspectives*, a cura di S. Mc Gann, B. Mortimer, London, Routledge, 2005, pp. 86-108.



sotto ogni riguardo, provvedute di tutti i locali accessori, che permettono ogni conforto ai malati come il facile disimpegno di tutti i servizi; si stava passando dai vecchi stabilimenti tetri di malinconia e tristi presagi ad istituti luminosi e ridenti, ispiratori di speranza e conforto, allietati da brillanti successi»<sup>47</sup>. In questo breve passo di un articolo il cui titolo – *La funzione dell'ospedale nei tempi moderni* – rende bene giustizia della molteplicità di significati di cui è carica l'utopia dell'«ospedale moderno», tra le righe dell'afflato poetico, si possono leggere alcune delle coppie di opposti attraverso le quali il discorso medico descrive, delinea, costruisce, in una relazione mutualmente costitutiva, il 'vecchio' ospedale ricovero, luogo di pietà e di carità, e l'ospedale 'moderno', tempio della scienza moderna e espressione della nuova concezione sociale dell'assistenza. Buio/luminoso, soffocante/arioso, vecchio/nuovo, infetto/salubre, disorganizzato/funzionale, mortifero/rigeneratore, ma – si potrebbe aggiungere – sporco/pulito, contaminante/puro, disordinato/ordinato, caotico/lineare, rumoroso/silenzioso, bello/funzionale: sono questi i poli 'moralmente risonanti' entro i quali la relazione mutualmente costitutiva tra ospedale moderno e ospedale ricovero è costituita dal discorso dei medici. Tali poli racchiudono anche le caratteristiche 'tecniche' fondamentali che i medici ascrivono alla 'macchina per guarire' che sognano.

L'«ospedale moderno» immaginato dai medici è un'unità integrata, all'interno della quale tutte le parti contribuiscono al buon funzionamento dell'insieme, un ingranaggio dal quale deve essere bandita ogni dispersione energetica e ogni spreco – di materiali<sup>48</sup>, tempo o energia – che risponde a un unico comando e a un'unica logica e persegue un solo obiettivo:

[...] se è questo lo scopo dello Spedale – la cura più rapida e migliore possibile – è naturale che tutto il complesso organismo debba, nel suo insieme e nel suo dettaglio, essere concepito, formato, organizzato a questo unico scopo – scrive nel 1921 Taddeo de Hyeronimis, direttore dei RR. ospedali di Lucca e membro dell'Associazione dei Direttori Sanitari, organizzazione nazionale nata nel 1910<sup>49</sup>

<sup>47</sup> Luigi Baldassarri, *La funzione degli ospedali nei tempi moderni*, in «Ospedale Maggiore», X, 1 (1922), p. 29.

<sup>48</sup> E non a caso il ruolo del personale di assistenza è quello di vigilare sull'andamento della vita ospedaliera perché non si verifichino sprechi: «il fondamento della buona economia in infermeria – scrive Giulio Ascoli – come in casa non può essere che l'opera e la vigilanza diretta della massaiia che conserva, che trova ripieghi e adattamenti, che il di più, quando può, ripone, quando non può rifiuta, che ogni sperpero ha in orrore», Giulio Ascoli, *Assistenza infermiera*, in «Ospedale Maggiore», IX, 1 (1921), p. 28.

<sup>49</sup> L'associazione tiene il suo primo convegno nello stesso anno a Bologna. Per una contestualizzazione dell'associazionismo medico si rimanda ancora una volta a Soresina, *I medici tra Stato e società*, cit., pp. 44 e sgg. e Cherubini, *Medicina e lotte sociali*, cit., per una prospettiva 'internalista' sullo sviluppo dell'associazione e per una contestualizzazione della sua nascita nell'ambito del dibattito medico su igiene e tecnica ospedaliera, si rimanda ad un

– Qualunque altro criterio che limiti quel sano concetto fondamentale, lo deforma, lo deturpa, lo rende inadatto, impedisce di raggiungere lo scopo indicato; ed è di danno non solo all'ammalato, ma anche, è questo che non sanno (purtroppo non sanno o non vogliono sapere), alle Amministrazioni ospedaliere<sup>50</sup>.

All'interno di tale 'officina' nella quale «l'organismo umano, colpito da avaria, viene restaurato e rimesso in efficienza»<sup>51</sup> ogni elemento dovrebbe agire nella cornice di un ordine ben preciso, ogni funzione iscriversi dentro un disegno complessivo. La metafora della fabbrica, che sostiene il sogno di un ospedale 'razionale' e 'produttivo', compare a più riprese nei discorsi dei medici<sup>52</sup> soprattutto a partire dal primo dopoguerra: non a caso è proprio in questo periodo che le idee legate allo *scientific management* si diffondono anche in Italia<sup>53</sup>, fornendo ispirazione anche al dibattito medico sulla modernizzazione del nosocomio e, più in generale, nutrendo il sogno di un'«amministrazione razionale» della società che tanto successo ha nei travagliati anni postbellici. Quella dell'officina, però, non è l'unica immagine che pervade il discorso dei medici sull'ospedale. A organizzare quest'ultimo è spesso anche il tropo della 'casa igienicamente impeccabile'. Come hanno già notato Alison Bahford e Nancy Tomes<sup>54</sup>, 'abitazione igienica' e 'ospedale

articolo di uno dei suoi membri di maggior spicco: Enrico Ronzani, *Lo sviluppo dell'igiene e della tecnica ospedaliera in Italia*, in «Ospedale Maggiore», XIV, 10 (1926), pp. 297-8.

<sup>50</sup> Taddeo de Hyeronimis, *La funzione moderna degli ospedali*, in «Ospedale Maggiore», IX, 3 (1921), p. 97.

<sup>51</sup> *L'organizzazione ospitaliera*, in «Il Policlinico», XXXVI, 50 (1929), p. 1851.

<sup>52</sup> Si veda ad esempio Valerio Luigioni, *Il vecchio edificio dell'Ospedale Maggiore di Milano in rapporto con le odierne esigenze di igiene ospedaliera*, in «Ospedale Maggiore», I, 12 (1913), p. 814.

<sup>53</sup> Sulla diffusione dello *scientific management* e del Taylorismo in Italia si vedano Cristina Accornero, *Il Taylorismo e gli sviluppi dell'igiene industriale*, in *Il contributo Italiano alla storia del pensiero, Tecnica*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia italiana Treccani, 2013, pp. 391-400; Tullio Sapelli, *Organizzazione, lavoro e innovazione industriale nell'Italia fra le due guerre*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1978; Duccio Bigazzi, *Modelli e pratiche organizzative nell'industrializzazione italiana*, in *L'industria*, a cura F. Amatori, D. Bigazzi, R. Giannetti, L. Segreto, Torino, Einaudi, *Storia d'Italia*, 1999, vol. XV, pp. 900-994.

<sup>54</sup> Scrive Bashford: «As homes came to be thought of scientifically, as places where the public health was to be systematically pursued, so hospitals came to be thought of domestically [...] Sanitary principles of design, of management and of practice applied to hospitals and to homes quite similarly: they became mutually referential [Così come le case iniziarono ad essere concepite scientificamente, come luoghi nei quali la salute pubblica doveva essere perseguita sistematicamente, così gli ospedali iniziarono ad essere concepiti come case (...) I principi igienici del design, del management e della pratica si applicavano agli ospedali e alle case in modo molto simile: in questo senso casa e ospedale iniziarono ad essere riferimenti l'una per l'altro]», Bashford, *Purity and pollution*, cit., p. 10. D'altra parte, come ha acutamente notato Nancy Tomes, con l'avvento del paradigma batteriologico, il lavoro riproduttivo tradizionalmente assegnato alle donne ha assunto una veste scientifica che è alla base del proliferare di numerose metafore che gravitano intorno al sistema dell'ospedale

moderno' sono strettamente legati nel discorso igienista tra '800 e '900. Si può dire che essi si sviluppino in un gioco di mutuo rispecchiamento. Apparentemente ossimorici, il tropo della fabbrica e quello della casa sono in realtà due facce della stessa medaglia proprio in virtù del fatto che nel discorso dei contemporanei l'organizzazione scientifica deve presiedere a entrambe in tempi in cui da una parte le suggestioni del taylorismo investono l'organizzazione del lavoro, dall'altra l'economia domestica, l'igiene della casa e la puericultura rappresentano la triade che guida la 'razionalizzazione scientifica' anche dello spazio domestico<sup>55</sup>. D'altra parte come vedremo più avanti, il repertorio simbolico della domesticità fornisce ai medici una rosa di elementi che sono perfettamente funzionali alla costruzione delle gerarchie dell'«ospedale moderno» e alla riorganizzazione delle relazioni tra gli attori che agiscono al suo interno.

Il delicato meccanismo della macchina ospedaliera necessita, per funzionare correttamente, della 'cosciente cooperazione', di tutte le sue parti attive, sanitari e personale di assistenza. Nel complesso meccanismo della 'fabbrica della salute', i compiti devono essere attentamente suddivisi e distribuiti:

[...] il primario dovrà stabilire il dietetico giornaliero per ogni infermo e le prescrizioni curative. Alla suora spetta registrare su apposito diario tutte le indicazioni riguardanti il vitto degli infermi. Il capo infermiere registrerà tutte le disposizioni date dal primario per la cura dei malati<sup>56</sup>.

Tale meccanismo necessita anche di una continua supervisione, di una perpetua opera di facilitazione dello svolgimento delle funzioni vitali dell'organismo-ospedale. È questo il compito del personale di assistenza, e specialmente di chi si trova ai vertici di tale personale, la cui missione deve essere soprattutto la supervisione del corretto andamento di tutti i servizi, del regolare afflusso e deflusso di persone e oggetti, l'impegno al fine di permettere la silenziosa e continua riproduzione della vita della 'macchina

e della sala operatoria nonché a quello del laboratorio per descrivere i compiti domestici. Tomes, *The gospel of the germs*, op. cit., p. 141.

<sup>55</sup> A questo proposito si veda Cinzia Grossi, *La casalinga e la massaia rurale moderne: il modello dell'efficienzismo domestico americano nell'Italia degli anni Trenta*, in *Donne e immagini di donne tra Belle Epoque e fascismo*, a cura di D. Rossini, Roma, Binklink, 2008, pp. 239-270. D'altra parte, come ha notato Vicky Long per la Grand Bretagna, in questo periodo anche le fabbriche subiscono un processo di 'addomesticamento'. Vicky Long, *Industrial homes, domestic factories: the convergence of public and private space in interwar Britain*, in «Journal of British Studies», L, 2, (2011), pp. 434-64.

<sup>56</sup> *Relazione della sottocommissione tecnica per l'ordinamento interno del nuovo ospedale letta ed approvata nell'adunanza della stessa sottocommissione tenutasi il 31 gennaio 1918*, p. 15, ACS, Ministero degli Interni, Direzione generale di Sanità (1910-20), b. 601.

per guarire'. Insomma, il governo di questo complesso meccanismo necessita di ordine estremo e disciplina.

Come si diceva, inoltre, il corretto funzionamento di questa macchina dovrebbe essere garantito dal fatto di rispondere a un solo comando. La richiesta che tutta la vita dell'ospedale sia sottomessa ad un direttore sanitario medico è, come si diceva, in cima alla lista delle rivendicazioni dei sanitari fin dal 1874<sup>57</sup>. Ogni scelta riguardante la vita della *machine à guérir* dovrebbe infatti, secondo i medici riformatori, essere presa da una sola autorità, dotata delle competenze necessarie a far sì che esse rispondano a una sola logica: quella medica. Alla base di tale rivendicazione è l'idea che all'interno dello spazio ospedaliero tutto, sin nei minimi dettagli, debba rispondere al fine unico di restaurare gli 'organismi in avaria', costituire un momento della terapia ed essere improntata ad una razionalità medica, con la quale nulla deve interferire. Non deve entrare in collisione con questa razionalità quella economica – è contro la logica del risparmio che sarebbe al centro delle scelte delle amministrazioni ospedaliere che i sanitari si scagliano spesso – né altra autorità si deve sovrapporre a quella medica incarnata dal direttore sanitario e più in generale dai primari. È da queste considerazioni che nascono le rimostranze contro lo strapotere dei Consigli di Amministrazione, contro il controllo che le congregazioni esercitano sulle suore le quali a propria volta dirigono il personale di assistenza, o ancora – nel momento in cui saranno immaginate le scuole convitto per infermiere diplomate – la diffidenza nei confronti del potere conferito alla *matron* nel 'sistema inglese' o 'modello Nightingale'.

L'autorità incontrastata dei sanitari su tutti gli aspetti della vita ospedaliera deve far sì che tutto nell'ospedale venga a rappresentare un elemento del processo terapeutico, ma soprattutto venga *problematizzato* in termini medici. E che il sapere medico sia, pertanto, metro ultimo di ogni valutazione, guida di ogni decisione, parametro di ogni scelta: nulla, dentro lo spazio ospedaliero (e, di lì, anche oltre) dovrebbe essere esterno al campo di pertinenza della medicina.

Pulizia e cibo sono due esempi paradigmatici di quanto si va dicendo. Nel caso della pulizia, con l'affermazione della batteriologia e dell'asepsi e dell'antisepsi, si assiste a un passaggio fondamentale: ciò che, sebbene già da tempo connesso alla salute e alla malattia (si pensi alle teorie miasmatiche), era stato un campo aperto all'apporto di differenti saperi<sup>58</sup> e al limite a quello

<sup>57</sup> Il VI Congresso dell'Associazione Medica Italiana chiede per la prima volta una legge di riforma delle Opere Pie che preveda che ospedali e istituzioni di ricovero a carattere sanitario siano dirette da un medico e che almeno un membro medico faccia parte dei consigli di amministrazione, Soresina, *Medici e società*, cit., p. 64.

<sup>58</sup> Nel XVI e XVII secolo, per esempio, i criteri di pulizia del corpo non vengono stabiliti solamente dai medici, ma anche dagli autori di libri di buone maniere, da voci autorevoli in fatto

del senso comune, diviene appannaggio esclusivo del sapere medico. Per pulire veramente, per eliminare i rischi per la salute connessi alla sporcizia, tanto più in ospedale e in presenza di malattie infettive, è necessario un *know how* derivante dalla scienza medica: sulla pulizia e l'igiene dello spazio ospedaliero non possono che vegliare i detentori di tale sapere, i sanitari, unica fonte autorevole delle informazioni di cui deve disporre il personale preposto a questo compito. Solo i medici sono in possesso della chiave per comprendere il significato delle pratiche di purificazione dello spazio ospedaliero e di oggetti e persone al suo interno, dell'importanza che esse vengano svolte a regola d'arte e secondo minuziose procedure: solo chi sia in possesso di nozioni di batteriologia e asepsi può comprendere, ad esempio, che la giusta durata dell'immersione degli oggetti chirurgici nella soluzione disinfettante è una *conditio sine qua non* della sua efficacia sterilizzante. Soltanto i medici – e un personale di assistenza che esclusivamente da questi può essere istruito – hanno le competenze per comprendere il significato di rituali opachi al senso comune. Le pratiche di igiene cessano di poggiare su un sapere empirico per ammantarsi di significati scientifici specialistici<sup>59</sup>. Inoltre la pulizia degli spazi e – a maggior ragione – degli oggetti, cessa di essere mera riproduzione dell'istituzione, per divenire pratica tecnoscientifica e momento importante della vita della *machine à guérir*, garanzia del suo stesso funzionamento<sup>60</sup>. È infatti anche dall'igiene degli spazi che dipende il successo della chirurgia. Inoltre la pulizia può evitare la propagazione e la moltiplicazione delle malattie all'interno dello spazio ospedaliero, ombra che aleggia costante sull'«ospedale moderno».

Altro esempio paradigmatico della rivendicazione di un controllo medico esclusivo su ogni dettaglio della vita ospedaliera è quello del cibo<sup>61</sup>. La battaglia per la medicalizzazione dell'alimentazione all'interno dello spazio ospedalie-

di costume. Georges Vigarello, *Lo sporco e il pulito, l'igiene del corpo dal medioevo a oggi*, Venezia, Marsilio Editore, 1988, p. 11. Si veda anche Margaret Pelling, *The meaning of contagion: reproduction, medicine and metaphor*, in *Contagion, historical and cultural studies*, a cura di Alison Bashford, Claire Hooker, London, New York, Routledge 2001, pp. 15-38.

<sup>59</sup> Come ha notato Nancy Tomes, questa trasformazione ha anche l'effetto di conferire dignità a tali pratiche: «The gospel of the germs – scrive Tomes – turned even humble chores such as dish washing and sweeping into a 'fine action, a sort of religion, a step in the conquering of evil, for dirt is sin', to quote the pioneer home economist Ellen Richards» [Il vangelo dei batteri trasformò anche i compiti più umili quali lavare i piatti o spazzare per terra in 'una buona azione, una sorta di religione, un passo nella sconfitta del male, perché la sporcizia è peccato, per citare la pioniera dell'economia domestica Ellen Richardson], Tomes, *The gospel of the germs*, cit., p. 10.

<sup>60</sup> Per il dottor Pugliesi, autore di un noto manuale per infermieri, la pulizia è addirittura uno strumento terapeutico: «La pulizia è una delle cose più importanti della cura dei malati; tanti poveri infermi guariscono nell'ospedale solo perché sono stati tolti dalla sporcizia della loro casa», Giovanni Pugliesi, *Il manuale dell'infermiere*, II edizione, Lodi, 1907, p. 3.

<sup>61</sup> Si veda anche Ann Thalamy, *La médicalisation de l'hôpital*, in *Les machines à guérir*, a cura di Foucault, cit., p. 46.

ro è la chiave di volta di tutte le rivendicazioni su questioni attinenti il cibo: dall'insistenza sull'importanza terapeutica delle diete differenziate per i diversi pazienti alla campagna per strappare alle suore il potere assoluto nelle cucine<sup>62</sup> o la lotta contro l'introduzione all'interno dell'ospedale di cibi provenienti dall'esterno. A prevalere nelle continue perorazioni dei medici contro l'abitudine dei visitatori è il sentimento di lesa maestà dei sanitari, l'indignazione per le contravvenzioni alle prescrizioni da questo dettate, la sfida che ad esso portano gli altri saperi – quello della comare, della parente, della vicina (quasi sempre di donne si tratta) – sulla base dei quali questi cibi sono scelti e somministrati. È con tono sarcasticamente scandalizzato che il direttore dell'ospedale di Trieste Giulio Ascoli denuncia i continui attentati portati all'autorità assoluta del sapere medico e dei suoi cultori dai visitatori attraverso le pratiche alimentari: «la mamma del ragazzo non ha portato a caso [cibo N.d.A], no: s'è consigliata con una vicina praticissima di malati; è costei che le ha consigliato il nutrimento adatto; l'ha messa anzi in guardia contro imprudenze!»<sup>63</sup>.

A dover essere tagliata fuori dall'istituzione ospedaliera non è tanto la rete di relazioni che lega il malato internato alla sua comunità di provenienza, quanto la fiducia che questi può nutrire nei confronti di altri saperi e altre pratiche che sfuggono al controllo della medicina e dei medici. Chi deve vigilare affinché questo taglio sia netto è il personale di assistenza. Non a caso tra i compiti del buon infermiere prima e della brava 'infermiera moderna' poi ci deve essere quello di vigilare affinché «nessun cibo o bevanda, all'infuori di ciò che viene dai medici ordinato, sia fatto pervenire agli ammalati»<sup>64</sup>. Anche sotto questo aspetto il personale di assistenza deve rappresentare un'estensione dello sguardo medico, fornirgli la possibilità di una sorveglianza costante sui malati.

Ma la sorveglianza non è sufficiente: il personale di assistenza deve anche farsi promotore e araldo della medicina e dei suoi sacerdoti, aiutarli a svolgere simbolicamente e praticamente la propria missione. La visita è il momento in cui il fasto del potere medico deve raggiungere il proprio apice. Tutto deve essere apprestato affinché questo momento si svolga senza nessun intoppo. La funzione di facilitazione del personale infermieristico

<sup>62</sup> Il messaggio è tanto chiaro che le donne impegnate nella promozione della figura dell'«infermiera moderna» faranno bene attenzione, nei propri scritti, a sottolineare il primato medico anche in questo campo apparentemente più attiguo alle «naturali» mansioni femminili in ambito domestico. «Ma se noi mostreremo al medico, sempre subordinata, la nostra perizia d'arte, la nostra igienica delicatezza, la nostra squisita genialità nel variare i suoi temi fondamentali; senza spostarli nella chiave, nel ritmo, nel tempo della battuta, noi guadagneremo la sua fiducia e riscoteremo anche il suo plauso; ed egli vedrà in noi le sue alleate e le sue, sia pur molto umili, assistenti», Bilancini G. recensione di Angela De Vito Tommasi, *L'infermiera in cucina*, in «Il Policlinico», XXIII, 12 (1916), p. 21.

<sup>63</sup> Giulio Ascoli, *Assistenza infermiera*, in «Ospedale maggiore», VIII, 9 (1920), p. 232.

<sup>64</sup> Ronzani, *Del governo degli ospedali*, cit., p. 81.



non è solamente pratica: i malati devono infatti essere preparati anche spiritualmente a ricevere le verità che saranno rivelate loro. Il personale di assistenza deve letteralmente 'porgere' i malati ai medici, sia maneggiandoli praticamente durante la visita affinché meglio si offrano allo sguardo del sanitario – sollevandoli, girandoli, spogliandoli – sia disponendoli psicologicamente a ricevere il parere del medico.

La visita del medico è qualche cosa, diremmo, di solenne – scrive Pugliesi, autore come abbiamo visto di un fortunatissimo manuale per infermieri d'ospedale, in una versione ad uso domestico dello stesso – bisogna tutto disporre perché essa si compia nelle migliori condizioni. Pulizia e ordine nella camera, il letto bene accomodato, l'infermo, cui, se occorre sarà rimutata la biancheria, moralmente preparato a ricevere chi deve recargli il conforto del suo sapere<sup>65</sup>.

Inoltre il personale di assistenza deve soprattutto persuadere i pazienti ad avere fiducia nella medicina e nei suoi depositari. Sulla rubrica dedicata alle norme per l'assistenza ai malati della rivista «Ospedale Maggiore» si legge che la buona infermiera «deve incoraggiare l'ammalato ed ispirargli fiducia nel medico e nella cura intrapresa. Rispettosa coi sanitari e coll'ammalato, dovrà nello stesso tempo saper ottenere dal paziente l'esecuzione delle prescrizioni curative. Ed a questo dovrà sempre arrivare con modi dolci e garbati»<sup>66</sup>.

Date queste premesse è facile intuire che il peggior crimine che il personale di assistenza possa commettere è quello di screditare i medici, mettere in discussione la parola o minarne in qualche modo l'autorevolezza presso il pubblico: uno dei primi doveri di spettanza di questo personale è proprio quello del silenzio, non solo al fine di mantenere la quiete delle sale di degenza, ma anche per evitare di diffondere notizie sullo stato dei malati o sulle cure cui vengono sottoposti<sup>67</sup>.

Perché tutto all'interno dell'organismo complesso che è l'ospedale moderno funzioni a dovere e secondo una rigorosa logica medica è inoltre necessario che esso sia minuziosamente organizzato. Se l'ospedale antico, nel discorso medico, è stato non solo uno spazio di morte – il luogo nel quale i poveri venivano rinchiusi ad attenderla – ma anche uno spazio mortifero, generatore di oscuri mali come la 'febbre ospedaliera' – l'ospedale moderno deve essere uno spazio che letteralmente produce vita, guarigione, salute. Esso non può essere semplicemente il teatro dell'evento terapeutico, ma deve contribuire a quest'ultimo divenendone un agente diretto. Perché

<sup>65</sup> Giovanni Pugliesi, *La infermiera in famiglia. Guida per ben assistere i nostri cari infermi*, Città di Castello, Unione Arti Grafiche, 1912, p. 50.

<sup>66</sup> *Norme per l'assistenza ai malati. Doti dell'infermiera*, in «Ospedale Maggiore», V, 9 (1917), p. 54.

<sup>67</sup> Si veda ad esempio Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., pp. 106-107.



questo sia possibile lo spazio ospedaliero deve però, come si diceva, essere rigorosamente organizzato. Tale organizzazione, secondo i medici, dovrebbe andare eminentemente in due direzioni: in primo luogo quella di una attenta gestione e regolazione dei flussi<sup>68</sup> – siano essi di aria, luce, acqua, oggetti, approvvigionamenti o persone – secondariamente quella di una distribuzione funzionale dei corpi e un loro inquadramento disciplinare.

Come si è già avuto modo di dire, il discorso dei medici sull'ospedale moderno è spesso costruito attraverso la contrapposizione tra ospedale 'antico' e 'moderno'. L'ospedale 'antico' è un luogo in cui l'aria ristagna, è insalubre e gli odori sono insopportabili – e nelle ansie per i pericoli legati ai cattivi odori si può leggere l'eredità di una teoria miasmatica che stenta a scomparire completamente –, l'ospedale moderno, al contrario, deve essere concepito perché l'aria sia continuamente cambiata. Se, come si è già detto, l'aria – insieme all'acqua e alla luce – è uno dei tre elementi chiave dell'igiene non solo ospedaliera, ma anche urbana e domestica, non è un caso che gli scritti dei medici tornino quasi ossessivamente sul problema di come garantirne il ricambio e il regolare flusso. Le relazioni delle visite della Commissione per la riforma dell'assistenza infermiera a diversi ospedali italiani, ad esempio, sono costellate di riferimenti alla qualità dell'aria nei diversi nosocomi e agli odori presenti nelle infermerie.

Se per combattere i ristagni di aria è importante garantire che l'architettura dell'ospedale sia 'igienicamente corretta', anche una buona organizzazione dello spazio interno è fondamentale. Letti ben distanziati e posizionati con regolarità, ostacoli di ogni tipo – mobili e suppellettili inutili – eliminati, circolazione delle persone razionalmente strutturata, servizi ben predisposti possono garantire un costante ricambio dell'aria e la sua salubrità. Tale tipo di organizzazione interna dello spazio ospedaliero consente anche una regolare distribuzione della luce, altro elemento vitale che va fatto entrare in grande quantità nell'ospedale.

Inoltre la razionalizzazione dello spazio, la regolare distribuzione di letti e altri oggetti, la facilitazione degli spostamenti interni, deve garantire il regolare flusso di persone e materiali: materiali di scarico – che vanno continuamente smaltiti o correttamente igienizzati – materiali di approvvigionamento – che devono raggiungere la propria destinazione nel modo più semplice e lineare possibile – materiali introdotti ed estratti da persone esterne all'ospedale – che devono essere monitorati e censiti. Quello che va ad ogni costo evitato dentro la 'macchina ospedaliera' sono la stagnazione, dentro la quale si nascondono focolai di infezione, disordine, caos.

<sup>68</sup> Su questo punto si rimanda a Blandine Barret Krieger, *L'hôpital comme équipement*, in *Les machines à guérir*, a cura di Foucault, cit., p. 33.

Se, come abbiamo visto, la regolarità dei flussi deve essere garantita dall'architettura dell'ospedale modello sognato dai medici e dalla sua organizzazione interna, essa deve però essere sorvegliata e facilitata dal personale di assistenza. È quest'ultimo, in buona sostanza, ad averne la responsabilità. «La saggia Dama – spiega un manuale per dame infermiere della Croce Rossa – deve mirare che l'Infermeria sia sempre il più possibile areata, l'aria, la luce, il sole sono gli elementi igienici migliori e più a buon mercato»<sup>69</sup>.

E ancora, è il personale di assistenza, o almeno i vertici della sua gerarchia, a dover governare il flusso di oggetti: nel suo manuale di igiene ospedaliera del 1910 Enrico Ronzani spiega ad esempio che la caposala «deve dirigere la distribuzione dei cibi, alle varie sale e il ritiro di quelli respinti; il rifornimento della biancheria alle singole infermerie, il ritiro e la consegna degli indumenti e degli oggetti di proprietà dei malati controllandone eventualmente la distinta»<sup>70</sup>.

Ma compito del personale di assistenza è anche garantire che il flusso di persone nell'ospedale si svolga ordinatamente e non sia caotico. *In primis* monitorando la posizione dei corpi che attraversano lo spazio ospedaliero. I/le sorveglianti, nell'ospedale ideale descritto da Ronzani, devono infatti vegliare sul «movimento interno dei servizi e la disciplina di esso»<sup>71</sup>. Inoltre devono «curare il mantenimento del buon ordine tra i ricoverati», «il movimento delle visite e quello dei malati agli ambulatori»<sup>72</sup> e sorvegliare i flussi in entrata e uscita dall'ospedale vigilando affinché «nessun malato possa uscire dall'ospedale senza che sia stato licenziato e senza il nulla osta del Direttore; che nessuna persona non munita di permesso s'introduca nelle infermerie»<sup>73</sup>. Inoltre il personale di sorveglianza dovrebbe scandire regolarmente il ritmo di questi flussi, per evitare che si verifichino movimenti inconsulti, ritmi caotici:

Ha l'obbligo di predisporre le tabelle dei turni di servizio, di regolare i turni stessi, di presenziare al cambio del personale e sorvegliare l'entrata e l'uscita degli infermieri e degli inservienti e si assicurarsi che in qualsiasi momento vengano scrupolosamente osservati i regolamenti e le norme di servizio<sup>74</sup>.

<sup>69</sup> *La moderna infermiera della croce rossa italiana (Lezioni teorico-pratiche alle Dame e agli infermieri del comitato distrettuale di sesto-fiorentino dal presidente dott. Cassio Casoli nel maggio-luglio 1915)*, Firenze tipografia del 'Nuovo Giornale' settembre 1915, p. 5.

<sup>70</sup> Ivi, p. 81.

<sup>71</sup> Ivi, p. 80.

<sup>72</sup> Ivi, p. 81.

<sup>73</sup> *Ibidem*.

<sup>74</sup> *Ibidem*

Ma lo spazio ospedaliero, come si diceva, dovrebbe anche essere organizzato per produrre una distribuzione dei corpi. In primo luogo attraverso la divisione funzionale degli ambienti. L'organizzazione dei diversi reparti – a cui si deve accompagnare la divisione interna di questi ultimi – dovrebbe riflettere la separazione funzionale che si è affermata nella clinica ottocentesca. I corpi dei malati devono pertanto essere distribuiti nello spazio ospedaliero a seconda delle necessità mediche e terapeutiche, e dentro lo stesso reparto a seconda dei bisogni. Inoltre essi devono rigorosamente rispettare tale distribuzione spaziale: «In ogni padiglione sarà vietato l'ingresso non solo al pubblico ma anche ai malati ed al personale di servizio di altri padiglioni»<sup>75</sup> raccomanda un anonimo memoriale conservata tra gli incartamenti della Commissione per la riforma dell'assistenza infermiera.

La posizione di ogni corpo dentro lo spazio ospedaliero dovrebbe essere non solo preordinata ma anche tracciabile in ogni momento. Ad esempio infermieri e infermiere «non devono mai abbandonare per alcun motivo la sala nella quale sono di servizio senza aver ottenuto il permesso dei superiori»<sup>76</sup>. Se il personale di assistenza deve essere costantemente reperibile e occupare sempre gli spazi assegnatigli, esso deve anche sorvegliare affinché la collocazione spaziale degli infermi sia costantemente individuabile. I malati non dovrebbero mai rendersi irreperibili nella *machine à guérir* vagheggiata dai medici. In un memoriale sugli ospedali di Verona, sul quale si ritornerà tra poco, il destituito direttore sanitario si lamenta perché

[...] i ricoverati non osservavano l'orario: anche prima che i Medici avessero l'ordinaria visita mattutina, a loro talento si alzavano dal letto e si allontanavano dalle Infermerie; di modo che i sanitari, volendo curarli o visitarli, per rintracciarli erano costretti a mandare in giro qualche infermiere o qualche convalescente<sup>77</sup>.

La precisa scansione temporale della vita ospedaliera, come si evince da questo passaggio del memoriale sugli ospedali di Verona, è anche un momento fondamentale della distribuzione spaziale dei corpi, della costruzione intorno a questi ultimi di un sistema di monitoraggio costante. Per

<sup>75</sup> *Relazione della sottocommissione tecnica per l'ordinamento interno del nuovo ospedale letta ed approvata nell'adunanza della stessa sottocommissione tenutasi il 31 gennaio 1918*, p. 17 ACS, Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601.

<sup>76</sup> Enrico Ronzani, *Del governo tecnico sanitario degli ospedali*, Padova, Fratelli Drucker, 1910, p. 91.

<sup>77</sup> Dott. Salvator Angelo Carboni, *Le condizioni degli ospedali di Verona e la direzione generale sanitaria*, Stabilimento Tipografico Bettinelli, Verona, p. 10, ACS, Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 602.

rendere i corpi che attraversano l'ospedale costantemente visibili e controllabili è necessario scandirne minuziosamente la giornata, organizzarne nel dettaglio i movimenti e gli spostamenti: il sistema di *quadrillage* deve essere costruito non solo dall'architettura fisica ma anche da quella normativa e disciplinare dell'ospedale. Il tempo ben scandito e regolare della vita ospedaliera, la puntualità nello svolgimento di ogni funzione dovrebbero garantire il buon funzionamento del delicato ingranaggio della *machine à guérir* ma anche rendere i corpi al suo interno costantemente visibili. Perché la medicina e la chirurgia possano dispiegare pienamente i propri 'brillanti successi', sostengono i medici riformatori, è infatti necessario che all'interno dello spazio ospedaliero intorno ai corpi malati sia organizzato un perfetto 'campo di visibilità' che deve essere implementato anche e soprattutto dal personale di assistenza.

Nell'«ospedale moderno» gli organismi da restituire alla produttività dovrebbero essere sottoposti ad uno monitoraggio *profondo e costante*. Profondo perché non si dovrebbe fermare sulla superficie del corpo, ma ne dovrebbe frugare l'interno, penetrare i segreti, misurare i parametri vitali. Le pratiche di misurazione sono divenute perno di questo sguardo medico e molte di esse, sostengono i medici, dovrebbero essere affidate al personale di assistenza. Quest'ultimo dovrebbe essere la «lunga mano veggente» dei sanitari, una protesi che ne potenzi lo sguardo, rendendolo non solo più profondo, ma anche più regolare e continuo. Sebbene la presenza dei medici in ospedale dalla fine del XIX secolo si sia fatta più estesa, infatti, la sorveglianza costante dei malati può essere garantita solamente dal personale di assistenza. In qualche modo quest'ultimo, amplificando e rafforzando lo sguardo dei medici, dovrebbe produrre quella sorta di *panopticon* che è al cuore del progetto della moderna *machine à guérir*<sup>78</sup> e garantire ai medici una sorveglianza regolare dei malati e della vita ospedaliera in generale.

Ultimo tratto dell'ospedale sognato dai medici è la sua funzione disciplinante. Indice immediato e macroscopico della volontà dei sanitari ospedalieri di rendere l'ospedale un'istituzione disciplinare sono le proposte che si fanno strada in molta letteratura medico-ospedaliera concernenti il lavoro dei degenti: se ne fa massimo portavoce il direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, Enrico Ronzani, il quale più volte – a partire dagli anni '10 – propone di introdurre nei nosocomi una sorta di ergoterapia, sul modello di quella manicomiale<sup>79</sup>, convinto che «il lavoro debba entrare in ogni

<sup>78</sup> Sven-Olov Wallerstin, nel suo *Biopolitics and the emergence of modern architecture*, New York, Princeton Architectural Press, 2009, p. 35, sostiene che alla base dell'idealtipo dell'ospedale moderno ci sia una sorta di *panopticon*.

<sup>79</sup> Su questo tema si veda Vinzia Fiorino, *Le officine della follia, il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011.

Ospedale come fattore disciplinare e curativo»<sup>80</sup>. D'altronde che la missione degli ospedali non debba essere esclusivamente quella di curare, di riparare gli 'organismi in avaria' per restituirli ad una vita produttiva e riproduttiva, è esplicito nel discorso dei medici.

La funzione moderna dell'Ospedale non consiste solo, secondo i medici inglesi, nel curare e assistere convenientemente gl'infermi – scrive Baccarani – ma ha pure il compito di elevarli moralmente (Harwid). L'Ospedale cioè avrebbe una funzione sociale complessa, che andrebbe molto più avanti di quella della semplice cura delle malattie. Il nostro personale, con tutte le qualità negative che possiede, non può certo contribuire a questo elevamento degli ammalati<sup>81</sup>.

L'idea 'inglese' secondo la quale il ricovero in ospedale può rappresentare un'occasione per 'moralizzare' gli infermi appartenenti alle classi popolari, e soprattutto l'idea che questa funzione possa essere esercitata dal personale di assistenza, continuamente a contatto con le persone ricoverate, qualora esso venga convenientemente reclutato, si fa strada velocemente tra i medici interessati alla riforma dell'ospedale. Non a caso quello che colpisce maggiormente il medico milanese Giulio Banfi, futuro direttore della scuola convitto per infermiere Victor de Marchi, durante il suo soggiorno in Gran Bretagna dove si è recato per studiare le forme dell'assistenza, è «la benefica influenza, talora il fascino vero che essa esercita sui malati, affidati a lei, specialmente nei più grandi ospedali – dove è accolta la feccia della popolazione povera di Londra, del grande quartiere di Whitechapel e dove, nelle sale non si ode più una bestemmia dalle bocche di quei pazienti, usati al turpiloquio»<sup>82</sup>.

D'altra parte, come già notato da Foucault in *Sorvegliare e punire*, l'ospedale moderno – o almeno quello che è vagheggiato e sognato dai medici – può essere pensato come un'istituzione disciplinante per varie caratteristiche. Tutte le norme che presiedono al regolare funzionamento dell'istituzione ospedaliera, che devono far sì che la sua funzione si realizzi senza ostacoli o intoppi, possono essere pensate *anche* come altrettanti fattori di disciplinamento dei corpi che attraversano l'istituzione stessa. Tale disciplinamento si dovrebbe esercitare sui ricoverati – che entrando nell'ospedale vengono spogliati dei propri averi e dei propri abiti (insieme a buona parte della propria possibilità di agire e di muoversi liberamente)<sup>83</sup> per essere

<sup>80</sup> Enrico Ronzani, *Il lavoro dei malati negli ospedali. I feriti al lavoro nei padiglioni dell'Ospedale Maggiore*, in «Ospedale Maggiore», V, 9 (1917), p. 47.

<sup>81</sup> Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., p. 113.

<sup>82</sup> *Relazione sulla scuola Infermiere Professionali Victor de Marchi in Milano, in aggiunta al questionario inviato a Roma dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica*, cit., p. 2.

<sup>83</sup> Ervin Goffmann, *Asylums: le istituzioni totali, i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1972.

rivestiti di divise, esplicitamente pensate come strumento «per meglio sorvegliare la disciplina degli infermi»<sup>84</sup> – in primo luogo attraverso le pratiche di separazione e distribuzione dei corpi nello spazio e di regolazione e *management* dei flussi di persone. Inoltre la rigida organizzazione funzionale che dovrebbe presiedere alla vita dell'ospedale potrebbe rappresentare un elemento 'educativo' per i ricoverati, abituati – attraverso la 'benefica influenza' dell'ambiente – all'ordine e all'organizzazione stessa.

Anche la rigida scansione temporale che dovrebbe caratterizzare l'«ospedale moderno» potrebbe trasformarsi in un fattore disciplinare. Tale scansione temporale somiglia infatti a quei ritmi di fabbrica – rigidi e regolari, modulari, 'astratti' e non *task oriented*, per usare la terminologia di Edward Thompson<sup>85</sup> – ai quali i corpi dei lavoratori devono essere educati. L'immersione totale in uno spazio interamente governato da questo tipo di temporalità come l'ospedale moderno sognato dai medici riformatori rappresenta una delle possibili occasioni di educazione dei corpi alla 'disciplina del lavoro'. Ulteriore fattore disciplinante può risultare, naturalmente, la minuziosa regolamentazione del comportamento dei degenti che i medici invocano unanimemente.

Infine l'«ospedale moderno» è immaginato e sognato come un luogo di disciplinamento *igienico* dei corpi che lo attraversano. L'idea che lo spazio ospedaliero, grazie ad una serie di caratteristiche che lo contraddistinguono, possa farsi strumento di propagazione delle norme igieniche che presiedono ad una vita 'sana' e di educazione ad una corretta gestione del proprio corpo e in genere delle proprie 'risorse biologiche', si inizia a fare strada tra i medici già all'inizio del '900. Nel 1912 il terzo congresso dei direttori di ospedale tenutosi a Venezia nel maggio di quell'anno approva un ordine del giorno che riconosce «quella di educare ed istruire igienicamente il pubblico che in qualsiasi modo frequenta i nosocomi» come «una delle funzioni più importanti degli istituti ospedalieri»<sup>86</sup>. Altre proposte simili<sup>87</sup> vengono avanzate in quegli anni anche durante i congressi dell'«Associazione dei medici ospedalieri italiani» nata nel 1906. La questione dell'educazione igienica negli ospedali emerge dunque già prima della Grande Guerra. Tuttavia alla fine del conflitto, quando medicina sociale e preventiva conoscono il

<sup>84</sup> Carboni, *Le condizioni degli ospedali di Verona*, cit., p. 25.

<sup>85</sup> In *Tempo, disciplina del lavoro e capitalismo industriale*, Milano, Et. Al 2011, Edward Thompson distingue la temporalità pre-industriale che definisce 'task oriented', legata cioè agli obiettivi del lavoro, e quindi flessibile, dalla temporalità regolare, astratta, modulare, che caratterizza la società capitalista a carattere industriale.

<sup>86</sup> *Riassunto degli argomenti relativi alle riforme per riordinamento dell'assistenza*, cit., p. 4.

<sup>87</sup> *Ivi*; si veda anche *La propaganda antitubercolare negli Ospedali. Comunicazione fatta al VI congresso dei medici ospitalieri dai Signori dottori Arienti, Forlanini, Cova – Torino 3-4-5 ottobre 1913*, in «Ospedale Maggiore», I, 10 (1913), p. 697.



loro maggior successo in un clima – come si vedrà meglio nel prossimo capitolo – caratterizzato dalla ricerca di nuove tecniche di ottimizzazione e accrescimento delle risorse biologiche della nazione<sup>88</sup>, essa, da elemento collaterale diviene obiettivo centrale dell'«ospedale moderno»<sup>89</sup> così come è vagheggiato dai medici.

In una lettera pubblicata su «Ospedale Maggiore» Baldassarri, direttore del S. Maria Nuova, come già visto molto impegnato nella crociata per la promozione della «propaganda igienica negli ospedali», sintetizza il nesso teorico tra igiene e «missione dell'assistenza ospedaliera»:

[l'assistenza ospitaliera] *dovrà essere in grado non solo di combattere le malattie con ogni sussidio terapeutico, ma di concorrere a prevenirle per quanto le spetta, di dare impulso all'applicazione dei principi della medicina sociale.* In tal modo gli ospedali provveduti di entrare nella giusta misura e guidati con criteri tecnici e di oculata amministrazione potranno seguire nel necessario progresso, essendo valido aiuto e pronta difesa per la società e divenire un mezzo potente di *diffusione delle nozioni pratiche e degli esempi* che giovinno a creare quella *coscienza igienica popolare*, di cui tanto è sentito il bisogno<sup>90</sup>.

<sup>88</sup> Che sia in questa prospettiva che viene pensato il 'rinnovamento' dell'istituzione ospedaliera è testimoniato – tra le altre cose – dalle parole del Direttore Generale di Sanità Alberto Lutrario nel 1922, il quale relazionando sull'azione della propria direzione di fronte al Consiglio Superiore di Sanità «sfiorò il problema ospedaliero invocando provvidenze innovatrici, che diano nuova vita agli organismi di assistenza i quali non possono più corrispondere alle crescenti esigenze così intimamente legate alla profilassi sociale», *Amministrazione sanitaria. Consiglio superiore di sanità, relazione del direttore Lutrario*, in «Il Policlinico», XXIX, 3 (1922), pp. 106-107.

<sup>89</sup> Alla fine degli anni '30 la missione educativa dell'ospedale in campo igienico sarà pienamente istituzionalizzata, al punto che il programma ministeriale della scuola convitto per infermiere, nella terza sezione, dedicata all'insegnamento delle 'generalità sugli ospedali' prevede che alle allieve-caposala sia spiegato in primo luogo il «concetto dell'ospedale come istituto di cura e come istituto di profilassi e di educazione». *Programmi di insegnamento e di esame per le scuole convitto professionali per infermiere e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, approvati con decreto ministeriale 30 settembre 1938*, Napoli, E. Pietrocola, 1938. D'altronde, nello stesso anno, in un articolo del dott. Van Roojen su «L'Infermiere Italiana» si legge che «al giorno d'oggi noi riteniamo l'ospedale come centro di igiene» in Dr. P. H. Van. Roojen, *Minuziosa considerazione sulla preparazione attuale delle infermiere e suggerimenti in merito all'adattamento di questo insegnamento alle esigenze attuali dell'ospedale e dell'igiene sociale*, in «L'infermiere Italiana», IV, 7-8, (1938), p. 36.

<sup>90</sup> *Propaganda igienica negli ospedali*, in «Ospedale Maggiore», VII, 9 (1919), p. 158. Prosegue Baldassarri credo che la propaganda tra i malati negli Ospedali sia destinata a portare buoni frutti, data l'opportunità ch'essi hanno durante la degenza di riflettere senza distrazione su quello che leggono e di vedere l'applicazione pratica di molti dei consigli suggeriti. In questa opera di diffusione di precetti e di pratiche di igiene, grande e prezioso ausilio potrebbe e dovrebbe portare il personale di assistenza che ha con i malati contatto continuo, *ivi*.



Nel laboratorio postbellico di ricerca e sperimentazione di nuove tecniche di gestione della salute pubblica improntate alla valorizzazione del momento preventivo, anche l'ospedale inizia ad essere immaginato come un nodo della rete di istituzioni che dovrebbero contribuire alla costruzione di cittadini igienicamente 'coscienti', educati ad avere condotte 'sane', pratiche corporee 'corrette' in vista della conservazione in salute e dell'ottimizzazione del proprio organismo, e della realizzazione di una «vita più lieta, vigorosa, produttiva»<sup>91</sup>. Oltre che *machine à guérir* l'ospedale – nel primo dopoguerra, si deve fare anche – e forse soprattutto – *machine à éduquer*.

È in questo periodo che strumenti primari di disciplinamento igienico dei ricoverati iniziano ad essere prima e più ancora di libri, *pamphlet* e manifesti, i corpi stessi del personale di assistenza<sup>92</sup>.

Le regole dell'asepsi e dell'antisepsi e l'igiene ospedaliera mirano a produrre un accurato *dréssage* dei corpi, dei gesti, delle attitudini corporee del personale infermieristico. Ciascun gesto dell'infermiere o dell'infermiera, ogni suo movimento, dovrebbe rispettare un copione, un codice pienamente disciplinare che risponda alle regole dell'igiene. Il corpo dell'infermiere e dell'infermiera è un territorio che deve essere altamente sorvegliato, minuziosamente e continuamente osservato e scandagliato perché da esso dipende l'igiene dentro la *machine à guérir*. Attraverso l'esempio offerto dai gesti, dalle attitudini, dalle posture, dalle condotte corporee del personale i corpi di coloro che attraversano l'ospedale in qualità di malati possono a propria volta essere disciplinati, ordinati, organizzati. 'Esempio' è la parola chiave che ricorre in molti dei discorsi medici. È imitando l'esempio offerto dal personale di assistenza che i malati possono arrivare ad assumere corrette attitudini corporee (postura, gestualità etc.), oltre che imparare le regole non solo della pulizia di sé e degli altri corpi, ma anche dell'ambiente e degli oggetti: se, come si è già detto, la casa e l'ospedale, nel discorso dei medici, sono presi in un gioco di mutuo rispecchiamento, altrettanto vale per l'igiene domestica e quella ospedaliera, per le tecniche di gestione

<sup>91</sup> Senza titolo, in «Difesa Sociale», I, 1 (1922).

<sup>92</sup> Tale idea era in realtà già stata avanzata prima della guerra. Scrive infatti Enrico Ronzani nel 1911, nella prefazione alla prima edizione del suo fortunatissimo manuale per il personale di assistenza, che avrà numerose ristampe per lo meno fino agli anni '40: «Ho creduto opportuno scrivere questo libro che ha la pretesa, oltre che di insegnare ad assistere il malato, di formare anche la coscienza igienica dell'infermiere, il quale, se bene istruito anche nella parte che riguarda l'igiene della persona e la profilassi delle malattie infettive, può notevolmente contribuire, con l'azione e con l'esempio, a diffondere nel popolo, col quale è continuamente a contatto, quelle norme d'igiene di cui ancora tanto abbisogna, trasformando così l'ospedale da semplice luogo di cura in luogo anche di *educazione professionale*» Enrico Ronzani, *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste. Manuale ad uso delle infermiere professionali*, Milano, Società Anonima Tip. Cardinal Ferrari, 1924, dalla prefazione dell'autore alla prima edizione, giugno 1911.

razionale del focolare domestico e dell'ospedale<sup>93</sup>. Il frequente parallelo tra l'economia domestica e la gestione della *routine* ospedaliera, lungi dal privare il secondo termine della sua aura scientifica, allude piuttosto al sogno di razionalizzare la riproduzione sociale che sottende il primo.

Ma quello che il personale di assistenza ha da offrire – attraverso l'esempio – all'apprendimento dei ricoverati non sono solo le norme della pulizia in senso stretto. Lo stile di vita di tale personale può rappresentare un modello di sanità e di igiene. L'approccio multicausale alla malattia, così diffuso in Italia da condizionare anche il modo in cui il paradigma batteriologico viene recepito nel panorama medico del paese, assegna infatti grande importanza al regime di vita in vista del mantenimento della salute. Se il rafforzamento dell'organismo nel suo complesso è la base della protezione contro le malattie, comprese quelle infettive che tante vittime mietono negli ospedali, allora tutta la vita del personale di assistenza deve essere regolata dall'igiene: «È quindi necessario che l'infermiera se non vuole andare incontro ad infezioni, cerchi di mantenere il suo organismo nelle migliori condizioni di salute, *viva, cioè, igienicamente*», ammonisce una rubrica della rivista «Ospedale Maggiore» dedicata alle norme per l'assistenza ai malati<sup>94</sup>. È facile comprendere, dunque, che a fornire un esempio per il 'pubblico' dei ricoverati – secondo i medici riformatori – deve essere l'insieme delle condotte, delle attitudini, degli stili corporei del personale di assistenza, immaginato esso stesso, insieme all'ambiente ospedaliero, come fattore di disciplinamento dei corpi dei malati: è per questo che è necessario che esso raggiunga il «grado di educazione igienica e morale» di cui «deve dare esempio nell'adempimento del suo ufficio»<sup>95</sup>.

<sup>93</sup> Non a caso, ad esempio, nel programma del corso di assistenza infermiera per le alunne della scuola industriale femminile le tecniche di 'governo della casa' e quelle di 'governo dell'ospedale' sono completamente compenstrate. La relazione introduttiva di tale programma parla di «naturale affinità di studi tra l'economia domestica impartita nelle nostre regie scuole professionali femminili quello di preparare anche la futura infermiera tirocinante di ospedale, di casa di salute e l'assistente sanitaria in servizio degli infermi nelle cure familiari», in Ministero per l'industria, il commercio e il lavoro. Ispettorato generale dell'insegnamento industriale, *Progetto di programma per un corso d'istruzione per infermiere da aggiungere ai programmi delle scuole professionali femminili dipendenti dal ministero dell'industria e del lavoro*, Roma tipografia Ludovico Cecchini, 1918, p. 21, ACS, Ministero dell'interno, Direzione generale di sanità (1910-20), b. 601.

<sup>94</sup> *Norme per l'assistenza ai malati*, in «Ospedale Maggiore», V, 11 (1917), pp. 95-96.

<sup>95</sup> *V congresso dei direttori sanitari*, cit., p. 203. Sul personale femminile di assistenza immediata il congresso fa voti affinché ogni ospedale di capoluogo abbia una scuola convitto, che la assistenza sia affidata solo a personale femminile e «che tali scuole convitto abbiano sede in locali espressamente costruiti ed arredati, forniti cioè di tutti quei servizi che concorrono a far raggiungere quel grado di educazione igienica e morale, di cui l'infermiera deve dare esempio nell'adempimento del proprio ufficio», *ivi*.

Come abbiamo visto, ciascuno dei tratti fin qui elencati che il discorso medico attribuisce all'ospedale modello fa in ultima istanza capo alle forme dell'assistenza diretta ai malati. Per questa ragione la riforma dell'assistenza, o meglio la costruzione dell'assistenza diretta come oggetto e come strumento di trasformazione dello spazio ospedaliero, è così centrale nella costruzione dell'ordine clinico. È per questo che i medici impegnati a immaginare l'utopia dell'ospedale moderno dedicano tanto spazio alla riflessione sulle nuove forme dell'assistenza e sui soggetti che devono dar loro corpo.

### 3. Infermieri o infermiere?

L'evoluzione del dibattito medico in tema di assistenza si può agevolmente esplorare seguendo l'andamento di un memoriale prodotto dal direttore sanitario degli ospedali di Verona, Salvator Angelo Carboni, intitolata appunto *Gli ospedali di Verona e la direzione sanitaria*, redatto in risposta al tentativo da parte dell'amministrazione ospedaliera di eliminare la Direzione tecnica sanitaria. Poco importa la vicenda specifica di questo anonimo sanitario, la cui relazione è finita tra gli incartamenti della Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica. Più interessante è seguire l'andamento degli argomenti messi in campo nel memoriale, che ripercorre l'ontogenesi, per così dire, delle posizioni dei medici organizzati riguardo alla 'questione infermiera'.

Da rilevarsi in primo luogo che il testo, che espone il lavoro di inchiesta svolto dal direttore sanitario in questione per rilevare gli elementi di malfunzionamento degli ospedali di Verona e porvi rimedio, ripercorre in grandi linee le argomentazioni fondamentali dell'igiene nosocomiale emersa all'interno della discorso sull'ospedale moderno e fin qui delineate. Lo spazio ospedaliero deve prima di tutto permettere una agevole gestione dei flussi – di aria, luce, personale, pazienti, materiali – invece negli ospedali di Verona aria e luce non attraversano agevolmente le infermerie, i letti non sono disposti correttamente, l'acqua è mal distribuita, il sistema di smaltimento è irregolare. Inoltre nell'ospedale devono regnare ordine, regolarità, pulizia – concetti profondamente polisemici, che evocano al contempo contenuti etici e materiali – e quindi fondamentalmente vi deve regnare la disciplina: al contrario negli ospedali di Verona «contegno dei ricoverati, del pubblico e del personale [...] rivela subito una evidente mancanza di ordine, di pulizia e quindi una deplorable rilassatezza della disciplina»<sup>96</sup>.

È per iniziare a porre rimedio a questa 'drammatica situazione' che il direttore sanitario, tra gli altri provvedimenti, inizia a valutare il da farsi in vista della riforma del servizio di assistenza. Il primo problema posto da

<sup>96</sup> Carboni, *Le condizioni degli ospedali di Verona*, cit., p. 3.

Carboni – così come dai primi congressi dei medici ospedalieri e dei direttori sanitari<sup>97</sup> – è quello di realizzare una migliore formazione del personale infermieristico. Passate in rassegna le scuole presenti presso alcuni ospedali al momento della sua assunzione, il direttore sanitario degli ospedali di Verona ne constata, però, il sostanziale fallimento nella formazione di un personale adeguato alle esigenze di un 'ospedale moderno': il personale, provenienti «dalle classi meno educate e meno istruite», non aveva «la coscienza dell'importanza morale ed intellettuale richiesta dalla professione dell'infermiere» e 'quindi' non ricavava benefici da una migliore formazione<sup>98</sup>. Ma il 'problema del reclutamento' non è il solo tra quelli denunciati da Carboni:

Un altro grave inconveniente dipendeva dal servizio di assistenza immediata affidata agli Infermieri maschi, che *di per se stessi sono la negazione assoluta di una buona assistenza*. Quanto ciò sia vero è facile desumerlo dalla semplice osservazione che può farsi da tutti in ogni famiglia, quando sia ammalato qualcuno dei componenti di essa. Ma quale uomo è mai stato infermiere? E se non lo è istintivamente neppure per le persone di famiglia alle quali è legato da forti vincoli di affetto, come mai potrà diventarlo per professione? Il solo fatto di possedere un diploma in seguito ad un misero corso bimestrale e ad un povero esame, di godere un salario fisso, non potrà mai modificare le attitudini. È proprio questa attitudine che fa difetto all'uomo<sup>99</sup>.

Prendiamo spunto da queste affermazioni di Carboni per delineare rapidamente il percorso di affermazione, nel mondo dei medici ospedalieri, dell'idea che le donne siano più adatte degli uomini all'assistenza ai malati, 'naturalmente' più dotate di questi ultimi delle attitudini necessarie a svolgere le mansioni ad essa connesse.

L'idea che il servizio di assistenza debba essere svolto di preferenza dalle donne – come avviene in altri paesi quali la Gran Bretagna o la Germania – non inizia a farsi concretamente strada tra i medici ospedalieri nel loro insieme prima della fine del primo decennio del '900. Non vi è cenno a questo problema nel primo congresso dei medici ospedalieri tenutosi a Roma nel 1906, dove pure si sollecita la creazione di scuole per il personale di assistenza. Al principio degli anni '10 si inizia a discutere la 'questione' della 'donna infermiera', sebbene l'idea di femminilizzare la professione

<sup>97</sup> Sia nel congresso dei medici ospedalieri – che si tiene nel 1909 a Napoli – che in quello dei direttori sanitari – Bologna, aprile 1910 – inizia ad essere posta la questione dell'affidamento dell'assistenza agli infermi a personale femminile. *Riassunto degli argomenti relativi alle riforme per riordinamento dell'assistenza*, cit.

<sup>98</sup> Carboni, *Le condizioni degli ospedali di Verona*, cit., p. 27.

<sup>99</sup> *Ivi*.

infermieristica sia ancora molto controversa. L'ipotesi di affidare alle donne anche l'assistenza agli uomini si fa strada in questi anni nei libri dedicati all'igiene ospedaliera ed alla 'questione infermiera' – ne sono esempi quelli di Ronzani e Baccarani -, ma anche nei congressi dei sanitari, e tuttavia in ogni occasione il dibattito è acceso. Solamente nel 1913, per la prima volta, il congresso dell'Associazione dei Medici Ospedalieri Italiani approva un ordine del giorno che afferma la «superiorità della donna nell'assistenza al malato»<sup>100</sup>. In questi anni il modello proposto da buona parte del mondo medico è quello del personale formato nelle scuole per levatrici: in più contesti – sulla stampa medica<sup>101</sup>, come tra i medici impegnati in politica<sup>102</sup> – si discute dell'opportunità di trasformare queste ultime in luoghi di formazione delle future infermiere, con l'idea di rendere quella della levatrice solo una delle possibili specializzazioni della professione infermieristica.

Negli anni seguenti, e soprattutto a ridosso dello scoppio della Grande Guerra<sup>103</sup> l'impiego di personale femminile nei reparti maschili si fa sempre più frequente. L'idea di impiegare personale femminile anche per assistere gli uomini suscita tanta eco da indurre qualcuno ad arrischiare la proposta di estenderla anche ai manicomi<sup>104</sup>, baluardo della presenza maschile nel campo dell'assistenza<sup>105</sup>. D'altra parte in quegli anni diversi elementi segnalano che l'idea che a svolgere il lavoro di assistenza ai malati debbano essere le donne è ormai maggioritaria. La Grande Guerra, come si è già visto nel precedente capitolo e come si vedrà nei seguenti, rappresenta uno spartiacque fondamentale nel dibattito sulla 'donna infermiera'. Il contesto

<sup>100</sup> *Riassunto degli argomenti relativi alle riforme per riordinamento dell'assistenza*, cit., p. 24.

<sup>101</sup> Il dottor Dian ne *L'unificazione delle scuole per infermieri e delle scuole per levatrici*, pubblicato su «Il Policlinico», XX, 40 (1913), p. 1464 fa il punto sulle posizioni espresse sull'argomento da diversi medici, *in primis* il dottor Pugliesi, autore come si è già detto di uno dei più noti manuali di assistenza infermieristica del periodo, su diverse riviste mediche quali «Pensiero Sanitario», «Pensiero Medico» e «Critica Medica».

<sup>102</sup> Questa idea non verrà abbandonata velocemente. Tornerà invece nel dopoguerra, precisamente nel 1920: il 15 dicembre di quell'anno il Consiglio Superiore per l'Istruzione Pubblica approva uno schema di regolamento per le scuole delle levatrici elaborato da una commissione apposita che auspica che le scuole non siano lasciate all'iniziativa privata ma annesse a istituti ostetrici e sotto il controllo di una facoltà o di un Istituto medico superiore.

<sup>103</sup> Luigi Baldassarri, *Un esperimento di assistenza in un reparto ospedaliero con infermiere volontarie*, in «Ospedale Maggiore», III, 6 (1915), pp. 409-10.

<sup>104</sup> Si veda la relazione del dott. Boschi in *Accademia delle scienze mediche e naturali seduta 20 maggio 1915* intitolata *L'assistenza femminile nei reparti maschili dei manicomi durante la guerra*, in «Il Policlinico», XXII, 32 (1915), p. 1072.

<sup>105</sup> La storiografia internazionale sull'assistenza infermieristica si è più volte confrontata con questa questione. Si veda ad esempio: Claire Chatterton, *Women in mental health nursing: Angels or custodians?*, in «International History of Nursing Review», V, 2 (2000), pp. 11-19; Geertie Boschma, *The Rise of Mental Health Nursing: A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums, 1890-1920*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2003.

medico non fa eccezione. Nel 1918 l'idea che le donne siano 'per natura' più adatte degli uomini all'assistenza agli infermi sembra non aver più bisogno di essere difesa<sup>106</sup>. La femminilizzazione del servizio infermieristico non ha più bisogno di essere discussa, ma semplicemente attuata nel miglior modo possibile, spiega Baldassarri dalle pagine di «Ospedale Maggiore»<sup>107</sup>. Solo due anni prima l'autore dell'articolo sulle pagine della stessa rivista aveva messo in discussione la possibilità che la sostituzione degli uomini con personale femminile potesse concretamente essere realizzata ovunque<sup>108</sup>.

Ma torniamo per un attimo al memoriale di Angelo Carboni sugli ospedali di Verona e al procedere delle sue argomentazioni, che lo condurranno – lo si anticipa – all'idea che le migliori candidate per l'assistenza agli infermi siano donne 'educate' – non provenienti dunque dagli ambienti socio-culturali delineate nei brani precedenti – formate in apposite scuole convitto. Vediamo nello specifico quali sono le caratteristiche che rendono 'l'uomo' inadatto a prestare assistenza ai malati:

[...] per natura, per istinto egli raramente arriverà ad acquistare quelle *qualità fatte di un complesso di gentilezze, di premure, di amorevolezza, di previdenze* sulle quali è basata l'assistenza agli infermi. [...] Infatti guardiamo un po' quanti sono gli infermieri che si preoccupano dell'*ordine, della pulizia, della puntualità, del silenzio, della corretta gentilezza dei modi*, indispensabile per il buon andamento delle Infermerie? Ma quanti infermieri vediamo che non sanno neppure offrire i cibi e le bevande agli ammalati gravi, senza farli tossire od ingozzare, o bagnare la camicia, le lenzuola e i cuscini? Quale gradevole impressione potrà mai provare chi indebolito dal male reso perciò più facilmente eccitabile ed irritabile, si vede attorno un *Infermiere sgarbato, spesso poco pulito, che*

<sup>106</sup> Segnale importante di questa svolta nella mentalità dei medici sono anche i manuali per infermieri. Il più diffuso, quello firmato da Pugliesi, a partire dall'edizione del 1916 introduce una frase in un'introduzione per il resto invariata che specifica che le donne sono 'naturalmente' più adatte ad essere infermiere. Nell'edizione del 1924 Enrico Ronzani cambia significativamente il sottotitolo del suo manuale *L'assistenza ai malati e la difesa di chi li assiste*, da *manuale ad uso del personale di assistenza immediata a manuale ad uso delle infermiere professionali*. Spiega l'autore nella prefazione: «anche da noi finalmente è stato sorpassato il pregiudizio che la donna non possa e non debba assistere gli uomini infermi; per cui oggi son lieto di dedicare questa quarta edizione esclusivamente alle donne infermiere, convinto da lungo tempo che i maschi non possano gareggiare col sesso femminile nella nobile missione di assistere, confortare e sollevare chi soffre, mancando nell'uomo quello spirito di abnegazione e di sacrificio che è innato nella donna [...] avendo sempre inteso di fare dell'infermiere una valida collaboratrice del medico e propagandista di quelle norme di igiene che sono la base fondamentale della pubblica salute», ivi, p. VIII.

<sup>107</sup> Luigi Baldassarri, *Brevi considerazioni sul movimento ospitaliero dell'ultimo quadriennio e sull'andamento presente e futuro*, in «Ospedale Maggiore», VI, 5 (1918), p. 58.

<sup>108</sup> Luigi Baldassarri, *Alcune considerazioni sull'andamento ospitaliero nel 1915*, in «Ospedale Maggiore», IV, 4 (1916) pp. 221-225.



*parla a voce troppo alta (quando non dice parole turpi), che tramanda il fiato olente di vino e di tabacco masticato? Quanti sono gli Infermieri che hanno cura perché con schiamazzi, rumori ecc. non si disturbino gli infermi? Che si preoccupano di regolare l'illuminazione, la ventilazione delle corsie, che vigilano sulla pulizia degli ammalati, che osservano bene gli ammalati per poter informare sollecitamente i medici curanti di ogni fenomeno verificatosi durante la loro assenza, che sanno rifare i letti disturbando il meno possibile i pazienti? Tutto ciò possono fare meglio le donne, e basterebbe fare il confronto fra le corsie dove prestano servizio le Infermiere, e le corsie dove prestano servizio gli Infermieri, per farsene subito un concetto. Per quanto le Infermiere abbiano una preparazione intellettuale deficiente, tengono le corsie molto più pulite, più ordinate, più silenziose di quanto non lo siano quelle affidate agli Infermieri: e gli ammalati sono meglio accuditi, più pazientemente e amorevolmente curati. È per queste considerazioni che in tutti i paesi, dove l'igiene ospedaliera ha fatto molti progressi, sono stati allontanati gli Infermieri<sup>109</sup>.*

Come abbiamo potuto vedere a rendere gli uomini inadatti alle funzioni assistenziali sarebbe la loro 'naturale' mancanza di gentilezza, premura e amorevolezza. Ma più ancora di queste doti Carboni inizia a delineare una serie di caratteristiche fondamentali per il personale infermieristico modello. Si tratta in primo luogo di ordine, organizzazione, precisione, disciplina, pulizia, previdenza, attenzione: tutte caratteristiche che Carboni legge invece come espressione naturale della femminilità allo stesso titolo di amorevolezza e premura, di cui esse pure sarebbero dotate per adempiere alla loro 'missione materna'. Si tratta di un insieme di qualità che forse più ancora di queste ultime sono richieste al personale di assistenza ideale al fine di agevolare la realizzazione dell'ospedale 'moderno'.

Le caratteristiche dell'ospedale moderno' che abbiamo fin qui elencato, infatti, prevedono per essere realizzate la presenza di un personale di assistenza che in primo luogo sappia portare ordine, disciplina, organizzazione e pulizia nelle corsie, faccia sì che la delicata macchina ospedaliera, i suoi ingranaggi complessi e integrati, funzionino senza intoppi, in modo piano e semplice, garantisca che tutto scorra senza ostacoli, preveda in anticipo le necessità di questo delicato organismo e dei suoi protagonisti - medici e malati -, faccia in modo che non si creino caos e disordine, che il ritmo dell'istituzione sia mantenuto, che i medici e il loro sapere ne siano protagonisti, che questi abbiano il pieno controllo sui pazienti ricoverati anche quando non sono fisicamente presenti in ospedale. Un personale che sia dunque *in primis* ordinato, pulito, previdente, ma abbia anche un'autorevolezza, un'influenza morale tale da far sì che ordine e disciplina siano mantenuti da tutti coloro che attraversano lo spazio ospedaliero, ma soprattutto che

<sup>109</sup> Carboni, *Le condizioni degli ospedali di Verona*, cit., p. 40 corsivi miei.

quest'ultimo sia a sua volta strumento di disciplinamento e di educazione nei modi già elencati. Un personale che sappia assumere un ruolo ancillare rispetto a quello dei medici, che ne sappia facilitare ma anche promuovere l'operato. Fatte queste premesse non stupisce che i repertori della femminilità borghese, che delle caratteristiche fin qui elencati sono costellati, siano stati mobilitati nella costruzione dell'infermiera moderna intesa come figura paradigmatica della riforma dell'assistenza *in primis*, ma più in generale della 'modernizzazione' (e della medicalizzazione) dell'ospedale.

#### 4. L' 'infermiera moderna' e i repertori della femminilità borghese

Alla fine del conflitto mondiale, quando, come si è visto, l'idea di affidare il servizio di assistenza esclusivamente (o quasi) alle donne non provoca più forti conflitti, i discorsi dei medici si concentrano sulla definizione di una nuova figura di infermiera che possa rappresentare un modello verso cui tendere nella riforma dell'assistenza stessa. Se si è ormai fondamentalmente concordi sul fatto che si debba trattare di una donna, in questo periodo si passa con sempre maggior insistenza a chiedersi che tipo di donna debba essere, di che genere di femminilità debba essere portatrice. Se, infatti, il mondo medico si concentra sulla questione della formazione, ovvero si esercita estensivamente sulla definizione del tipo di scuola modello per la preparazione della nuova infermiera, optando quasi unanimemente – come si è visto – per una versione del convitto 'stile Nightingale' accuratamente privata dei suoi aspetti di autonomia rispetto al mondo medico e all'ospedale, assolutamente centrale è anche la definizione della tipologia di donna che meglio incarni il prototipo dell'infermiera moderna.

L'annosa questione del 'reclutamento' – sempre postasi nel dibattito sulla riforma dell'assistenza, assume qui connotazioni particolari. 'Scegliere meglio' il personale femminile significa nel dibattito medico non solo smettere di reclutare le famose classi di persone che non sono ritenute in grado di esprimere la vocazione necessaria a considerare l'assistenza agli infermi come una missione e non come un mestiere qualunque esercitato 'per lucro', e trovare un personale sufficientemente istruito da poter recepire la formazione tecnica impartitagli dai medici, ma significa soprattutto iniziare a selezionare un personale che esprima 'naturalmente' alcune delle caratteristiche che abbiamo elencato.

La 'Donna' che dovrebbe corrispondere quasi naturalmente all'infermiera moderna, deve essere portatrice di un *ethos*, di un tipo di *educazione* – parola chiave del dibattito medico sull' 'infermiera moderna' – di una serie di peculiarità che connotano nell'immaginario dell'epoca la femminilità borghese: pulizia/purezza, ordine, disciplina, dignità, delicatezza, decenza, previdenza, autorevolezza morale e capacità di influenzare ed educare, ri-

spetto per il sapere dei medici e per la loro autorità. Solo donne «reclutat(e) in classe di istruzione ed educazione superiore a quell(e) actual(i)»<sup>110</sup> e formate in modo da raggiungere «quel grado di educazione igienica e morale, di cui l'infermiera deve dare esempio nell'adempimento dei propri uffici»<sup>111</sup> potranno esprimere tali caratteristiche.

La questione dell'appartenenza di classe – nel senso strettamente materiale, socioeconomico del termine – dell'infermiera modello, emerge talvolta nel dibattito medico<sup>112</sup>. Ad esempio dalle pagine del «Policlinico» Luigi Baldassarri nel 1924 spiega:

Ciò che soprattutto importa è di rendere possibile ottenere che all'ufficio di assistenza agli infermi che richiede oltre a resistenza fisica elevatezza di sentimenti, coscienza del dovere assunto, spirito di sacrificio, si dedichino persone di classi speciali più elevate di quelle che ora vi accedono e che queste vengano man mano elevandosi<sup>113</sup>.

<sup>110</sup> *Per l'assistenza ospedaliera. Sulla necessità di una legge statale che coordini l'assistenza ospedaliera*, in «Il Policlinico», XXVII, 27 (1920), p. 172.

<sup>111</sup> *V congresso dei direttori sanitari d'istituti ospitali*, cit., p. 203.

<sup>112</sup> Raro un discorso esplicito come quello pronunciato dal dott. Girolamo nel 1903 e pubblicato nel 1910: «la classe sociale [...] in cui reclutiamo le nostre infermiere – scrive Girolamo – ci fornisce ancora, salvo rare eccezioni, un personale di capacità dubbia: 'Donne vestite con trascuranza, con vesti di lana che lasciano sotto indovinare una biancheria sospetta, capigliature in disordine: movimenti e discorsi che tradiscono l'origine volgare, esse ignorano ogni delicatezza e finezza di sentire, delle quali pertanto non possono far godere gli infermi'. Tali le infermiere in Francia, e tali fra noi.[...] Le infermiere si devono formare negli ospedali, ed essere ammaestrate da donne le quali abbiano profonda la esperienza della assistenza ai malati: ma sarà vano lo sperare di trovare delle infermiere finché segniamo i criteri tradizionali per i nostri paesi: la missione di infermiera è troppo elevata, per poter essere riempita da donne senza istruzione e senza educazione: la riforma da inseguire, la sola efficace, si è di aprire le infermiere alle donne della classe borghese, che fino ad oggi si avviliscono in uno stato di disoccupazione forzata, o vanno ingrossando le falangi malcontente delle commesse di negozio, delle maestre, delle spostate». Si tratta della prolusione ad un corso di medicina del 1903 pubblicato nel 1910 con il titolo *Ausiliari e Impedimenti nostri (prelazione al corso Minich 3 nov. 1902)*, estratto dal Bollettino della Camera Sanitaria del marzo 1910, p. 12. Il corsivo è mio.

<sup>113</sup> «[...] nelle scuole convitto con programmi ed insegnamenti teorici e pratici ben studiati e svolti ed armonicamente combinati il personale destinato all'assistenza dei malati deve essere preparato in modo che oltre acquistare le cognizioni indispensabili perfezioni quelle doti di animo e qualità morali che diano ad esso la nobiltà di sentimenti ed elevatezza di spirito che richiedono; con questo solamente darà piena garanzia di saper compiere il proprio dovere presso i malati. Ottenuto questo, un progresso incalcolabile sarebbe compiuto, gli istituti ospitalieri godrebbero di fiducia ancora maggiore ed in numero più rilevante ci accorrerebbero i sofferenti certi che alla scienza dei medici sarebbe adeguato accompagnamento l'amorevole assistenza di tutto il personale. Anche una non trascurabile riduzione di spese dovrebbe ottenersi perché l'elemento femminile oltre a dare miglior rendimento viene a costare meno, e se è ben istruito e guidato deve spiegare con maggior spirito di economia in tutto e più attenta cura

D'altronde, come abbiamo visto, i medici insistono molto sulla necessità di rendere la professione infermieristica rispettabile e dignitosa, operazione che dovrebbe avere contemporaneamente come causa e come conseguenza l'accesso tra le schiere delle infermiere di donne di 'civile condizione'. D'altra parte, però, elemento costante del discorso medico, più che l'appartenenza socioeconomica della donna che dovrebbe incarnare il prototipo ideale di 'infermiera moderna', è appunto la sua educazione: la femminilità borghese di cui essa dovrebbe essere portatrice è espressione di una condizione socioculturale più che socioeconomica, è un *ethos*. «In virtù di tale selezione» del nuovo personale femminile, portatore appunto delle doti 'naturalmente' associate nell'immaginario del tempo alla femminilità borghese, quello che si mira ad ottenere è che esse acquistino «rapida e piena intelligenza del loro compito tecnico» – apprendano dunque più facilmente, le cognizioni tecniche necessarie allo svolgimento del proprio compito – ma soprattutto introducano «negli ospedali la pulizia, la decenza, l'ordine, cui (sono) avvezze per educazione»<sup>114</sup>.

Pulizia e nettezza sono dunque le prime doti di cui le infermiere moderne devono essere portatrici, doti profondamente connesse nell'immaginario collettivo a partire dal XIX secolo con la femminilità borghese. Se, come nota Ute Frevert, a partire dalla fine del diciottesimo secolo, «'good health' was associated with bourgeois culture and its values. In this connection, health meant discipline, success, good morals, and social integration» [la 'buona salute' era associata con la cultura borghese e i suoi valori. In questo quadro salute voleva dire disciplina, successo e integrazione sociale]<sup>115</sup>, pulizia e nettezza sono ancor più connessi con la femminilità in quanto quest'ultima è il cuore pulsante, l'asse centrale dell'idea di domesticità borghese.

Naturalmente nel nesso tra femminilità borghese e pulizia risuonano potentemente i repertori della purezza femminile, una purezza intesa in senso sia fisico sia morale<sup>116</sup>. Questo nesso ha già trovato la sua estrinsecazione

che nulla venga consumato oltre il bisogno», Luigi Baldassarri, *Medicina sociale. La questione ospitaliera considerazioni e proposte di riforme*, in «Il Policlinico», XXXI, 20 (1924), p. 663.

<sup>114</sup> Pietro Bertolini, *Per la riforma dell'assistenza ospitaliera*, in «Nuova Antologia», LI, (1916), p. 11.

<sup>115</sup> Ute Frevert, *The civilising tendency of hygiene, working class women under medical control in imperial Germany*, in *German women in the nineteenth century: a social history*, a cura di John C. Fout, New York, Holmes & Meier, 1984, p. 322.

<sup>116</sup> Secondo Alison Bashford le donne hanno potuto trovare un posto nel movimento igienista britannico del XIX secolo perché quest'ultimo focalizzava la propria attenzione sulla casa come spazio da 'sanitarizzare', ma anche perché il discorso igienista funzionava attraverso i due poli della purezza e della contaminazione, gli stessi poli tra i quali era articolata la femminilità. Bashford, *Purity and pollution*, cit., p. 9.

pratica nella partecipazione delle donne di classe media alla crociata igienista in veste di filantrope, a partire dagli ultimi decenni dell'800 in Italia come nel resto d'Europa. Tale partecipazione è stata garantita, tra le altre cose, dal fatto che il concetto di igiene elaborato nel quadro della crociata igienista è rimasto saturo di implicazioni etiche ben oltre la fine del XIX secolo e l'affermazione del paradigma batteriologico<sup>117</sup>.

Tuttavia il nesso tra pulizia e femminilità borghese non conta nella propria genealogia solamente i repertori simbolici della purezza femminile. Dal principio del XX secolo il bacino di immagini legate alla femminilità borghese è ormai saturo di significati associati a pulizia e nettezza – intese questa volta in senso strettamente materiale – anche in virtù dell'abbraccio sempre più serrato che medicina, igiene, scienza erano andate stringendo intorno alle donne della classe media in quanto fulcro della domesticità nel corso del XIX secolo in molti paesi europei come negli Stati Uniti<sup>118</sup>. È proprio a partire dal ruolo di angeli custodi del nuovo vangelo dell'igiene domestica, costruito nel corso dell'800 che, secondo Ute Frevert, le donne della borghesia tedesca, britannica, francese e statunitense – ma anche italiana – hanno costruito su basi medico-scientifiche e 'moderne' il proprio impegno extradomestico di educatrici e 'civilizzatrici' delle proprie 'sorelle' proletarie.

Comunque la si voglia intendere, insomma, qualunque siano le sue genealogie, l'associazione tra femminilità borghese e pulizia è tanto potente nei primi decenni del XX secolo da poter essere messa a lavoro con facilità e immediatezza nella costruzione della figura dell'infermiera moderna.

La stessa cosa si può dire per le idee di ordine, disciplina, precisione, anch'esse – com'è facile immaginare – potentemente polisemiche, di cui l'immaginario dei contemporanei sulla femminilità borghese è profondamente impregnato. Se ordine, regolarità, misura e disciplina sono le qualità chiave della classe media<sup>119</sup>, ma anche in generale della borghesia alla sua radice, queste 'doti', applicate allo spazio materiale e immateriale della domesticità, sono la quintessenza della femminilità borghese. Ora, se lo spazio ospedaliero – come quello domestico – deve essere tenuto in perfetto ordine fisico e morale per meglio funzionare, nessuna figura è più 'adatta' a garantire tutto ciò di quella di una donna portatrice dei valori della femminilità borghese. Inoltre ordine e regolarità sono profondamente connessi anche all'idea stessa di nettezza anche nell'universo concettuale dei medici

<sup>117</sup> *Contagion. Historical and cultural studies*, a cura di A. Bashford, C. Hooker, London, Routledge 2002.

<sup>118</sup> Apple, *Mothers and medicine*, cit., Id., *Constructing mothers*, cit.

<sup>119</sup> Francesca Socrate, *Aurea mediocritas: appunti per una storia dell'autorappresentazione dell'impiegato moderno*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 2 (1989), pp. 227-257.

e degli igienisti dei primi decenni del ventesimo. Al contrario di quanto si potrebbe pensare a prima vista, il paradigma batteriologico che sottende il discorso medico sulla pulizia non ha infatti scalzato questa fondamentale coincidenza<sup>120</sup>. Essa rappresenta lo schema di fondo dei discorsi medici sull'igiene, che si tratti di quella della casa, del corpo individuale, o dell'ospedale: una delle 'regolarità' che sottendono le pratiche di pulizia è – in tutti questi casi – la produzione di spazi (corporei, domestici, ospedalieri) ordinati, lisci, facilmente ispezionabili o attraversabili, privi di punti di ristagno, e la produzione di una temporalità ben scandita e caratterizzata dalla regolarità<sup>121</sup>, prevedibile. Tutto ciò che è angolo oscuro, piega, agglomerato informe, tutto ciò che non può essere inserito in uno schema che lo renda prevedibile e amministrabile deve essere eliminato.

Il patrimonio simbolico della femminilità borghese si presta dunque particolarmente bene ad essere impiegato nella costruzione della figura paradigmatica dell'infermiera moderna perché esprime immediatamente l'idea di ordine, regolarità, precisione e (quindi) nettezza che sono elementi basilari per il funzionamento della moderna *machine à guérir*. Sono queste le sole caratteristiche che possono garantire il regolare funzionamento del delicato ingranaggio dell'ospedale moderno'. Non a caso alle signorine infermiere che si apprestano ad iniziare il proprio servizio volontario, un breve manuale significativamente intitolato *La moderna infermiera della Croce Rossa Italiana* suggerisce che:

I principali doveri di una Dama in servizio sono: l'attenzione, la previdenza, l'accuratezza. È suo compito che ovunque regni il massimo ordine, ordine in cucina, ordine in guardaroba, ordine nelle corsie, ordine nelle varie mansioni, è soltanto questo l'elemento principale, anzi indispensabile per il buon andamento di una Infermeria [...] Infine la Dama deve sapersi cattivare l'affetto e la stima degli infermi ma nel contempo deve incutere in essi il dovuto rispetto

<sup>120</sup> Tale tesi è avanzata da Nancy Tomes in *The gospel of the germs*, cit.

<sup>121</sup> La casa e il suo mobili devono essere lisce, le pareti prive di ninnoli, bisogna eliminare angoli oscuri e disordinati ammassi di oggetti, punti in cui l'aria ristagni o la luce non penetri: queste le prescrizioni della scienza igienica. Anche la corsia d'ospedale deve essere altrettanto 'agile e liscia', ordinata, i suoi letti disposti in modo da facilitare i flussi di aria, acqua, persone, luce, materiali, i corpi degli infermi confinati nei suddetti letti per non ostacolare questi flussi e con essi il regolare funzionamento del delicato e preciso congegno ospedaliero. Il corpo dell'infermiera a sua volta deve essere liscio, i suoi abiti privi di punti in cui i germi possano raccogliersi (le maniche delle suore, i loro abiti barocchi, sono inadatti a questo), la sua pelle soprattutto quando è esposta, le sue cavità – bocca, naso, ascelle – continuamente sorvegliate, igienizzate, illuminate quasi come gli angoli oscuri messi al bando nella casa igienica, le barriere esterne del suo corpo devono essere militarmente protette, i suoi capelli spazzolati per disperdere accumuli di polvere e altre sostanze. Questa la *summa* delle prescrizioni igieniche che riguardano la casa, l'ospedale, il corpo dell'infermiera.



per la sua persona e per quella delle altre, deve cioè insegnare al malato il suo galateo facendogli comprendere che se doveri hanno le Dame verso loro, doveri han pur loro verso di esse<sup>122</sup>.

L'ultima parte di questo brano ci permette di prendere in considerazione un ulteriore elemento chiave del patrimonio simbolico della femminilità borghese messo a lavoro nella costruzione dell'infermiera moderna: la capacità di esercitare una positiva influenza morale, di educare, di esercitare uno spontaneo 'effetto civilizzatore'<sup>123</sup>.

Come si è visto nel corso del capitolo, una delle caratteristiche fondamentali dell'«ospedale moderno» sognato dai medici è la capacità di disciplinare, attraverso vari dispositivi, i corpi che lo attraversano. Uno degli strumenti chiave di questa opera di *dressage* è individuato dai sanitari, con forza crescente a partire dal primo dopoguerra, nei corpi stessi del personale di assistenza. I corpi del 'vecchio' personale di assistenza, tuttavia, non sono ritenuti 'adatti' ad assumere tale ruolo. Essi hanno troppo da spartire con quelli che dall'istituzione devono essere disciplinati<sup>124</sup>.

Ora, non stupisce che i corpi ideali per dare 'il buon esempio' ai ricoverati siano, invece, quelli di donne che si immagina esprimano 'naturalmente' e in virtù dell'educazione ricevuta, quella pulizia, quell'ordine, quella decenza che si vorrebbe trasmettere ai ricoverati. Da corpi di donne di 'civile condizione' si immagina emanino e si trasmettano spontaneamente candore, pulizia, ordine e signorilità di modi. Per valutare adeguatamente la centralità assegnata a questi concetti nella definizione della femminilità borghese non sarà necessario in questa sede ricostruire il percorso di riorganizzazione della famiglia borghese e dei ruoli di genere al suo interno a partire dalla fine del XVIII secolo, di identificazione della funzione moralizzatrice della 'Donna', di costruzione delle 'Madre' come educatrice designata della prole nel lungo Ottocento, o ricordare quanto quello della 'missione educativa' (poggiante sull'opposizione simmetrica educazione/istruzione) delle donne sia stato un *leit motiv* della trattatistica ottocentesca ad esse dedicata<sup>125</sup>. Nella costruzione dell'infermiera moderna' la 'missione

<sup>122</sup> *La moderna infermiera della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 5.

<sup>123</sup> Sull'«effetto civilizzatore del gentil sesso» in relazione alle professioni aperte alle donne si veda Michela De Giorgio, *Donne e professioni*, in *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, 1996, vol. X, pp. 439-490.

<sup>124</sup> «Se poi l'ospedale deve, come si vorrebbe, essere luogo di educazione morale ed igienica per i ricoverati meno evoluti, come potremo noi sperare tutto questo da un personale di assistenza che avrebbe ancora tanto bisogno di essere educato egli stesso?», Ernesto Skulteki, *I nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria*, cit., p. 5.

<sup>125</sup> Carmela Covato, *Educata ad educare: ruolo materno e itinerari formativi*, in *L'educazione delle donne*, a cura di Soldani, cit., pp. 131-145.

educativa' intesa come fulcro di questo tipo di femminilità viene messa al servizio di una funzione chiave dell'ospedale come istituzione disciplinare. Alla luce di queste considerazioni possiamo leggere le affermazioni dei medici sull' 'influenza civilizzatrice' esercitata dalle 'infermiere moderne' come molto meno accessorie, incidentali o ridondanti di quanto si potrebbe immaginare.

Come abbiamo visto, poi, il personale di assistenza deve incarnare una sorta di estensione protesica dello sguardo e del braccio del medico, deve non solo realizzarne ma anche anticiparne desideri e volontà (oltre naturalmente a prevedere i bisogni dei pazienti), facilitandone l'azione e potenziandone l'efficacia. Inoltre come abbiamo visto il personale di assistenza deve supportare, garantire, accrescere l'autorevolezza del medico, 'preparare gli animi' ad accoglierne la parola, facilitarne in ogni modo il lavoro, costruire intorno a questi ed alla sua scienza una diffusa fiducia, garantire le condizioni per il successo e l'efficacia della sua opera. In buona sostanza deve assumere un ruolo ancillare. Non sfuggirà la perfetta corrispondenza che il ruolo ancillare, e il lavoro relazionale, di cura – fisica e affettiva – richiesto al personale di assistenza non solo nei confronti dei pazienti, ma anche nei confronti dei sanitari, trovano nei repertori simbolici della femminilità, soprattutto quelli legati all'immaginario della domesticità borghese, pensata come il luogo di produzione delle precondizioni per il successo maschile, di risposta alle esigenze materiali e affettive degli uomini. Tali repertori offrono dei potenti bacini di immagini, di metafore e di significati che si connettono immediatamente con le funzioni che sono previste per il personale di assistenza nell' 'ospedale moderno' vagheggiato dai medici. Ancillarità e complementarietà rispetto al maschile sono i due elementi chiave della femminilità intorno ai quali i medici costruiscono il sogno di un' infermiera che, pur 'servendo' perfettamente l'utopia modernizzatrice che essi stanno costruendo, non minacci il loro ruolo e la loro centralità.

## 5. 'Addomesticando' l'ospedale moderno

In una serie di conferenze pubblicate su «Ospedale Maggiore» tra il 1920 e il 1921 dedicati alla questione dell'assistenza infermieristica, Giulio Ascoli<sup>126</sup>, già direttore dell'ospedale civico di Trieste, dopo aver descritto con piglio

<sup>126</sup> Dopo aver frequentato l'università nell'impero austro-ungarico, Ascoli diviene assistente di Augusto Murri a Bologna e poi di Maragliano a Genova. Perfeziona poi la propria preparazione all'Istituto Pasteur di Parigi. La sua carriera ospedaliera si svolge prima a Pavia, dove è primario presso il San Matteo, poi come direttore all'Ospedale civico di Trieste. A lui viene intitolata la scuola per infermiere di questo ospedale. Si veda la voce corrispondente in *Dizionario Biografico degli italiani*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 1962, pp. 379-384.

tecnico la situazione dell'assistenza in Italia e aver tracciato un quadro dei diversi sistemi di assistenza – 'latino', 'anglo-germanico' e 'misto' – delinea, sotto forma di racconto edificante, la giornata tipo di un'ideale 'infermiera moderna'. Come in ogni racconto edificante, la figura della protagonista – con la sua «bianca cappa e la linda cuffietta», la pulizia, l'ordine, la disciplina e l'amorevole pietà che la caratterizzano – si delinea attraverso il confronto con le infermiere 'vecchio stile', che nel procedere del racconto si mostrano quasi come figure dell'abiezione che incarnano tutto ciò che, secondo l'autore, non deve trovare posto nell'ospedale moderno. Nella parabola la protagonista contrappone il suo ordine alla trascuratezza, il disordine, la sporcizia delle altre infermiere, la sua istruzione all'analfabetismo della vecchia caposala, la sua prontezza, attenzione e vigilanza alla disattenzione della collega povera madre di famiglia, che il lavoro domestico e le preoccupazioni famigliari distraggono dalla propria missione.

In una delle scene edificanti tratte dalla serie di articoli di Ascoli troviamo la nostra infermiera modello, questa volta in rara compagnia di altre infermiere 'moderne' come lei, intenta nel suo lavoro in sala operatoria:

[...] di fronte al chirurgo, candida come lui, una donna, la faccia velata al par di un'odalisca, una donna, e con gli uncini tien divaricate le labbra della ferita, e a porre in evidenza or questa, or quella parte; e aiuta a riporre e contenere nel ventre l'intestino ripassato; e a fermare il sangue ove sprizzi... svelta, silenziosa<sup>127</sup>.

Il tropo orientalista e coloniale dell'odalisca velata – ma anche, significativamente, muta, attenta alle necessità del medico, intenta a porgere, mostrare, facilitare – amplifica in questo testo, a metà tra il narrativo e il 'tecnico', l'idea dell'ancillarità della figura dell'infermiera, ma stuzzica anche significativamente una certa *pruderie*, svela prudentemente un sottotesto sessuale. I fantasmi sessuali evocati dall'immaginario orientalista legato alla figura dell'odalisca velata sembrerebbero all'apparenza mal conciliarsi con il carattere castigato, pudico che viene insistentemente richiesto e attribuito all'infermiera moderna nel discorso dei medici. E tuttavia, nonostante tale figura sia dotata di attributi materni rigorosamente scissi da qualsiasi forma di maternità carnale, insistentemente dotata di caratteristiche vocazionali che ne danno per certi versi un'immagine quasi ascetica – in questo senso fedele al modello 'Nightingale' – una trama sessuale la sottende. Quella dell'infermiera non è, in effetti, una figura totalmente asessuata: la sua sessualità è semplicemente addomesticata, ricondotta entro forme legittime.

<sup>127</sup> Giulio Ascoli, *Assistenza infermiera. Giornata dell'infermiera*, in «Ospedale Maggiore», IX, 1 (1921), p. 28.

Tentando una 'lettura perversa'<sup>128</sup> della riscrittura delle gerarchie, ma anche dei rapporti tra gli attori dell'ospedale moderno vagheggiata dai medici riformatori, una lettura che ne faccia 'parlare i silenzi', possiamo infatti ipotizzare che l'insistenza sulla moralità, sulla pudicizia, sulla dignità che dovrebbero caratterizzare l'infermiera moderna, distinguendola dal vecchio personale femminile, non miri ad eliminare o reprimere quella che potremmo chiamare la trama fantasmatica di desiderio che innerva la struttura dell'ospedale, quanto semmai a riorganizzarla.

Il vero grande spauracchio agitato nei discorsi dei medici, e non solo nei loro, sull'assistenza infermieristica, non è generalmente la sessualità delle infermiere in quanto tale, ma lo spettro del desiderio tra queste ultime e i pazienti (o al più quello di una sessualità interclassista tra medici e infermiere proletarie). Sono i flussi di desiderio tra ricoverati uomini e infermiere donne, sempre illegittimi, che devono essere repressi. Non a caso una delle 'figure dell'abiezione' nell'articolo racconto di Ascoli appena analizzato è quella dell'infermiera che ha una relazione con un paziente: si tratta significativamente di un marinaio, figura archetipica della promiscuità sessuale maschile (proletaria).

Non altrettanta paura fa, evidentemente, l'evocazione del desiderio tra medici e infermiere – che idealmente si immaginano come 'pari' da un punto di vista socioculturale – purché incanalato in binari legittimi. L'idea di possibili matrimoni tra medici e infermiere, supportata almeno tendenzialmente dall'abbattimento delle differenze di classe tra queste due figure che si dovrebbe produrre nell'"ospedale moderno", non suscita scandalo tra i medici e può essere evocata senza timore.

Discutendo la questione dei rapporti tra sanitari e infermiere al convegno internazionale di infermiere tenutosi nel 1928, ad esempio, il noto clinico genovese Giuseppe Sabatini – delegato agli studi per l'organizzazione scolastica infermieristica della Croce Rossa Italiana<sup>129</sup> – non solo critica l'idea di un'infermiera ascetica, quasi mistica, ma sembra suggerire che l'eventuale desiderio tra medici e infermiere non debba essere demonizzato, ma semplicemente incanalato in un percorso legittimo:

[...] un controllo onesto e fermo dei propri sentimenti, il vigile e permanente ricordo che l'infermiera è una brava fanciulla, la quale lavora per altri con un inadeguato corrispettivo per sé e per il suo pane; il pensiero che è cosa particolarmente vile insidiare la pace e l'onore di donne lanciate al lavoro dai bisogni della vita moderna, ed anche (perché è psicologico muovere le leve dei

<sup>128</sup> Sedgwick, *Stanze private*, cit.

<sup>129</sup> Giuseppe Sabatini è anche professore di malattie del lavoro a Genova e insegnante presso la scuola convitto per infermiere di Roma.

tornaconti personali), la visione delle noie, a cui si va alla fine inevitabilmente incontro, e degli svantaggi nella regolarità dei servizi, di cui si è responsabili, possono essere forze morali valide per combattere quelle pur formidabili dell'istinto fisico nell'incontro dei sessi, e correggere le tendenze perturbatrici derivanti dall'immaginazione, così sviluppata nella nostra razza. *Che se poi il fluido nato fra i due esseri è invincibile, il senso di onestà e di personalità e di responsabilità, che la cultura deve aver dato, lo incanalerà verso le giuste direzioni*<sup>130</sup>.

Premessa e conseguenza a un tempo della affermazione della figura dell'«infermiera moderna» come assemblaggio di una serie di elementi del repertorio simbolico della femminilità borghese, che abbiamo sin qui esaminato, è la riorganizzazione dell'ospedale come casa moderna, igienicamente perfetta e razionalmente organizzata. Come abbiamo già visto, l'immagine della casa è infatti, insieme a quella della fabbrica, una delle più utilizzate per descrivere l'ospedale moderno in divenire. Ma perché l'ospedale diventi una casa moderna e razionalizzata, è necessario che la sua «trama affettiva» sia riscritta, che le relazioni tra gli attori dell'ospedale si riconfigurino intorno all'idea della famiglia borghese nucleare. In questa riorganizzazione l'antico concetto di «famiglia ospedaliera», della quale i serventi o infermieri erano stati i «figli», prende nuove forme: le infermiere diventano «le donne di casa», assumendo il ruolo tanto di brave amministratrici di quest'ultima, educate ai moderni principi dell'economia domestica, quanto di buone madri, igienicamente coscienti e ben istruite.

In tale processo i pazienti – che come si è visto nelle pagine precedenti – si vorrebbero confinati nei propri letti, irreggimentati dalle ferree regole della nuova istituzione, continuamente monitorati, tenuti sotto controllo, limitati nella propria autonomia e infantilizzati dai dispositivi istituzionali, trasformati in bambini (privi di giudizio) dai discorsi medici e non solo, vanno ad occupare nell'universo simbolico dell'ospedale moderno il ruolo di «figli». Accanto a questi figli, come in ogni casa ben ordinata, sono chiamate a stare solo ed esclusivamente le madri:

Al letto dell'infermo è di grande, immenso conforto la presenza del medico – scrive l'ufficiale medico Ferruccio Shupfer in *Conquiste e aspirazioni della medicina di guerra* – ma quando si tratta di quelle infinite, delicate cure, che richiede il malato, questi si volge fiducioso verso la mano, la mente ed il cuore della donna, e non verso quello dell'uomo. E quante volte nel lungo esercizio della nostra professione abbiamo veduto, ed ammirato gli esempi più commoventi di affettuosa, diuturna assistenza di un padre per la sua creatura; *ma quante volte non abbiamo anche dovuto dolorosamente constatare come essa riuscisse goffa, disadatta e spesso addirittura non desiderata dall'infermo*. La

<sup>130</sup> Ivi, p. 13.

donna è nata cogli istinti della maternità, colle dolci delicatezze e colle soavi abnegazioni di una madre, e tali sono le doti che desidera l'infermo, il quale nella sua momentanea malattia torna ad essere un fanciullo, il quale desidera la carezza, la morbidezza della mano che lo assiste, l'intuito e la previdenza dei suoi desideri, la voce calma e suavisiva, la pazienza, la dolcezza, e tutti quei piccoli conforti così naturali nella donna, e così poco *consoni alla rude mascolinità dell'infermiere*<sup>131</sup>.

Dai letti di questi pazienti-fanciulli gli uomini devono essere imperiosamente allontanati. «Gli uomini hanno altre qualità e attitudini che li rendono pure preziosi negli ospedali, *ma non al letto degli infermi*»<sup>132</sup>, dichiara Sgambati al congresso dei medici ospedalieri nel 1909.

Se la loro 'rude mascolinità' rende gli uomini 'poco consoni' al ruolo di infermieri, tale ruolo ne può mettere viceversa in discussione la mascolinità. È a partire da questo sottotesto che la contessa de Gregory – giocando a favore dell'«infermiere moderna» l'implicita minaccia di de-virilizzazione degli infermieri uomini che accompagna l'idea che la cura sia una naturale prerogativa femminile – ironizza sui religiosi che lavorano negli ospedali: «Le buone disposizioni morali dei religiosi non sono in genere accompagnate da alcuna disposizione pratica, prova evidente che se l'abito non fa il monaco, nemmeno l'uso abituale della sottana induce qualità ed attitudini femminili!»<sup>133</sup>. Per avvalorare la tesi dell'«innaturalità» della presenza maschile nel campo dell'assistenza e al contempo cercare una sponda nei medici, De Gregory cita anche la lettera di un gruppo di studenti di medicina assegnati alla sorveglianza in alcuni ospedali militari: «Potremmo al contrario essere molto più utili alla nostra patria in qualità di ufficiali combattenti, lasciando i nostri posti a giovani donne certo più adatte alle opere di pietà. Ben venga dunque la legge auspicata dall'illustre prof Signorelli, anche per togliere molti giovani da *uno stato di avvilito abbassamento morale*»<sup>134</sup>.

Se per giovani studenti di medicina svolgere temporaneamente compiti assistenziali può rappresentare una forma di «avvilito abbassamento morale», l'intimità corporea che il lavoro di assistenza impone e lo svolgimento di una professione che si vuole quintessenza della femminilità materna possono rendere gli uomini che si ostinano a sceglierla particolarmente

<sup>131</sup> Ferruccio Shupfer, *Conquiste e aspirazioni della medicina di guerra*, Firenze tipografia Galletti e Cocci 1918 p. 174. Le argomentazioni di Shupfer, lungi dall'essere una svalutazione delle competenze maschili nel campo della cura dei malati, possono semmai essere lette come una sorta di difesa della mascolinità dei medici.

<sup>132</sup> *Riassunto degli argomenti relativi*, cit., p. 10. Il corsivo è mio.

<sup>133</sup> Ginevra Terni de Gregory, *Il posto della donna negli ospedali militari*, in «Nuova Antologia» LII, 7 (1917), p. 8.

<sup>134</sup> *Ivi*.



sospetti, fino a guadagnare loro l'accusa di 'antisocialità'. Scrive ad esempio il dottor Ernesto Skulteki, ardente sostenitore della causa dell'"infermiera moderna": «Sono tanti i campi in cui l'uomo può esplicare le proprie attività, tanti i cieli in cui può spaziare ed esprimere la sua innegabile superiorità che volersi ostinare a competere colla donna in questo dominio così speciale che si collega e compenetra con quello della maternità *oltre ad essere contro natura è anche eminentemente antisociale*»<sup>135</sup>. Skulteki invita esplicitamente gli uomini ad abbandonare l'insana velleità di divenire infermieri, cosa che li renderebbe degli 'spostati', per scegliere professioni più 'virili': «Ed è per questo che diciamo amichevolmente agli uomini volenterosi che aspirano a fare l'infermiere: 'Disertate questa professione che non è fatta per noi, ritornate senza abbandoni alla terra ed al piccolo artigianato che hanno fatto la grandezza di Roma e dei comuni italiani, vi troverete più a vostro agio, più compresi ed in posizione più fruttifera e *farete sempre più gloriosa questa nostra Italia che di spostati non abbisogna, ma di agricoltori che la terra fecondino, di artigiani che maturino, in opere piccole ma belle, la genialità della stirpe*'»<sup>136</sup>. L'antisocialità di uomini che scelgono un lavoro 'femminilizzante', che per di più implica, come si diceva, una sospetta intimità con altri corpi maschili, ha come contrappunto la 'virilità' – e l'eterosessualità – di lavoratori che, nelle parole dell'autore, attraverso la propria opera *'fecondano la terra'* e «maturano la genialità della stirpe».

L'accusa di effeminatezza – e forse, più velata, quella di omosessualità – implicitamente (o talvolta esplicitamente) rivolta agli uomini che rivendicano la propria legittima presenza nel campo dell'assistenza, fa da contrappunto all'affermazione dell'idea che il lavoro di cura e assistenza sia una prerogativa essenzialmente (ed esclusivamente) femminile: è questo il quadro dentro il quale – nel discorso dei medici – si costruisce la possibilità di ascesa dell'"infermiera moderna" e il suo inquadramento come 'madre di famiglia igienicamente cosciente'. La figurazione dell'ospedale/famiglia<sup>137</sup>

<sup>135</sup> Skulteki, *I nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria*, cit., p. 4.

<sup>136</sup> Ivi, p. 5, corsivo mio.

<sup>137</sup> Nel suo articolato intervento Skulteki aggiunge un'ulteriore sfumatura a tale figurazione, sostenendo che l'ospedale moderno debba riprodurre la struttura della famiglia – con le sue relazioni interne e le sue regole – non solo per poter meglio funzionare, ma anche per riprodurre intorno ai pazienti un ambiente familiare, appunto, garantendo loro maggior serenità: «Per ben curare bastano sapere, intelligenza, coscienza del proprio dovere, per bene assistere oltre tutte queste doti bisogna spirito di abnegazione e sacrificio che devono durare immutabili notte e giorno sempre – senso scrupoloso di ordine e di pulizia, affettuosità, pazienza, obbedienza, rassegnazione anche alla irricoscenza ed alla insolenza; spirito di maternità, insomma, che è innato in qualsiasi donna a qualunque classe appartenga e che è la negazione di noialtri uomini. Tanto vero che anche nelle nostre famiglie, noi uomini, medici compresi, siamo dei pessimi infermieri pur dei nostri cari! Noi tutti ricordiamo nelle nostre malattie sia da piccoli che da grandi le affettuose cure di una madre, di una sorella, di

che sostiene ed è strutturalmente connessa a tale ascesa, implica un ferreo rispetto dei ruoli di genere, nonché un'opera di riscrittura della trama affettiva e sessuale che – fantasmaticamente – struttura i rapporti tra i diversi attori dell'«ospedale moderno».

## 6. Rispecchiamenti strategici

Come abbiamo visto in queste pagine il consenso che l'«infermiera moderna» riceve nel discorso dei medici è funzionale al loro percorso di «presa di possesso» dell'istituzione ospedaliera. Le caratteristiche funzionali che i medici proiettano sull'infermiera modello corrispondono perfettamente alle idee di questi ultimi in merito al corretto funzionamento di un «ospedale moderno» compiutamente medicalizzato. L'«infermiera moderna» è, nel discorso dei medici ospedalieri, uno «strumento» funzionale alla conquista dello spazio ospedaliero.

È interessante notare che le aspettative riposte dai medici in questa figura trovano una forte corrispondenza nei discorsi di coloro che a partire dalla prima guerra mondiale si candidano a darle corpo: le infermiere volontarie (o almeno alcune di loro). Ad esempio tracciando un rapido *excursus* di alcuni testi rivolti ad un pubblico generalista – memorie del servizio prestato durante la guerra, pubblicazioni divulgative etc – scritti da volontarie, si può scorgere in controluce la trama di un dialogo intertestuale ingaggiato da queste ultime con i testi prodotti dai medici sul tema dell'ospedale «moderno».

Nelle memorie di infermiere volontarie durante la prima guerra mondiale le sale degli ospedali descritti sono spesso «ampie», «nitide» e «inondate di luce», le infermiere intente a portare ordine e pulizia nelle sale<sup>138</sup>, oltre che conforto ai malati e ai feriti. Scrive Maria Luisa Perduca «[dopo la medicazio-

una moglie, di una figlia, anche di una semplice donna di servizio (perché anche nelle donne dei più bassi strati sociali, in mezzo a tutte le scorie, il senso soccorritore materno non viene mai a mancare) ma non riportiamo mai impresso il ricordo in un padre, di un fratello, di un mercenario qualsiasi! L'arte che è l'espressione collettiva dell'animo e dei sentimenti del popolo, ha in ogni epoca sempre rappresentata, idealizzandola, al letto di ogni sofferente la figura angelica di una infermiera! [...] e perché questa verità che noi ammettiamo come indiscutibile nelle nostre famiglie, dovremo poi negarla quando ci trasportammo nell'ambiente degli Ospedali dove la malattia si presenta ancora più terribile perché alla sofferenza fisica si aggiunge lo strazio di sentirsi soli ed abbandonati in mezzo ad estranei lungi da tutte quelle affettuosità che governano il focolare della famiglia? Potremo noi uomini compensare questa deficienza e riprodurre per chi soffre, l'illusione della casa lontana? Non credo che alcuno che rettamente senta, avrebbe il coraggio di affermarlo con tutta coscienza – tanto meno con il sistema di reclutamento che vige attualmente negli ospedali italiani!», ivi, p. 4.

<sup>138</sup> «[...] e quanto lavoro di pulizia, quanta attenzione e cura in questi reparti ben preparati, arredati, vigilati scrupolosamente!», si legge in una delle lettere dell'infermiera volontaria

ne] L'ospedale si inonda di pace; le sale ampie, chiare, ordinate, svolgono la nitidezza dei letti e dei comodini, dove fasci di fiori mettono una nota di poesia [...] Tra il verde delle palme poste ai lati dell'entrata, sparisce con uno svolio dolce la figura candida d'una compagna, e la presenza di questa donna che passa, mette una soavità di carezza nell'aria»<sup>139</sup>. Nel testo di Perduca – rappresentativo di molti altri modellati su questo stile e contenenti elementi simili – incontriamo non solo le caratteristiche dell'«ospedale moderno» delineate dai medici – ordine, pulizia, luce etc – ma anche alcune di quelle dell'infermiera modello: pulita, disciplinata, capace di infondere nei pazienti conforto, ma anche, a volte, di disciplinarli ed educarli. E di far rispettare l'ordine e le disposizioni dei medici. Esempio in questo senso il testo della cattolica Antonietta Giacomelli<sup>140</sup>, che sembra fare eco a molti di quelli scritti dai medici che abbiamo analizzato nelle pagine precedenti:

Oggi c'è stato, da parte di una benefattrice dell'ospedale, larga distribuzione di dolci, di sigarette, e per quanto lo permette il regolamento, di liquori. Benefattrice... ma se quel denaro lo avesse speso in qualche cosa di più utile? È certo che domani avremo delle nuove temperature, e che tutte le tossi saranno peggiorate. [...] Di queste occasioni, se non altro, mi valgo per far loro un po' d'istruzione antialcoolica<sup>141</sup>.

In questo testo l'autrice si presenta come zelante interprete di due delle funzioni che abbiamo visto essere centrali nel discorso dei medici sull'assistenza moderna: quella di controllo e sorveglianza dell'ospedale, di vigilanza sul buon funzionamento di quest'ultima e sul rispetto delle volontà e delle prescrizioni dei medici, e quella di educazione igienica dei ricoverati.

Più in generale i testi delle aspiranti 'infermiere modello' insistono spesso non solo su una rassicurante complementarietà di ruoli tra medici e infermiere, ma anche sull'idea che il lavoro di queste ultime sia funzionale al potenziamento di quello dei medici.

In un testo paradigmatico intitolato *L'infermiera e la sua missione* le autrici, Carolina Isolani e Frida Gaddi, si fanno interpreti quasi letterali dell'idea che sta al centro dei discorsi dei medici sull'infermiera moderna: quest'ultima è funzionale all'affermazione della scienza medica e dei suoi interpreti. Il concetto è espresso attraverso la ricostruzione della storia

Lucia Garelli, *Lettere di Lucia Garelli. Infermiera volontaria Croce Rossa Italiana*, Mondovì, tipografia Fracchia, 1918, p. 27.

<sup>139</sup> Maria Luisa Perduca, *Un anno d'ospedale (giugno 1915-novembre 1916): note di un'infermiera*, Milano, Fratelli Treves, 1917, p. 9.

<sup>140</sup> Si veda la voce corrispondente in *Dizionario Biografico degli italiani*, cit. vol. LIV, 2000.

<sup>141</sup> Antonietta Giacomelli, *Dal diario di una samaritana. Ai nostri soldati e alle loro infermiere*. Milano, Solmi Editore, 1917, p. 24.

dell'assistenza 'dalle origini'. Le autrici individuano una concomitanza tra la diminuzione dell'importanza delle donne nell'ospedale dopo il Medio Evo e «un regresso sia per il trattamento del malato sia per la scienza medica»:

Una delle cause se non la principale di questa decadenza, va ricercata nel fatto che così come nella pubblica, anche nella vita ospitaliera in questo periodo di tempo la donna ha perduto molto di quella ingerenza che aveva nel Medio Evo. [...] un ospedale ha buono e sicuro andamento solo allorquando l'influenza maschile e la femminile, ciascuno nell'ambito proprio, ben chiaro e ben definito, vanno parallele<sup>142</sup>.

Manipolando abilmente la *ratio* che sta alla base del supporto dato dai medici all'affermazione della figura dell'«infermiera nuova» le autrici di questo testo, pubblicato dall'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere, la 'volgono a proprio favore' arrivando a sostenere che il successo di questa figura – la restituzione alle donne del 'legittimo ruolo' che spetta loro negli ospedali – è *conditio sine qua non* del buon funzionamento dell'«ospedale moderno».

Esse – dunque – si candidano, e candidano la figura stessa dell'«infermiera modello», a diventare l'emblema, il simbolo, la metonimia dell'«ospedale moderno» di cui si diceva al principio di questo capitolo.

<sup>142</sup> *L'infermiera e la sua missione appunti di Carolina Isolani e Frida Gaddi*, Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere, p. 7, Archivio IPAS, misc. Assistenza Infermiera.



## Capitolo 3

# **Insegnare a vivere e bonificare la società: l'infermiera moderna e l'educazione igienica**

Dopo aver analizzato le motivazioni che hanno portato il mondo medico, o almeno una sua parte, a sostenere l'ascesa dell'«infermiera nuova» in relazione all'utopia dell'«ospedale moderno» inteso come tempio della medicina e dei suoi cultori, è ora necessario spostare l'attenzione al di fuori dello spazio ospedaliero. Sebbene questo movimento possa sembrare a prima vista contro-intuitivo, esso è assolutamente fondamentale: paradossalmente è proprio quando, nel primo dopoguerra, essa «esce dall'ospedale», che la figura dell'«infermiera moderna» guadagna la legittimità necessaria alla sua definitiva affermazione. Non è infatti possibile guardare alla riforma dell'assistenza infermieristica così come si struttura dopo la Grande Guerra senza seguire le vicende della figura dell'«assistente sanitaria visitatrice»<sup>1</sup>, che del-

<sup>1</sup> Il ritardo con cui viene approvata la legge del 1925 sulle scuole convitto rispetto alla presentazione del disegno di legge formulato dalla Commissione per la riforma dell'assistenza, i cui lavori terminano nel 1919, è anche dovuto alla necessità di integrare in tale disegno le scuole per la formazione delle assistenti sanitarie. Si legge nella relazione della Direzione Generale di Sanità nel 1925: «Consenta – a questo proposito – l'On Consiglio un cenno sull'azione esplicita anche su ciò che concerne il poderoso problema dell'assistenza infermiera per il quale sono note le sollecitudini di S. E. il Ministro Federzoni. L'onorevole Consiglio, nell'ultima sua sessione plenaria, è stato messo a giorno dello schema di Regio decreto-legge allestito dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, di intesa con i Ministeri delle Finanze e della Pubblica istruzione. A tale schema, che pure aveva ricevuto l'approvazione di massima da parte del Consiglio dei Ministri, non venne dato ulteriore seguito, in considerazione della opportunità, frattanto riconosciuta, di completarlo con norme che contemplassero,



l'«infermiera moderna» è una sorta di «evoluzione» extraospedaliera. Possiamo forse affermare che per molti versi sia propria la figura dell'assistente sanitaria visitatrice, cui si è già accennato nel primo capitolo, a «trainare» in questi anni la riforma dell'assistenza infermiera nel suo complesso. E non solamente in Italia, come abbiamo anticipato nell'introduzione. Non a caso, in una *Relazione sul congresso internazionale di Parigi per l'educazione delle infermiere* del 1923, l'ispettrice generale delle infermiere della CRI e presidente dell'ANITI Irene di Targiani Giunti scrive: «La prevalenza nelle discussioni venne beninteso data al problema delle infermiere visitatrici; su queste può dirsi è fondata la grande riforma sociale ed igienica futura»<sup>2</sup>.

Non deve stupire che la figura dell'infermiera moderna raggiunga il massimo del consenso nel momento in cui si proietta (anche) al di fuori dello spazio ospedaliero. Come si vedrà meglio nel primo paragrafo di questo capitolo, nel dopoguerra «prevenzione» diviene la parola d'ordine della maggior parte dei discorsi che riguardano la gestione del corpo sociale. In questo contesto l'ospedale, istituzione finalizzata a prendere in carico corpi già malati e solamente per il periodo in cui la malattia è acuta, pur non perdendo la sua importanza, inizia ad essere sempre più compiutamente concettualizzato come ganglio di un più vasto dispositivo di gestione della salute pubblica. Tale dispositivo dovrebbe mirare soprattutto a prevenire lo sviluppo della malattia e ad *ottimizzare* le risorse biologiche della popolazione. L'assistente sanitaria visitatrice, preposta alla «propaganda igienica», sembra rispondere perfettamente a questo obiettivo<sup>3</sup>.

Questa declinazione particolare dell'«infermiera moderna», *penetrando* nelle scuole, nelle fabbriche, ma soprattutto «nell'intimità» delle case dovreb-

non solo le scuole-convitto professionali per infermiere, ma anche quelle per le assistenti sanitarie visitatrici», *Relazione della Direzione generale di sanità al consiglio superiore di sanità, Luglio 1924- maggio 1925*, SPER 1925, p. 26.

<sup>2</sup> Irene di Targiani Giunti, *Relazione sul congresso internazionale di Parigi per l'educazione delle infermiere*, in «Difesa Sociale», II, 5 (1923), p. 75. Sul convegno del European Council of Nursing Education tenutosi a Parigi nel 1923 si veda anche Jaime Patricia Lapeyre, «The idea of better nursing»: the American battle for control over standards of nursing education in Europe, 1915-1925, PhD dissertation, Graduate department of nursing science, University of Toronto, 2013, pp. 5 e sgg.

<sup>3</sup> In un articolo comparso nel 1929 su «Difesa Sociale» Arcangelo Ilvento spiega in modo cristallino questo passaggio. «L'esperienza ha dimostrato di più: che vi è tutto l'interesse da parte dell'ammalato e da parte della Società a conosere le condizioni della famiglia prima della malattia, a continuare l'assistenza della persona, anche quando le più gravi conseguenze della malattia sono delegate, per prevenire nuovi mali; a trasportare la base dell'opera assistenziale dall'individuo alla famiglia. Avviata su queste direttive, l'infermiera è passata dall'Ospedale all'Ambulatorio, al domicilio privato, alle opere di assistenza sociale, alle officine, alle scuole», Arcangelo Ilvento, *Formazione delle infermiere*, in «Difesa Sociale», VII, 3 (1929), p. 87.

be non tanto – o non solo – assistere gli infermi poveri, quanto piuttosto diffondere le nozioni igieniche tra le classi popolari. Impiegate nei dispensari antitubercolari, nelle scuole, nei consultori materni e infantili, nei servizi regionali di assistenza, nelle colonie, alle dipendenze di enti locali, comitati, associazioni, consorzi, le assistenti sanitarie dovrebbero rappresentare il *trait d'union* tra queste istituzioni e individui<sup>4</sup>. Esse dovrebbero svolgere un vero e proprio lavoro di propaganda di 'sane' abitudini di vita, corrette modalità di gestione di sé, del proprio corpo, della propria casa, dei propri familiari e di comportamenti da seguire per avere una vita felice e un corpo 'sano', ossia produttivo e riproduttivo. Come vedremo nelle prossime pagine, l'orizzonte in cui prende forma questa figura è quello della ricerca di nuovi strumenti per garantire 'l'efficienza del capitale umano' della nazione.

### 1. Per «l'efficienza del capitale umano»

Come si è già avuto modo di notare, la Grande Guerra è stata un momento di svolta per molti versi. Tra le altre cose il conflitto, caratterizzato da modalità 'innovative' e inedita distruttività, ha reso particolarmente evidente – e dibattuta – l'importanza del 'capitale umano' per il successo e la prosperità della nazione. 'Bonificare' il patrimonio biologico della nazione – che qualcuno sostiene essersi dimostrato «avariato» durante il conflitto – diventa una priorità nazionale dopo la grande carneficina. Uno schieramento trasversale nel dopoguerra proclama non solo la necessità di tornare a «riempire le culle», ma anche quella di produrre una stirpe sana ed efficiente. Nel clima convulso e violento del dopoguerra l'ottimizzazione razionale del 'capitale umano' della nazione rappresenta l'utopia tecnocratica che dovrebbe porre fine ad ogni conflitto<sup>5</sup>.

Ma cosa significa precisamente ottimizzare il patrimonio biologico della nazione? *In primis*, come si diceva, vuol dire prevenire le malattie e abbassare i tassi di mortalità. Se «[...] la vita di chi lavora o pel lavoro viene educato, rappresenta un capitale di cui la malattia arretra i frutti e che la morte

<sup>4</sup> Le assistenti sanitarie devono 'scovare' malati e 'predisposti', indirizzarli ai vari enti e istituzioni, prevenire il contagio nelle loro famiglie, svolgere 'inchieste sociali' nelle case del proletariato, seguire *a domicilio* i dimessi dagli ospedali, le persone che si rivolgono agli ambulatori, gli operai delle fabbriche, le madri, i bambini nelle scuole e nelle famiglie, fare lezioni collettive di igiene.

<sup>5</sup> «Nessun altro campo si presenta all'idea della pacificazione sociale più promettente e più fecondo di quello dell'igiene sociale, che potrebbe e dovrebbe affratellare tutte le forze a vantaggio della salute dei lavoratori, che potrebbe e dovrebbe fare intendere al capitale la necessità politica ed economica di tutelare l'igiene del lavoro», *La tutela dell'igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-20). Relazione del direttore generale Lutrario al Consiglio superiore di sanità*, Ministero dell'Interno, Direzione Generale di Sanità pubblica, 1921, vol. II, p. 140.

disperde», come spiega una circolare sulla lotta alla tubercolosi inviata dal Ministero degli Interni ai prefetti del regno nel 1924<sup>6</sup>, è necessario evitare ad ogni costo il ‘fallimento’ generato dalla morte. Ma ottimizzare il «capitale uomo»<sup>7</sup>, per usare un’espressione del senatore e notissimo malariologo Ettore Marchiafava<sup>8</sup> – non significa semplicemente evitarne la perdita. Significa anche migliorare e accrescere le capacità produttive della «macchina uomo», come scrive Ettore Levi<sup>9</sup> presentando sulle pagine di «Difesa Sociale» il programma del suo Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale: «nessuna conquista, sia nel campo spirituale che in quello politico ed economico, è infatti concepibile, se prima non si *modificano le cause che diminuiscono le possibilità produttive della mirabile macchina uomo*, fonte unica e prima di ogni progresso civile»<sup>10</sup>. Difendere e «valorizzare al massimo le efficienze funzionali, le capacità produttrici dei singoli»<sup>11</sup>, per usare le parole di Nicola Pende, futura figura si spicco della medicina del regime, diventa uno degli obiettivi fondamentali della medicina<sup>12</sup>. È insom-

<sup>6</sup> Circolare n. 20300-20, riportata in *Relazione della Direzione generale di Sanità al Consiglio Superiore di Sanità, luglio 1924-maggio 1925*, cit., p. 151.

<sup>7</sup> «[...] una profilassi sociale ben organizzata, saviamente diretta e vigilata, renderà maggiore il valore materiale e morale del capitale uomo, farà risparmiare enormi capitali e solleverà il prestigio della nazione», Ettore Marchiafava, *La medicina sociale del prof. Ettore Levi*, in «Il Polclinico», XXVIII, 11 (1921), pp. 368-70.

<sup>8</sup> Anatomopatologo e clinico romano, Marchiafava ricopre anche numerose cariche pubbliche: senatore del regno dal 1913, nel 1918 è assessore alla sanità e all’igiene del comune di Roma, nel 1919 rappresenta l’Italia alla conferenza delle Società di Croce Rossa a Cannes. Nel 1927 diventa presidente del Consiglio Superiore di Sanità e nel 1929 del Consiglio Nazionale delle Ricerche, nel 1935 diviene vicepresidente della Croce Rossa Italiana. Marchiafava è particolarmente noto per le ricerche sulla malaria eseguite insieme ad Angelo Celli. Su Celli si veda la voce relativa nel *Dizionario Biografico degli Italiani*, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma, 2007, vol. LXIX pp. 687-692.

<sup>9</sup> Ettore Levi, fondatore e primo direttore dell’Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale è, non a caso, fortemente impegnato per la causa delle assistenti sanitarie visitatrici: promuove la istituzionalizzazione di questa figura professionale presso il Consiglio superiore di sanità – del quale è membro di spicco – e ne propaga i vantaggi dalle pagine di «Difesa Sociale» e del «Bollettino mensile dell’Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», della quale è membro simpatizzante.

<sup>10</sup> Ettore Levi, *Per l’avvenire della razza*, in «Difesa Sociale», I, 1 (1922), p. 7, corsivo mio.

<sup>11</sup> Nicola Pende, *Per la creazione in Italia di istituti di biologia e psicologia dell’individuo e della razza*, in «Difesa Sociale», II, 4 (1923), p. 53. Su Nicola Pende si vedano: Roberto Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Scandicci, La Nuova Italia, 1999; Giorgio Cosmacini, *Medici nella storia d’Italia, per una tipologia della professione medica*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 172 e sgg.

<sup>12</sup> «Mai come durante e dopo questo immane conflitto è stata invocata l’opera umanitaria della Medicina. [...] Difendere i valori umani da essa [la guerra N.d.A. r] risparmiati ed assicurare una buona discendenza è opera della Medicina, della quale le tragiche vicende della conflagrazione mondiale hanno permesso di fare una più profonda valutazione, imponendole quasi un nuovo indirizzo tutt’affatto sociale», Ferdinando de Napoli, *Lue, maternità*,

ma necessario ottenere dal «capitale umano» risparmiato dalla guerra e soprattutto da quello a venire il «massimo rendimento possibile»<sup>13</sup>. «Interesse fondamentale della nazione» infatti, è «lo sviluppo di una popolazione forte e che possa, superando le intrinseche cause di eliminazione della prima infanzia, *raggiungere in piena efficienza il periodo della produttività*»<sup>14</sup>, come sintetizza a decima sezione della Commissione Reale per il Dopoguerra.

Ma in cosa consiste la piena efficienza del capitale umano? «[...] la nazione dovrebbe essere costituita da 'buoni animali', cioè a dire da individui fisicamente sani, produttori attivi di ricchezza, procreatori eugenici»<sup>15</sup>, sintetizza, citando Spencer ed Emerson, un anonimo redattore de «Il Policlinico». Gli organismi che la medicina e l'igiene sono incaricate di forgiare, come si evince dai discorsi più diffusi negli anni che seguono la guerra, devono essere produttivi – ovvero garantire un buon rendimento una volta inseriti nel sistema produttivo capitalista – ma anche riproduttivi. Essi dovrebbero non solo assicurare la riproduzione del «capitale umano» – come scrive Tropeano, i bambini non sono «mai troppi»<sup>16</sup> – ma anche garantirne la buona 'qualità'. Per questa ragione è necessario *in primis* tutelare e promuovere la «funzione conservatrice della femmina umana»<sup>17</sup>, per usare l'espressione dell'animo autore di una articolo dedicato alla «difesa della maternità e dell'infanzia», messa gravemente in crisi dalla guerra. «Bisogna che la donna, temporaneamente e per necessità belliche assente dalla casa, vi torni per compiere la sua più vera e più alta missione [...] Essa deve riprendere il posto che le spetta per il bene dell'Umanità»<sup>18</sup>, spiega Ferdinando De Napoli sulle pagine de «Il Policlinico», interpretando un sentire molto diffuso nel periodo. Ma le donne non devono solamente essere indotte ad espletare la propria «funzione riproduttiva», ma anche essere educate a svolgerla in modo 'razionale' e 'corretto'. Considerando che la «missione sociale» della donna è la maternità, spiega infatti un voto approvato dalla Commissione

*eugenica e guerra in rapporto alla Politica Sanitaria*, in «Il Policlinico», XXVI, 45 (1919), pp. 1322-1327.

<sup>13</sup> Levi, *La medicina sociale*, cit., p. 39.

<sup>14</sup> Commissione Reale per il dopoguerra, *Studi e proposte della prima sottocommissione presieduta dal Sen. Vittorio Scialoja. Questioni giuridiche, amministrative e sociali. Giugno 1918 – giugno 1919. Sezione X Legislazione sociale e previdenza (Presidente On. Prof. Luigi Rava)*, Roma tipografia Artigianelli, pp. 458-470, corsivo mio. cit. in Gianni Silei, *Lo Stato Sociale in Italia, Storia e documenti*, Manduria, Piero Laicata Editore 2003, *Dall'Unità al fascismo (1861-1943)*, vol. I, p. 283. Si veda anche Luigi Ferrarini, *Per la salute fisica del popolo*, in «Archivio fascista di medicina politica», I, 11-12 (1927), p. 293.

<sup>15</sup> R. B., *Sforzo personale e assicurazioni sociali*, in «Il Policlinico», XXXII, 16 (1925), p. 577.

<sup>16</sup> Giuseppe Tropeano, *Prolusione al corso per infermiere*, Napoli, Officine arti grafiche G. Cangiano, 1919 p. 9.

<sup>17</sup> *Per la difesa della maternità e dell'infanzia*, in «Il Policlinico», XXVI, 11 (1919), pp. 12-13.

<sup>18</sup> Di Napoli, *Lue, maternità, eugenica e guerra in rapporto alla Politica Sanitaria*, cit.

Reale per il Dopoguerra, è necessario che le autorità provvedano alle «opportune provvidenze legislative per promuovere la educazione della donna alla economia domestica e alla puericultura»<sup>19</sup>.

In questa nebulosa di discorsi si possono intuire i tratti salienti di quella che potremmo definire l'utopia di una gestione manageriale e razionalizzata della popolazione e dei suoi processi vitali che prende forma nel primo dopoguerra e si alimenta negli anni '20 anche con l'avvento del fascismo. Strumenti fondamentali per la realizzazione di questa utopia sono l'igiene e la medicina, che deve diventare, come scriverà anni più tardi Cesare Giannini, medico responsabile dei servizi sanitari della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, «arte salutare, più che repressione del male, [...] [che ricerchi] le cause e gli ambienti di incubazione e [...] [vi sostituisca] i meccanismi di neutralizzazione»<sup>20</sup>. Tale progetto trae linfa anche dalla molteplicità di saperi e pratiche accumulati durante la guerra. Il conflitto, infatti, oltre ad essere una immane carneficina, è stato anche un laboratorio di sperimentazione di nuovi strumenti di *management* della vita e della popolazione. L'accentramento della gestione di quasi tutti i settore della società da parte dello Stato<sup>21</sup>, la centralizzazione delle decisioni sulla produzione, l'accresciuto controllo della popolazione attraverso una serie di misure d'emergenza, ma anche la sperimentazione di nuove tecniche di gestione della salute pubblica concepite nel 'laboratorio esercito': tutte queste misure fanno vagheggiare, a fine conflitto, la possibilità di estendere l'imperativo della razionalizzazione dalla guerra alla pace, si potrebbe dire riadattando liberamente un'espressione di Antonio Gibelli<sup>22</sup>. Non a caso la guerra non interrompe ma semmai accelera la costruzione di politiche sociali<sup>23</sup>. L'assunzione di una responsabilità diretta da parte dello stato nel campo dell'assistenza – in particolare quella sanitaria – si traduce in una se-

<sup>19</sup> Commissione Reale per il dopoguerra, Sezione X, Assistenza alla maternità e puericultura, cit., in Silei, *Lo Stato sociale in Italia*, cit., p. 282.

<sup>20</sup> Cesare Giannini, *L'infermiera sociale*, in «L'Infermiera Italiana», I, 4 (1935), pp. 3-4.

<sup>21</sup> Non a caso proprio durante il conflitto e al suo termine da più parti nel mondo sanitario e non solo si insiste sulla necessità di creare un Ministero della Sanità. Cassata, *Molti, sani e forti*, cit., p. 76. Una richiesta, d'altra parte, che era stata formulata dal mondo dell'associazionismo medico (in particolare dall'Associazione nazionale medici italiani) già a partire dagli ultimi decenni del XIX secolo. Soresina, *I medici tra Stato e società*, cit., pp. 54 e sgg.

<sup>22</sup> Antonio Gibelli, *L'officina della guerra: la grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 2009, p. 106.

<sup>23</sup> Un commento involontariamente sinistro e grottesco a questi rilievi si può trovare nelle parole entusiaste che Maria Castellani dedica, dalle pagine di «Difesa Sociale», al sistema statunitense di assicurazione contro le malattie e gli infortuni: «I colossi della finanza e dell'industria americana fanno a gara per assecondare le nuove esigenze della vita sociale e per scoprire il segreto di sfruttare tutte le energie umane, dando all'uomo la gioia di essere sfruttato», in *Notizie*, in «Difesa Sociale», IV, 1 (1925), p. 16.

rie di provvedimenti nei settori individuati come le nuove priorità: controllo delle malattie sociali, assistenza alla maternità e all'infanzia, diffusione dell'educazione igienica, previdenza e potenziamento dell'assistenza sanitaria intesa come responsabilità collettiva e forma di difesa sociale. Quest'ultimo elemento è sintetizzabile nel tanto invocato passaggio da un'assistenza intesa come «espressione della solidarietà umana verso gli uomini» ad una concepita come mezzo di «difesa di quel grande tesoro collettivo che è la salute pubblica»<sup>24</sup>. Spesso si tratta di provvedimenti basati su una esplicita logica preventiva mirante non solo al ripristino della salute, ma anche e soprattutto alla sua tutela e ottimizzazione: questo il terreno su cui si impegnano senza una sostanziale soluzione di continuità<sup>25</sup> tanto i governi liberali che si susseguono alla fine del conflitto quanto il regime fascista<sup>26</sup>, che della «bonifica umana» farà una vera e propria bandiera, sistematizzata da Mussolini nel discorso dell'ascensione (1927). Esempi di questo tipo di provvedimenti sono l'estensione dell'assicurazione obbligatoria a tutte le categorie di lavoratori dipendenti (1919), la trasformazione della Cassa Nazionale di Previdenza in Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali (con contributi statali) l'inedita assunzione di responsabilità economica diretta dello stato sulla salute a partire dalla lotta alla tubercolosi, in particolare con l'erogazione di finanziamenti agevolati agli enti locali per la creazione di sanatori, dispensari<sup>27</sup> e altre strutture antitubercolari (1919) che verranno fatte confluire nei Consorzi Antitubercolari (istituiti nel 1919 e obbligatori dal 1927 in ogni provincia)<sup>28</sup>.

<sup>24</sup> Alfredo Martinelli, *L'assicurazione contro le malattie e la questione ospitaliera*, in «Ospedale Maggiore», VI, 9 (1918), pp. 119-121.

<sup>25</sup> D'altra parte molti dei funzionari medici chiamati a concepire le riforme patrocinate dal fascismo sono gli stessi che erano stati attivi durante l'età liberale.

<sup>26</sup> Sulla questione della continuità tra politiche assistenziali liberali e fasciste si veda: Michela Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea: origini, sviluppo e fine dell'Onmi, 1925-1975*, Bologna, Il Mulino, 2007; Franco Silvano, *Legislazione e politica sanitaria del fascismo*, Roma, Apes, 2001; Fulvio Conti, Gianni Silei, *Breve storia dello stato sociale*, Roma, Carocci, 2011, pp. 71 e sgg. Ne *Lo stato sociale in Italia* (cit., pp. 307-308), Silei specifica che la politica sociale del fascismo nei primi anni del regime, caratterizzati da un'impronta liberista sul piano economico, prefigurano la svolta corporativista e 'interventista' che si realizzerà negli anni seguenti.

<sup>27</sup> I dispensari sono pensati sia come strutture preventive sia come strutture territoriali di controllo della malattia. Nel 1925, la Direzione generale di sanità nel censisce 194. Sulla 'forma dispensario' si veda Charles Rosenberg, *Social class and medical care in nineteenth century America: the rise and fall of the dispensary*, in «Journal of the History of Medicine», XXIX, (1974), pp. 32-54. Sul dispensario antitubercolare e in particolare sul modello ideato dal francese Albert Calmette si veda Barnes, *The making of a social disease: tuberculosis in Nineteenth-century France*, cit., pp. 99 e sgg.

<sup>28</sup> Detti, *Salute, società e stato nell'Italia liberale*, cit., pp. 151 e sgg. Giorgio Cosmacini, Maurizio De Filippis, Patrizia Sanseverino, *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare*



In consonanza con le ansie sulla «rigenerazione della razza» e il desiderio di razionale coltivazione delle risorse umane della nazione<sup>29</sup>, negli anni '20 si moltiplicano anche le iniziative di tutela della maternità e dell'infanzia: Michela Minesso elenca tra questi i provvedimenti a favore dell'igiene scolastica e pedagogica (1921), la tutela delle gestanti povere e dei figli illegittimi nati durante la guerra (1922)<sup>30</sup>, nuove forme di protezione del lavoro minorenne. Già dal 1922 viene istituita una commissione per lo studio di provvedimenti organici relativi alla tutela della maternità e all'infanzia presieduta dal senatore Ettore Marchiafava. La commissione, sciolta e successivamente ricostituita dal regime, porterà nel '25 alla creazione dell'Organizzazione Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) che radunerà tutte le forme di assistenza rivolte alla maternità e all'infanzia.

Inoltre nel periodo postbellico, e soprattutto sotto la spinta dell'ONMI, si moltiplicano le strutture dedicate non solo alla tutela fisica ed al «rafforzamento organico» dell'infanzia (colonie<sup>31</sup>, preventori, consultori per lattanti<sup>32</sup>, asili profilattici, scuole e classi all'aperto, gocce di latte, distributori di latte, mense integrative etc.) ma anche all'educazione igienica delle madri (cattedre ambulanti di puericoltura, corsi popolari, pubbliche conferenze, visite domiciliari).

(1882-1945), Milano, Franco Angeli, 2004 e Yvonne Knibiehler, *La 'lutte antituberculose' instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930)*, in «Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest», XCIII, 86-2 (1979), pp. 321-336.

<sup>29</sup> Le parole di Giuseppe Tropeano rendono ancora una volta l'idea della vastità della rete di connessioni e di significati nella quale è presa la protezione della maternità e dell'infanzia, «ben si sa che per combattere seriamente la delinquenza – in tutte le sue forme – non la delinquenza minorile soltanto; per combattere la precoce corruzione e quindi le diffuse infinite corruzioni di tutte le età e di ambo i sessi; per combattere la tubercolosi, l'alcolismo, la sifilide, la prostituzione, il mal costume, il furto, il gioco, il fumo, la mendicizia. Il vandalismo, il sudiciume, il turpiloquio, nei piccoli e nei grandi; le degenerazioni collettive di alcune classi urbane, la straripante deficienza fisica e psichica non dei minorenni soltanto e le epidemie persistenti e tutti i malanni morali che deturpano il nostro paese e ne insidiano e ne arrestano il suo sviluppo economico e civile, bisogna indirizzare ogni sforzo di pensiero, di sentimento, di opera, di scienza, di legge, di amministrazione, di governo, nel campo dell'assistenza e previdenza della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza, dell'adolescenza», Giuseppe Tropeano, *La medicina sociale, avviamento*, 1933 (ristampa della prima versione del 1920). Napoli, A. Morano, p. 11.

<sup>30</sup> Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea*, cit., pp. 46 e sgg.

<sup>31</sup> Secondo il catalogo della mostra dedicata alle colonie infantili *La città dell'infanzia. Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia. Roma giugno sett XV* unione tipografica milano 1937, queste ultime nel 1928 erano 59. Si veda anche Patrizia Dogliani, *Il fascismo degli italiani, una storia sociale*, Torino, Utet, 2008.

<sup>32</sup> Secondo i dati ufficiali, spiega Minesso, i consultori per lattanti radunati sotto il controllo dell'ONMI moltiplicano vertiginosamente la portata della loro opera nel corso degli anni '20. Si parla di 1528 madri assistite nel '27, 3973 nel '28, 16999 nel '29, 63595 nel '30. Minesso, *Stato e infanzia*, cit., p. 85.

È nel contesto dei provvedimenti di salute pubblica appena elencati che va collocata anche la riforma dell'assistenza infermieristica, significativamente annoverata, nella relazione della Direzione Generale di Sanità al Consiglio Superiore del 1924, tra le misure riguardanti l'«insegnamento dell'igiene»<sup>33</sup>. Naturalmente, nonostante la moltiplicazione delle misure di gestione della salute della popolazione, non tutte le intenzioni si tramutano in effettivi provvedimenti e non tutti i provvedimenti presi raggiungono i risultati sperati. Paradigmatica in questo senso la storia del fallimento dell'idea di creare un'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Nonostante le campagne portate avanti da medici e altri attori interessati alla risoluzione della 'questione ospedaliera' e i voti espressi da innumerevoli Commissioni – da quella specifica su questo tema istituita nell'agosto del 1918, alla Commissione Abbiate incaricata di analizzare il tema della previdenza per arrivare a quelli espressi dalla Commissione Reale per il Dopoguerra – l'idea di istituire un'assicurazione obbligatoria contro le malattie si risolverà in un nulla di fatto, sebbene nel 1927 il regime istituirà l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi<sup>34</sup>.

Esemplare a suo modo anche la vicenda dei dispensari antitubercolari: sebbene il loro numero sul territorio italiano non sia esiguo (nel 1925 la Direzione Generale di Sanità ne conta già 194), alla fine degli anni '20 il Ministero degli Interni sarà costretto a rilevare che «il funzionamento dei dispensari antitubercolari [...] non corrisponde in molti casi alla grandissima importanza del compito loro assegnato. Infatti, assai di frequente il dispensario non viene inteso nella sua vera essenza di centro per la ricerca, l'accertamento precoce, l'assistenza e l'educazione igienica del tubercoloso e della sua famiglia [...] Lo scarso o nullo rendimento dell'azione dispensariale in tali casi è da attribuirsi, soprattutto, al fatto che molte di tali istituzioni non sono in realtà, che semplici consultori»<sup>35</sup>.

Ad ogni modo questi fallimenti più o meno clamorosi non hanno eclissato il sogno della «bonifica umana razionale». Ma soprattutto non ci devono indurre a sottovalutare l'importanza della *ratio* alla base dei provvedimenti che abbiamo rapidamente delineato, i desideri, le aspettative, i discorsi che li hanno animati e inquadrati e che gli hanno dato *senso*.

<sup>33</sup> *Relazione della Direzione generale di sanità al consiglio superiore di sanità, Luglio 1924-maggio 1925*, SPER 1925, p. 26.

<sup>34</sup> Domenico Preti ne *La modernizzazione corporativa (1922-1940). Economia salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1987, p. 110 valuta le politiche socio assistenziali fasciste sostanzialmente fallimentari e fondamentalmente demagogica.

<sup>35</sup> Cit. in «Difesa Sociale», VII, 2 (1928), p. 102, nella rubrica *Notizie varie* con il titolo *La Direzione della Sanità Pubblica per i dispensari antitubercolari*.

## 2. La «coscienza igienica»

Come abbiamo visto l'utopia di una gestione razionalizzata e manageriale delle risorse biologiche della nazione in vista della loro ottimizzazione non solo è chiaramente leggibile nei discorsi che circolano nel dopoguerra e che si moltiplicano nel corso degli anni '20, ma è la *ratio* che guida molti dei provvedimenti socio-assistenziali presi (o ipotizzati) nello stessa fase. In tal senso si può parlare di questo periodo come di un laboratorio nel quale vengono pensate e messe a punto nuove istituzioni e pratiche che possiamo definire biopolitiche in senso foucaultiano. Molti dei nuovi provvedimenti in campo socio-sanitario presi in questa fase privilegiano un approccio produttivo e non repressivo alla gestione e regolazione della salute e delle risorse biologiche della popolazione<sup>36</sup>.

Non è un caso che proprio in questo contesto che potremmo definire pienamente 'biopolitico'<sup>37</sup> si affermino e in qualche modo si istituzionalizzino discipline fino a quel momento 'minoritarie': *in primis* la medicina sociale<sup>38</sup> e le sue declinazioni, quali la medicina preventiva (e in seguito la medicina politica<sup>39</sup>) o le sue ramificazioni, come la medicina del lavoro. Accanto e nella cornice della medicina sociale proliferano saperi che mirano alla 'gestione razionale' ed alla ottimizzazione del capitale umano e che hanno un approccio 'produttivo'. Ne è un esempio l'ostetricia sociale, il cui primo congresso si tiene nel 1919. Uno dei massimi rappresentanti di quest'ultima è il socialista Tullio Rossi Doria, che fin dal 1904 auspicava che l'ostetricia si occupasse 'della donna' in modo da garantire: «La razionale coltivazione di questo essere, perché possa dare tutti i frutti dei quali è capace e darli rigogliosi»<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Si veda Dario Padovan, *Bio-politica, razzismo e trattamento degli anormali durante il fascismo*, in Francesco Cassata, Massimo Moraglio, *Manicomio, società e politica*, Pisa, BFS, 2005, p. 63.

<sup>37</sup> È ormai celebre la formula di Foucault secondo il quale, con l'emergere della biopolitica, «si potrebbe dire che al vecchio diritto di *far morire* o di *lasciar vivere* si è sostituito un potere di *far vivere* o di *respingere* nella morte». Michel Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Milano, Feltrinelli, 2010, p. 123.

<sup>38</sup> L'espressione «medicina sociale» è estremamente ambigua e soggetta a slittamenti, riappropriazioni, ribaltamenti. Basti pensare che essa è stata riferita tanto alle misure di igiene pubblica del XIX secolo, quanto all'approccio professato da medici di fede «progressista» se non addirittura «socialista», spesso politicamente impegnati, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del '900, che rivendicano esplicitamente di praticare la «medicina sociale». In questa sede, per semplicità, con l'espressione «medicina sociale» si intende una medicina che privilegia il momento preventivo rispetto a quello terapeutico e problematizza in termini medici le 'questioni sociali', distinguendosi in questo senso dalla clinica intesa in senso stretto.

<sup>39</sup> Si veda *Al lettore* in «Archivio Fascista di Medicina Politica», I, 1-2 (1927), p. 1. Sul rapporto tra medicina sociale e medicina politica e sull'evoluzione del concetto di medicina sociale dall'età liberale al fascismo si veda Giorgio Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo, dalla 'spagnola' alla II guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1989, pp. 213 e sgg.

<sup>40</sup> Tullio Rossi Doria, *La questione della donna secondo un ginecologo*, in *Medicina sociale e socialismo*, cit., p. 185.

Nel contesto italiano anche l'eugenetica si sviluppa nel solco della medicina sociale e dell'igiene, della quale è considerata una naturale declinazione. «Strumento di ingegneria sociale basato sulla regolamentazione del processo riproduttivo»<sup>41</sup> essa si istituzionalizza proprio nel dopoguerra. Ma l'eugenetica italiana, e quella 'latina' in generale, come rilevato da tutta la storiografia sul tema, è via via sempre più nettamente caratterizzata da un approccio che – in esplicita contrapposizione con l'eugenetica 'nordica', fondata essenzialmente sulla repressione e in particolare sul divieto di riproduzione per i soggetti 'disgenici' – predilige le misure 'produttive', 'ortogeniche', tese allo sviluppo e all'accrescimento controllato e regolamentato del corpo sociale. Già nel 1916 Vittorio Ascoli, futuro membro della Società Italiana di Genetica e Eugenetica delinea quello che nel corso degli anni '20 e soprattutto con l'avvento del fascismo<sup>42</sup> – e delle sue parole d'ordine 'molti, sani e forti' – sarà il paradigma fondamentale dell'eugenetica italiana: «La medicina nuova intende rinforzare le qualità dell'organismo, migliorare l'individuo. [...] Secondo il pensiero stesso del fondatore essa studia 'le influenze che nel campo sociale possono migliorare o deteriorare le qualità fisiche e mentali delle future generazioni'. [...] Di essa fanno parte i provvedimenti igienici e sociali per la maternità, la protezione dell'infanzia, la educazione fisica, la propaganda contro le infezioni: provvedimenti che meritano non solo la nostra approvazione ma il nostro entusiasmo e la nostra fiducia. L'eugenica mira più in alto; cerca il miglioramento umano più direttamente, mediante la selezione sessuale. Se sono indicati nelle leggi di alcuni degli Stati Uniti d'America, a noi ripugnano come barbari [...] L'eugenica promette ottimi risultati con la propaganda e la realizzazione del sano vivere. Anche per la prevenzione ereditaria essa può ottenere buoni frutti per la stessa via della diffusione della coltura e della propaganda»<sup>43</sup>.

Realizzazione del 'sano vivere', dunque, e 'propaganda', queste le parole d'ordine che risuonano anche nel programma dell'igiene mentale, che si sviluppa in Italia negli anni '20<sup>44</sup> in modo strettamente interconnesso con

<sup>41</sup> Francesco Cassata, *Molti sani e sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006, p. 10.

<sup>42</sup> Francesco Cassata, *Verso l'uomo nuovo: il fascismo e l'eugenetica latina*, in *Scienza e cultura nell'Italia unita*, a cura di Claudio Pogliano e Francesco Cassata, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, 2011, vol. XXVI, pp. 131-156.

<sup>43</sup> Vittorio Ascoli *Le dottrine della evoluzione individuale e l'eugenica*, in «Il Policlinico», XVI, 45 (1916), p. 131. Dello stesso autore si veda anche *L'eredità e l'ambiente come fattori dello sviluppo individuale*, in «Il Policlinico», XVI, 24 (1916), p. 754.

<sup>44</sup> La Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale (LIPIM) nasce nel 1924 per iniziativa di Ettore Levi e Giulio Cesare Ferrari dopo un'intensa attività organizzativa condotta dai due negli anni precedenti. Presidente onorario nella lega è Leonardo Bianchi. Sull'igiene mentale si veda Francesco Cassata, *Il lavoro degli 'inutili'. Fascismo e igiene mentale*, in *Manicomio, società, politica*, a cura di Cassata, Moraglio, cit., pp. 41-58, e Cassata, *Molti sani e forti*, cit.,

l'eugenetica e la medicina sociale. «L'igiene mentale – scrive Mario Barbara sulle pagine di «Difesa Sociale» – traendo parte di sua consistenza dagli studi psicologici, si innesta all'igiene pubblica mirando ad ottenere dal singolo, ed a mettere quindi a vantaggio collettivo, quel pieno senso di vigore fisico e mentale che si accompagna alla più completa gioia del vivere ed al migliore entusiasmo di fattività»<sup>45</sup>. Approccio preventivo dai chiari risvolti normalizzanti alla questione della 'malattia mentale', pervasa di uno spirito efficientista<sup>46</sup> che la porta a criticare il manicomio e i metodi repressivi e coercitivi che lo caratterizzano in favore di un programma basato sulla creazione di dispensari, classi e scuole differenziali per «deficienti» e reparti «aperti» all'interno degli ospedali psichiatrici – l'igiene mentale ha tra i suoi peculiari obiettivi quella che potremmo definire 'l'interiorizzazione del bisogno di cure' da parte dei soggetti «tarati».

«Si pensò così – sintetizza Antonio D'Ormea, membro di spicco della Lega Italiana di Profilassi e Igiene Mentale e futuro dirigente dell'ONMI – se

pp. 126 e sgg. «Riforma del manicomio, dispensari psichiatrici, 'classi differenziali' sono, in ultima analisi, tre aspetti di un unico progetto eugenetico, il cui obiettivo ultimo consiste nel raggiungimento del massimo livello di razionalizzazione economica delle risorse biologiche della nazione. Un criterio di efficienza alternativo, negli anni venti, alle proposte di Hoche e Binding e opposto, negli anni trenta, alla sterilizzazione eugenica nazista», ivi, p. 138.

<sup>45</sup> Mario Barbara, *L'opera della fondazione Rockefeller per l'incremento del benessere umano*, in «Difesa Sociale», II, 12 (1923), p. 196.

<sup>46</sup> La critica al malfunzionamento del manicomio e al criterio di 'pericolosità sociale' che regola l'internamento è generalmente supportato dalla preoccupazione per tutta quella miriade di «squilibrati, degenerati ed infermi sconosciuti», per usare le parole di D'Ormea (D'Ormea, *L'opera della donna*, cit., p. 32) che non arrivano ad attraversare le soglie dell'ospedale psichiatrico. Scrive Leonardo Bianchi, fiero oppositore della funzione custodialistica dei manicomi «Evidentemente quando i deboli sono confusi insieme con gli altri alunni nelle scuole e sono assoggettati ai medesimi programmi, si stancano e si confondono facilmente, e sono unità che si perdono. [...] codesti alunni, se non del tutto perduti alla vita efficace del paese, vanno ad ingrossare le file dei parassiti della Patria, aspiranti agli uffici burocratici che intristiscono avvelenati da codesti elementi a mezza capacità e mezza coscienza. Se noi avessimo le scuole speciali per deficienti [...] potremmo aver conoscenza della capacità mentale degli scolari con l'istituzione dei medici scolastici, i quali dovrebbero avere una cultura speciale [...]». Leonardo Bianchi, *Medicina preventiva e malattie nervose e mentali*, in «Difesa Sociale», I, 6 (1922). Molto significative in questo senso anche le parole di Sante de Sanctis, pioniere della psicologia sperimentale italiana e direttore della sezione laziale della LIPIM e dal 1930 dell'intera associazione. De Sanctis, fautore dell'«organizzazione scientifica del lavoro mentale», una sorta di organizzazione taylorista dell'«officina scolastica», e della ripartizione funzionale degli alunni attraverso classi e scuole differenziali, cavallo di battaglia della LIPIM, così parla dei sistemi di differenziazione degli alunni: «Al gruppo 'rifiuti' dobbiamo assegnare i minorenni deficienti, paralitici, gravi o di tipo idiotico, i deficienti, epilettici gravi, gl'invalidi complicati, come: sordomuti o ciechi deficienti, o ciechi-epilettici, ovvero gl'invalidi mentali con tubercolosi. Al gruppo 'ricuperi' si assegneranno facilmente i minorenni così detti 'differenziati' e i deficienti e gli epilettici paretici o non, ma non molto gravi, e gl'instabili delle specie più varie», cit. in Cassata, *Il lavoro degli inutili*, cit., p. 33.

all'opera repressiva della malattia mentale, che si era sin qui venuta svolgendo e perfezionando con tanto amore, non fosse opportuno, e doveroso anzi, associare una più intensa azione preventiva<sup>47</sup>. Tale opera preventiva, spiega ancora D'Ormea, dovrebbe svolgersi sia «studiando e tutelando il presunto candidato alla pazzia prima che questa desse di sé chiare manifestazioni, che evitando possibilmente la ricaduta di chi ne era guarito, e difendendo infine i deboli dal possibile contagio morboso»<sup>48</sup>. Riflettendo sugli ambulatori e consultori che sono uno dei punti chiave del programma dell'igiene sociale e che si moltiplicheranno sul territorio italiano nel corso degli anni '20 e '30<sup>49</sup>, D'Ormea scrive «bisogna anzitutto assicurarsi che a questi ambulatori i malati accedano volenterosamente. E, per ottenere questo, occorre una intensa e difficile opera di propaganda che, nelle famiglie, nelle scuole, nelle officine, nelle campagne, ovunque, riesca lentamente ed abilmente ad insinuarsi per persuadere che nessuna malattia deve nascondersi, perché il curarla è di vantaggio per tutti»<sup>50</sup>.

Ingrediente fondamentale di tutte queste discipline, che rifiutano esplicitamente un approccio repressivo in favore di pratiche e politiche 'positive' e produttive, è dunque la 'propaganda', o meglio l'educazione igienica. È necessario produrre in ciascun individuo una «coscienza igienica», ossia la «consapevolezza» dell'importanza delle misure igieniche e la conoscenza delle regole dettate da questa disciplina. Senza la diffusione in ciascun individuo di tale «coscienza» tutti i provvedimenti di salute pubblica sono destinati a fallire: l'ottimizzazione delle risorse biologiche della popolazione nel suo complesso non può, infatti, che passare *in primis* per la regolazione delle condotte del singolo individuo. Lo sintetizzerà nel 1928 – sulle pagine di «Difesa Sociale» – Silvestro Baglioni, noto clinico romano e figura di punta dell'eugenetica fascista<sup>51</sup>: «Non sono [...] solo le previdenze sociali e collettive che possono salvaguardare la vita individuale umana mantenendone la validità nel suo più alto grado di efficienza, ma è la diuturna opera dei singoli individui che, consci delle leggi fondamentali che regolano la vita, s'impongono un regime e un tenore, che meglio corrispondano alle esigenze fisiologiche normali, e sia scevro da ogni causa che ne menomi i poteri difensivi»<sup>52</sup>.

<sup>47</sup> Antonio D'Ormea, *L'opera della donna per la prevenzione delle malattie mentali e nervose*, Roma, Edizioni Ipas, 1925, p. 11.

<sup>48</sup> *Ivi*.

<sup>49</sup> Molti consultori di igiene mentale sono aperti direttamente dalla Lipim (Cassata, *Molti, sani e forti*, cit., p. 128).

<sup>50</sup> *Ivi*, p. 30.

<sup>51</sup> Su Silvestro Baglioni, fisiologo attivo soprattutto a Roma si veda la voce corrispondente nel *Dizionario Biografico degli Italiani*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma, 1963, pp. 247-249 si veda anche Cassata, *Verso l'uomo nuovo*, cit.

<sup>52</sup> Baglioni, *Il fattore individuale nella difesa sociale della vita umana*, cit., p. 10.



Per regolare le condotte dei singoli, ottimizzando le risorse biologiche della popolazione nel suo complesso, è prima di tutto necessario che ciascuno sia messo in condizioni di 'apprezzare' «il valore della buona salute e con quali mezzi si riesce a preservarla»<sup>53</sup>: questo il sottotesto che percorre molti dei discorsi dell'epoca. *In primis*, dunque, è necessario che ciascun individuo interiorizzi l'importanza, il 'valore' della 'buona salute', e *desideri* l'ottimizzazione delle proprie «risorse biologiche», passaggio evidentemente non scontato.

Questo popolo spesso non sa neppure di soffrire gravemente certi mali – scrive il medico progressista Giuseppe Tropeano nel suo compendio di medicina sociale – poiché questi stessi mali cronici e inveterati, a traverso la età e le generazioni, hanno essi stessi, in parte, depresso, perfino la stessa sensazione del male ed in parte la stessa abitudine a soffrire non suggerisce mai il riparo, perché non sa ricordare le sofferenze! [...] Cominciamo, dunque, col far comprendere al popolo le sue sofferenze e le cause di esse, perché impari a combatterle, ed imponga che tutti i suoi elementi, anche i più ignoranti, le evitino, e chiedo che i governanti le eliminino.<sup>54</sup>

È più che probabile che Tropeano abbia scritto queste pagine memore delle difficoltà incontrate durante la campagna di chinizzazione condotta nelle zone malariche nell'anteguerra, campagna della quale era stato uno tra gli esponenti più noti<sup>55</sup>. Molte, infatti, erano state le resistenze incontrate dagli 'apostoli' del chinino: non era infrequente che i contadini rifiutassero di assumerlo per diverse ragioni – immancabilmente ridotte dai contemporanei alla triade «ignoranza», «superstizione», «apatia» – non ultima l'idea di *non avere alcun bisogno di modificare il proprio stato fisico*. Molti contadini che presentavano forme di malaria clinicamente accertate ma non invalidanti – ad esempio forme 'croniche' o 'apiretiche' – non ritenevano infatti di essere 'malati' o di aver bisogno di un intervento terapeutico di qualche tipo<sup>56</sup>.

<sup>53</sup> Ettore Marchiafava, *La medicina sociale del prof. Ettore Levi*, in «Il Policlinico», XXVIII, 11 (1921), pp. 368-70. Marchiafava aveva spiegato alla platea convenuta a Cannes per il congresso fondativo della League of Red Cross Societies nel 1919 che l'igiene sociale è «less arduous and the road easier if we find the people ready to accept what is proposed for their good, namely, if they acquire what is called in Italian 'a hygienic conscience' [la strada è meno ardua e più facile se troviamo le persone pronte ad accettare ciò che è proposto loro per il loro bene, vale a dire, se esse acquisiscono quello che in italiano si chiama la 'coscienza igienica']», *Proceedings of the medical conference held at the invitation of the Committee of Red Cross Societies, April 1 to 11 1919, Cannes, France*, Geneve, League of Red Cross Societies, 1919, p. 69.

<sup>54</sup> Tropeano, *La medicina sociale*, cit., p. 9.

<sup>55</sup> Snowden, *La conquista della malaria*, cit., pp. 66 e sgg.

<sup>56</sup> Paola Corti, *Malaria e società contadina nel mezzogiorno*, in *Malattia e medicina*, a cura di Della Peruta cit., pp. 658-659.

L'interiorizzazione del *desiderio* di ottenere una 'buona salute' – definita in termini medici – da parte dei singoli individui è dunque ritenuta la base più sicura per la riuscita delle misure pubbliche volte all'ottimizzazione delle risorse biologiche della popolazione<sup>57</sup>. In un articolo dedicato a *La funzione educativa dell'infermiera sociale* pubblicato su «Difesa Sociale» nel 1923 Maria Valenzano<sup>58</sup> scrive: «Studiando i rapporti tra malattia e cause sociali, tra infermo e collettività, la Medicina sociale mira a reprimere ed a prevenire i mali sociali per mezzo di 'rimedi sociali voluti dal popolo per virtù di coscienza igienica e imposti dalla legge per virtù di governi civili' (Tropeano). Ma perché il popolo voglia ed il governo imponga occorre che tali rimedi essi *sentano*, bisogna cioè che si sia formata una chiara coscienza igienica»<sup>59</sup>. Le misure di igiene pubblica non sortiscono effetto quando non sono *desiderate* dalla popolazione stessa. Lo scenario prospettato dal testo di Valenzano è quasi un gioco delle parti in cui 'il governo' *impone* ciò che 'il popolo' deve essere indotto a *volere*<sup>60</sup>. È infatti necessario che il *desiderio* di salute venga interiorizzato 'dalla massa' che a tal fine deve essere 'educata'. L'educazione non deve però essere imposta: «la mentalità di una massa – scrive ancora Valenzano – si cambia più facilmente per mezzo dell'educazione diretta, che non per mezzo della propaganda, dirò così, di imposizione»<sup>61</sup>.

Come si evince dalle ultime parole di Valenzano, l'interiorizzazione dell'idea che «la salute è un bene supremo» non solo è fondamentale in vista della buona riuscita delle misure di salute pubblica, ma è utile anche al

<sup>57</sup> Scrive l'igienista Loriga «Ma a sollecitare l'attuazione delle nuove riforme, a coadiuvare l'azione dei pubblici poteri nell'applicare le leggi sanitarie e soprattutto a diffondere l'osservanza delle norme d'Igiene da parte degli individui singoli e delle famiglie, moltissimo gioverebbe la educazione igienica del pubblico, il quale deve essere il collaboratore necessario dei governanti e può diventare il loro sollecitatore instancabile ed efficace quando sia pienamente convinto della utilità e della benefica influenza dell'igiene», Giovanni Loriga, *Manuale di igiene ed assistenza sociale: ad uso delle scuole medie e delle persone colte*, Roma, Luzzatti, 1923, pp. 8-9.

<sup>58</sup> Figura di spicco dell'Associazione nazionale tra infermiere, che rappresenta durante la riunione dei rappresentanti degli stati membri dell'*International Council of women* che si tiene a Copenaghen nel maggio del 1922 - è in questa occasione che l'ANITI entra per la prima volta nell'ICN - Valenzano si è laureata in lettere e diplomata presso la scuola convitto Victor de Marchi di Milano. È poi stata direttrice della Regia Clinica pediatrica De Marchi di Milano. Si veda Sironi, *L'infermiere in Italia*, cit., p. 159.

<sup>59</sup> Maria Valenzano, *La funzione educativa dell'infermiera sociale*, in «Difesa Sociale», II, 10 (1923), p. 158. Corsivo e neretto nel testo.

<sup>60</sup> Spiega ancora Giuseppe Tropeano: «è inutile che si venga a dire che le leggi bisogna imporle e che bisogna imporre le leggi d'Igiene! Nessuna legge – tranne quella della galera per i piccoli ladri – è riuscita mai ad essere imposta, se non voluta e sentita dal popolo!», Tropeano, *La medicina sociale*, cit., p. 178.

<sup>61</sup> Valenzano, *La funzione educativa dell'infermiera sociale*, cit., p. 158. I corsivi sono miei.

fine di rendere ciascun individuo un corretto amministratore delle proprie stesse risorse biologiche. Una volta interiorizzato il «valore della buona salute», infatti, ciascuno sarà messo in condizioni di desiderare l'acquisizione dei 'mezzi per preservarla', per usare ancora le parole di Ettore Marchiafava. E tali mezzi sono *in primis* quelle *techniques du corps*, attitudini e pratiche corporee, condotte, stili di vita atti a garantire l'ottimizzazione delle funzioni corporee di cui l'igiene individuale è la fonte primaria. È qui che entra in gioco la funzione dell'educazione igienica, che nel primo dopoguerra e in modo sempre più netto nel corso degli anni '20 diventa un elemento centrale delle politiche di salute pubblica.

L'enfasi sull'importanza dell'educazione igienica non è certo una novità del panorama postbellico. Tutt'altro. 'L'internazionale degli igienisti' – per usare un'espressione di Patrice Bourdelais – sin dalla metà del diciannovesimo secolo insisteva sulla necessità di diffonderla tra le classi popolari<sup>62</sup>. Come ha dimostrato Gaetano Bonetta, «l'educazione igienica del popolo» era nell'agenda degli igienisti italiani da ben prima della fine del conflitto, e questi ultimi erano riusciti ad influenzare alcune delle politiche pubbliche in campo igienico<sup>63</sup>. Anche i medici interessati alla medicina sociale prima della Grande Guerra, spesso progressisti se non socialisti, da tempo enfatizzavano l'importanza dell'educazione igienica delle classi lavoratrici come parte di un percorso di 'emancipazione' che, nel loro orizzonte mentale, aveva tutti i tratti di un processo di 'civilizzazione'.

Tuttavia alla fine del conflitto l'educazione igienica diventa un caposaldo delle politiche sanitarie nazionali di moltissimi paesi europei<sup>64</sup> nonché degli Stati Uniti. Questa improvvisa attenzione per l'educazione igienica non deve stupire: essa rappresenta, come abbiamo visto, il baricentro della medicina sociale, della medicina preventiva, dell'eugenetica. Essa è infatti lo strumento principale per favorire l'interiorizzazione da parte di ciascuno

<sup>62</sup> *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII<sup>e</sup> XX<sup>e</sup> siècles)*, sous la direction de Patrice Bourdelais, Paris, Belin, 2001, p. 34. In Italia tra la fine dell'800 e il primo decennio del secolo successivo, si assiste ad una proliferazione di 'bibbie igieniche'. Cfr. Bonetta, *Il corpo della nazione*, cit., pp. 299 e sgg.

<sup>63</sup> Dal 1899 il ministero della pubblica istruzione integra l'educazione igienica nei programmi di insegnamento delle scuole elementari, Bonetta, *Il corpo della nazione*, cit., p. 301; nel 1911 viene nominata la Reale Commissione per l'Igiene Scolastica, della quale fanno parte, oltre che il Direttore generale di sanità e il Ministro della pubblica istruzione, Lutrario e Credaro, gli igienisti Scavo, e Di Vestea. La Commissione, però, non riesce a dare vita a provvedimenti concreti. Il principale problema denunciato dagli igienisti è la scarsa formazione igienica dei docenti. Una delle battaglie combattute dagli igienisti è infatti quella per l'introduzione dell'igiene come materia di insegnamento nelle scuole normali. Si veda *Conferenze di igiene scolastica*, a cura di Achille Scavo, Torino, Paravia, 1925, vol I.

<sup>64</sup> Esteban Rodriguez-Ocana, Patrick Zylberman, *Improving public health amidst crises. Introduction*, in «Dynamis», XXVIII, 19-27 (2008), p. 21.

delle regole igieniche, concepite come dispositivo che deve agire in modo complesso sugli organismi per rafforzarli in vista della prevenzione delle malattie e quindi della salvaguardia di quel 'capitale umano' della nazione di cui si parlava nelle pagine precedenti. La fortuna della tradizione 'costituzionalista' (che peraltro troverà sbocco nella biotipologia umana di Nicola Pende, come abbiamo visto un personaggio di punta nel ventennio fascista), dell'attenzione all'influenza dell'ambiente nello sviluppo delle malattie e più in generale la diffusione nel mondo medico italiano di un modello causale complesso<sup>65</sup> del processo patologico, fanno sì che il rafforzamento dell'organismo sia generalmente visto come un momento chiave della prevenzione delle malattie, anche di quelle infettive<sup>66</sup>. Ma l'igiene individuale non è solo «in grado di operare evitando malattie e morti avanti tempo» e quindi di garantire alla nazione «immensi guadagni materiali», ma come scrive Achille Sclavo in un articolo dedicato alla *Propaganda igienica nella scuola*<sup>67</sup>, essa «può proteggerci da piccole offese, evitarci leggeri disturbi, risparmiarci semplici incomodi. Sebbene questi danni non mettano che raramente capo ad un vero stato di malattia, sono però talora valutabili in grave maniera, in quanto turbano peculiari funzioni con minor rendimento dell'organismo umano»<sup>68</sup>. L'igiene individuale, nel discorso dei contemporanei, sembra dunque essere lo strumento perfetto in vista di quella «ottimizzazione delle risorse biologiche» della nazione di cui si parlava poco sopra. Essa consente, infatti, non solo di prevenire le malattie, ma anche di rendere l'organismo più efficiente in termini biopolitici, ossia più produttivo e riproduttivo. Non stupisce, allora, che nella prolusione ad un corso per assistenti sanitarie visitatrici organizzato a Roma dalla Croce Rossa il direttore Angelo Signorelli, nell'invitare le donne ad assumere la propria «funzione assistenziale della vita [...] sia nella famiglia che nella società» sostenga che la «bonifica igienica del Paese» corrisponde al suo «miglior assetto produttivo»<sup>69</sup>.

<sup>65</sup> Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, cit., p. 72.

<sup>66</sup> Si veda ad esempio Arcangelo Ilvento, *Il personale per la medicina preventiva*, in «Difesa Sociale», I, 3 (1922), p. 33. Ilvento è una figura di primo piano della sanità in questo periodo. Nel 1930 diventa vicedirettore della Sanità Pubblica e dal 1935 è a capo del servizio sanitario nelle colonie. Mario Crespi, *Arcangelo Ilvento*, in *Dizionario biografico degli italiani*, Roma, Istituto per l'Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, 2004, vol. XXVI, p. 252-255.

<sup>67</sup> Achille Sclavo, *La propaganda igienica nella scuola*, in «Il Policlinico», XXVIII, 31 (1921), p. 1036. Si tratta del discorso inaugurale tenuto al Congresso della federazione fra le associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica nello stesso anno.

<sup>68</sup> *Ivi*.

<sup>69</sup> Dalla copertina del testo: «Nel momento attuale, per la bonifica igienica del Paese e quindi per il suo migliore assetto produttivo, s'impone da parte delle donne una stretta efficace collaborazione. E nella indispensabile specificazione e divisione del lavoro alla donna spetta

Quello fin qui delineato é l'orizzonte discorsivo all'interno del quale l'assistente sanitaria visitatrice emerge in quanto figura preposta alla diffusione della 'coscienza igienica' tra la popolazione. Tuttavia, per comprendere in che modo si arrivi all'idea che essa sia la candidata ideale per svolgere efficacemente quest'opera di educazione della popolazione è necessario gettare uno sguardo su alcune delle nuove politiche socio-sanitarie transnazionali che si affermano al termine del conflitto.

### 3. Tra biopolitica transnazionale e gestione del capitale umano della nazione

L'idea che l'opera di educazione igienica della popolazione – e soprattutto di quella delle campagne, più difficilmente raggiunte dalla 'propaganda' sanitaria – potesse essere condotta da infermiere era già stata avanzata in Italia da qualche medico nei primi decenni del '900<sup>70</sup>. Tuttavia, come si è già detto nel primo capitolo, la figura dell'infermiera domiciliare preposta alla divulgazione delle regole igieniche non entra concretamente nel panorama sanitario del paese sino all'insediamento dell'American Red Cross Tuberculosis Commission nel 1919. Per inquadrare l'opera di questa commissione in Italia è necessario fare un passo fuori dal paese per cercare di gettare uno sguardo d'insieme a ciò che, in questa fase storica, sta succedendo a livello transnazionale nel campo delle politiche socio-sanitarie.

La prima guerra mondiale è un fondamentale momento di svolta nella storia delle tecnologie di gestione della salute pubblica. Sebbene gli accordi internazionali in ambito sanitario tendenti ad evitare la propagazione delle malattie epidemiche fossero già pratica corrente prima del conflitto, quest'ultimo apre la strada alla trasformazione della salute pubblica in un'impresa transnazionale. Durante e dopo la Grande Guerra nell'arena mondiale fanno il loro ingresso strutture sovranazionali – come la League of Nations Health Organization (LNHO)<sup>71</sup> – o potenti organizzazioni filantropiche come la International Health Board della Rockefeller Foundation, la cui opera spazia tra Americhe, Asia ed Europa, o l'American Red Cross, che agiscono a livello transnazionale<sup>72</sup>. Esse possono essere a buon titolo lette come alcune delle

in particolar modo la funzione assistenziale della vita e sia nella famiglia che nella società», Signorelli, *Prolusione al corso 1922-23*, cit.

<sup>70</sup> Baccarani, *Infermieri e infermiere*, cit., pp. 128-131.

<sup>71</sup> Già dal 1907 era inoltre attivo l'*Office International d'Hygiène Publique*, con sede a Parigi.

<sup>72</sup> Si vedano tra gli altri John Falrey, *To cast out disease, a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, 2004; *Improving public health: the interwar period in Europe*, a cura di Esteban Rodriguez Ocana e Patrick Zylberman, in «Dynamis», XXVIII, 19-27 (2008), in particolare Theodoru Vassiliki, Karakatsani Despina, *Health policy in interwar Greece: the intervention by the League of Nations Health Organization*, ivi, pp. 53-75; *International health organizations*

istituzioni che in questo periodo compongono l'ossatura della nuova *world health* ma anche di quella che Alison Bashford ha definito una vera e propria forma di biopolitica globale<sup>73</sup>. Tali strutture, infatti, si impegnano non solo nella produzione e diffusione dei dati necessari al controllo delle malattie epidemiche e nella standardizzazione dei saperi in campo biomedico, ma anche nella promozione di specifiche pratiche di amministrazione della salute pubblica di concerto con i governi nazionali e coloniali. Il *management* delle malattie sociali come la tubercolosi e di quelle infettive, ma anche l'assistenza alla maternità e all'infanzia, sono i campi di intervento più comuni. Ma – come si vedrà nel caso dell'American Red Cross Tuberculosis Commission in Italia – nella maggior parte dei casi da questi settori particolari di intervento si immagina possa partire un'opera più ampia di trasformazioni dei sistemi di gestione della salute pubblica. Una delle caratteristiche del nuovo paradigma di intervento globale in ambito sanitario è l'enfasi sulle misure preventive e sull'educazione igienica della popolazione.

L'assistenza infermieristica in generale, ma soprattutto il *public health nursing* – o *visiting nursing* – in quanto punta avanzata dei sistemi di propagazione dell'educazione igienica, è decisamente al centro dei processi sin qui descritti. Accrescere il numero delle *public health nurses* che portino «the gospel of sane living into the homes of the classes which such knowledge never before had penetrated [il vangelo dell'igiene nelle case in cui questo sapere non è mai penetrato]»<sup>74</sup> sembra essere una priorità per molte agenzie transnazionali. La Rockefeller Foundation ne promuove lo sviluppo in Asia, Sud America, Oceani ed Europa ma si impegna anche per la standardizzazione e la promozione di questo servizio negli Stati Uniti<sup>75</sup>.

*and movements, 1918-39*, a cura di P. Weindling, Cambridge, Cambridge University Press, 1995; *Shifting boundaries of public health, Europe in the 20th century*, a cura di S. Solomon, L. Murard, P. Zylberman, Rochester, University of Rochester Press, 2008; *L'hygiène dans la République: la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, a cura di L. Murard, P. Zylberman, Paris, Fayard, 1996; Id., *L'autre guerre, 1914-18: la santé publique sous l'œil de l'Amérique*, in «Revue Historique», CX, 570 (1986), pp. 367-98; L. Murard, P. Zylberman, *Gioie e dolori della salute pubblica in Francia (1848-1945)*, in *Politica e salute*, a cura di Pancino, cit., pp. 131- 146.

<sup>73</sup> Alison Bashford, *Global biopolitics and the history of world health*, in «History of the human sciences», XVIII, 19-1 (2006), pp. 167-188.

<sup>74</sup> American Red Cross, *Report of the commission for tuberculosis American Red Cross in Italy*, Knud Stouman, *Supplementary report on statistics*, Tipografia Bertero, Roma 1919, p. 67.

<sup>75</sup> Si vedano: Anne Marie Rafferty, *Internationalising nursing education during the interwar period*, in *International health organizations and movements, 1918-39*, a cura di Paul Weindling, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 266-282; Sarah Elise Abrams, *Seeking jurisdiction: a sociological perspective on Rockefeller Foundation activities in nursing in the 1920's*, in *Nursing history and the politics of welfare*, a cura di A. Rafferty, R. Elkan, J. Robinson, London, Routledge, 1997, pp. 208-225. Si veda anche *Resume of Rockefeller Foundation Public Health Nursing and Nursing Education Activities*, in *100 Years: The*



Sull'arena europea<sup>76</sup> l'organizzazione filantropica è spalleggiata in quest'opera dall'American Red Cross e dalla League of Red Cross Societies, nata sotto gli auspici della prima<sup>77</sup>.

In Italia è l'American Red Cross Tuberculosis Commission, come si diceva, a incentivare lo sviluppo e la diffusione del *public health nursing*. La commissione, guidata da William Charles White<sup>78</sup> – già direttore della Red Cross Tuberculosis Unit che operava in Francia di concerto con la Rockefeller Foundation – si installa in Italia nel 1918 con l'obiettivo di cooperare con istituzioni e associazioni locali per lo sviluppo di pratiche di prevenzione e gestione della tubercolosi. Sebbene questa malattia sia al centro dei lavori della commissione, gli interessi di quest'ultima sono ben più ambiziosi: se, come specifica il *Report*, la salute generale della popolazione è un *business* che dovrebbe interessare ogni nazione<sup>79</sup>, il progetto della Commissione è quello di introdurre in Italia, come si sta cercando di fare nel resto d'Europa

*Rockefeller Foundation*, consultabile on line all'indirizzo <http://rockefeller100.org/items/show/2213>, ultimo accesso agosto 2015. Soma Hewa, *British colonial politics and public health: the Rockefeller foundation effort to develop public health nursing in Sri Lanka*, in «Galle Medical Journal», XVII, (2012), pp. 27-31. Paul Weindling, *Public health and political stabilisation: The Rockefeller foundation in Central and East Europe*, in «Minerva», XXXI, 3 (1993), pp. 253-267; Lapeyre, *The idea of 'better nursing': the American battle for control over standards of nursing education in Europe, 1918-1925*, cit.

<sup>76</sup> Kristina Popova, *Between public health and social work: visiting nurses in the struggle against poverty and infant mortality in Bulgaria 1923-1934*, cit., Ead., *From Visiting Ladies Towards Municipality Female Social Advisors: Women in Home Visiting Practice in Bulgaria (1915 – 1939)*, in *Teaching Gender in Social Work*, a cura di V. Leskosek, Utrecht, ATHENA, 2009, e Ead., *Frances Elisabeth Crowell and the politics of nursing in Czechoslovakia after the first world war*, cit.; Susan McGann, *Collaboration and Conflict in International Nursing, 1920-39*, in «Nursing History Review», XVI, (2008), pp. 29-57; Yvonne Knibiehler, *La 'lutte antituberculeuse' instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930)*, cit., Dominique Dessertine, *Les infirmières visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930)*, in «Bulletin du centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale», XXVII, 2-3 (1995) pp. 55-63; Pierre Yves Saunier, Ludovic Tournes, *Philantropies croisées: a joint venture in public health at Lyon (1917-1940)*, in «French history», XXII, 23-2 (2009), 216-240; Ann Yrjälä, *Public health and Rockefeller wealth. Alliance strategies in the early formation of Finnish Public Health Nursing*, Åbo Akademi Förlag – Åbo Akademi University Press, 2006.

<sup>77</sup> Irwin, *Making the world safe*, cit.

<sup>78</sup> La commissione, composta da 60 membri, comprende anche «Dr. John H. Lowman, Professor of clinical medicine at Western Reserve University, Cleveland; Dr. Louis I. Dublin of New York, statistician of the Metropolitan Life Insurance Company; Dr. Richard A. Bolt of Cleveland, connected with the health department of that city; Dr. E. Paterson of Cleveland, Dr Robert D. Paterson of Columbus, Ohio, head of the tuberculosis branch of the State Health Department, and Miss. Mary S. Gardner, head of the bureau of Public health nursing of the American Red Cross. The Executive Manager will be Lewis D. Bement of Framingham, Mass., and the Executive Secretary, Miss Bertha M. Laws of Philadelphia. There will be eighteen nurses», in «The New York Times», 1 settembre 1918.

<sup>79</sup> American Red Cross, *Report*, cit., p. 44.

e altrove, metodi di *management* di quest'ultima che rispondano a *standard* internazionali. Il Report dei lavori della commissione specifica infatti che, dopo un primo periodo nel quale il lavoro della American Red Cross in Italia è stato calibrato soprattutto sull'emergenza bellica<sup>80</sup>, si è ormai entrati in una nuova fase nella quale l'obiettivo da raggiungere attraverso la cooperazione internazionale è quello di stabilire «uniform methods of public health and welfare [metodi uniformi per la gestione della salute pubblica e il welfare]»<sup>81</sup>: questa standardizzazione dovrà contribuire al «development of good citizenship and the quieting of unrest and dissatisfaction among

<sup>80</sup> Dopo Caporetto l'Italia accetta l'aiuto di una commissione di emergenza della American Red Cross. Di questa parte del lavoro dell'organizzazione statunitense nel paese si sono occupate Daniela Rossini e Julia Irwin. La prima ha sottolineato soprattutto l'aspetto propagandistico dell'azione dell'American Red Cross in Italia (Daniela Rossini, *Il mito americano nell'Italia della Grande Guerra*, cit.; Ead., *L'internazionalismo wilsoniano e la propaganda di guerra in Italia*, in *La propaganda nella grande guerra tra nazionalismi e internazionalismi*, a cura di Daniela Rossini, Roma, Unicopli 2007, pp. 41-61. Anche Julia Irwin ha contestualizzato l'azione dell'American Red Cross in Italia (e in Europa) nell'ambito della politica estera statunitense volta alla stabilizzazione del continente. Di questa autrice si veda *Nation building and rebuilding: the American Red Cross in Italy during the Great war*, in «The journal of the Gilded Age and Progressive Era», VIII, 3 (2009), pp. 407-439, dedicato specificatamente all'Italia e Irwin, *Making the world safe*, cit., dedicato all'azione dell'organizzazione statunitense in Europa. Sull'operato dell'American Red Cross nel campo del soccorso a civili e militari in Italia si veda anche Lavinia Dock, *The history of the American Red Cross nursing*, New York, MacMillian, 1922, p. 858. Sulle attività della Commission for emergency relief si veda Paul U. Kellog, *Seven weeks in Italy: the response of the American Red Cross to the emergency*, Paris, Office of the Commissioner for Europe, 1918; *American Red Cross, department of civil affairs*, January 1, 1918-March 1, 1919, Issued by the Department of public information, Roma 1919; American Red Cross, department of civil affairs, *Summary of works, Department of civil affairs, American Red Cross in Italy*, American Red Cross 1918, Ernst Bicknell, *The American Red Cross in Italy*, Mc Millian 1920; William Hereford, *Report of the department of public information: march 1, 1919*, Rome, American Red Cross, 1919.

<sup>81</sup> «The divisions of the great social movements of the world which underly the happiness of people are: first, education, with its attendant problems of health and welfare; second, housing, including town planning, water supply, sewage etc; third, child welfare; fourth, the control of disease and alleviation of suffering, including equipment of hospitals, dispensaries, installation of visiting nurses, and medication; fifth, adaptation of labour supply to labor demand; sixth, adaptation of wages to living demands; seventh, equalization in the distribution of food supplies; eight, the care of large emigrant populations. The standardization of methods of handling these problems throughout the world today does not seem Utopian [I settori dei grandi movimenti sociali del mondo che presiedono alla felicità dei popoli sono: primo, l'educazione, con i suoi annessi problemi di salute e benessere; secondo, l'abitazione, che include la progettazione urbana, la distribuzione dell'acqua, gli scarichi etc.; terzo, il benessere dei bambini; quarto, il controllo delle malattie e l'alleviamento delle sofferenze, questo comprende l'equipaggiamento degli ospedali, i dispensari, l'istallazione di un servizio di infermiere visitatrici e la distribuzione di farmaci; quinto, l'adattamento dell'offerta alla domanda nel campo del lavoro; sesto, l'adattamento delle paghe al costo della vita; settimo, l'uguaglianza nella distribuzione del cibo; ottavo, la presa in carico delle grandi popolazioni

the peoples in the world [a sviluppare una buona cittadinanza e a placare l'insoddisfazione tra le popolazioni del globo]»<sup>82</sup>. Sarà il caso di soffermarsi su quest'ultima affermazione che merita di essere analizzata.

Che per la American Red Cross in Europa, e l'Italia non fa eccezione, l'intervento massiccio per riformare i metodi di gestione pubblica della salute e dell'igiene risponda (anche) ad uno stimolo a riportare tranquillità nel continente dopo le turbolenze del conflitto mondiale e del clima rivoluzionario che lo hanno attraversato, è già stato convincentemente dimostrato da Julia Irwin<sup>83</sup>. Per quanto riguarda il legame tra «good citizenship» e igiene, a cui fa riferimento il *Report* della Tuberculosis Commission, esso sembrerà meno inusuale se ricollocato nell'orizzonte della mentalità statunitense tipica della *Progressive Era*, secondo la quale l'accesso alla cittadinanza era profondamente legato al possesso di determinati 'requisiti corporei'<sup>84</sup>. Non a caso l'«educazione igienica» degli immigrati – generalmente realizzata proprio dalle *public health nurses* – era già da tempo un passaggio fondamentale della loro «americanizzazione», ovvero del loro percorso di inclusione differenziale nella cittadinanza. D'altronde il nesso tra igiene e cittadinanza, tra «modern methods of public health» e «good citizenship» trae linfa anche dal peculiare «discorso coloniale» prodotto dagli Stati Uniti nella loro anomala esperienza di colonizzatori<sup>85</sup>. Warwick Anderson ha coniato l'espressione *biomedical citizenship* per leggere alcune delle pratiche tardo-coloniali messe in atto dagli Stati Uniti nelle Filippine nell'ambito delle politiche di gestione della salute dei colonizzati e di igiene pubblica e privata: «Hygiene reform – ha notato lo storico – in this particular fallen world was intrinsic to a 'civilizing process' which was also an uneven and shallow process of americanization [La riforma igienica, in questo particolare mondo perduto era intrinseca ad un

migranti. La standardizzazione dei metodi di presa in carico di questi problemi in tutto il mondo oggi non sembra una meta utopica.]», American Red Cross, *Report*, cit., p. 43.

<sup>82</sup> *Ivi*.

<sup>83</sup> Si veda, oltre ai testi già citati, Julia Irwin, *Sauvons les Bébés: Child Health and U.S. Humanitarian Aid in the First World War Era*, in «Bulletin of the History of Medicine», LXXXVI, 1 (2012), pp. 37-65; Ead., *Making the world safe*, cit.

<sup>84</sup> Natalia Molina, *Fit to be citizens? Public health and race in Los Angeles, 1879-1939*, Berkeley, University of California Press, 2006.

<sup>85</sup> Warwick Anderson, *Colonial pathologies, American tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*, Durham, Duke University, 2006, p. 2. Il nesso tra diffusione di norme e pratiche igieniche e «missione civilizzatrice» nell'arena coloniale è già stato affrontato da diversi autori e in diversi contesti. Sembra però di poter notare che il nesso esplicito tra igiene e «cittadinanza» sia una peculiarità del colonialismo statunitense, che veniva rappresentato dagli Stati Uniti come una fase di passaggio in vista della «piena preparazione» dei colonizzati per l'autogoverno. Winifred Connerton, *American nurses in colonial settings: imperial power at bedside*, in *Handbook for the history of nursing*, a cura di Patricia D'Antonio, London-New York, Routledge, 2013, p. 18.

‘processo di civilizzazione’ che era anche un processo di americanizzazione irregolare e superficiale]» Nel ‘laboratorio Filippine’, «citizenship was linked symbiotically to corporeal metamorphosis [la cittadinanza era legata simbionticamente alla metamorfosi corporea]»<sup>86</sup>.

Possiamo immaginare che l’idea di uno stretto legame tra *citizenship* e *hygienic fitness* così tipico del discorso coloniale statunitense, abbia viaggiato anche lungo le traiettorie della cooperazione internazionale nel campo della salute pubblica<sup>87</sup>: i due terreni di intervento sono infatti profondamente interconnessi per la presenza su entrambi sia delle stesse agenzie – ad esempio la Rockefeller Foundation, come abbiamo visto – sia, in alcuni casi, degli stessi funzionari<sup>88</sup>.

Possiamo ora tornare a leggere le affermazioni contenute nel *Report* alla luce di quanto detto: se una cittadinanza completa in questo orizzonte, è legata al raggiungimento di determinati standard di pulizia e di salute, la diffusione a livello internazionale di sistemi standardizzati di gestione della salute pubblica coincide con la propagazione di *good citizenship* nonché di pace e stabilità. D’altronde, come viene notato in più punti nel corso del *Report*, la promozione di questi *standard* in Italia ha un’importanza strategica particolare per gli Stati Uniti<sup>89</sup>, essendo la prima l’origine di un forte flusso migratorio che l’amministrazione statunitense, negli stessi anni, sta tentando di limitare attraverso leggi restrittive. Tale legame tra i due paesi giustifica anche su un piano economico la scelta di investire risorse umane e monetarie nella cooperazione nel campo della salute pubblica nel paese<sup>90</sup>. Operando, per così dire, all’origine del flusso migratorio, e particolarmente nelle scuole e più in generale nel campo della *child care* e dell’educazione igienica dell’infanzia, gli Stati Uniti potranno, spiega il *Report*, evitare di

<sup>86</sup> Anderson, *Colonial Pathologies*, cit., p. 178.

<sup>87</sup> Anderson sostiene peraltro l’esistenza di una forma di sostanziale continuità tra «late-colonial civilizing process and international development projects [il processo di civilizzazione tardo-coloniale e i progetti internazionali di sviluppo]», ivi, p. 4.

<sup>88</sup> Ne è un esempio paradigmatico la carriera di Alice Fitzgerald, prima arruolata nei ranghi dell’American Red Cross, per la quale nel dopoguerra diventa responsabile del settore infermieristico nella *Commission for Europe*, poi chiamata ad implementare un servizio di *public health nursing* nelle Filippine su consiglio della Rockefeller Foundation. Su Fitzgerald si vede la biografia di Iris Noble, *Nurse around the world: Alice Fitzgerald*, New York, Messner, 1964. Si veda anche Barbara Brush, *The Rockefeller agenda for America/Philippines nursing relations*, in *Nursing history and the politics of welfare*, a cura di Rafferty, Elkan, Robinson, cit., pp. 45-63

<sup>89</sup> Sui rapporti tra Italia e Stati Uniti in questo periodo si veda Daniela Rossini, *L’America riscopre l’Italia: l’Inquiry di Wilson e le origini della Questione Adriatica, 1917-1919*, Roma, Edizioni Associate, 1992; Ead., *Il mito americano nella Grande Guerra*, Roma Bari Laterza, 2000.

<sup>90</sup> American Red Cross, *Report*, cit., p. 23.

investire nell'educazione dei lavoratori immigrati dopo il loro arrivo<sup>91</sup>: l'assistenza all'Italia in questo campo porterà agli Stati Uniti – proprio alla luce del nesso tra i due paesi costituito dai flussi migratori – «a large return in the elevation of *valuable citizens* [un ampio ritorno attraverso la creazione di cittadini validi]»<sup>92</sup>. Inoltre in questo modo «the evolution by emigration of the individual from one country to another would not be so radical a change as it is today when the environment met in the two countries is so essentially different [l'evoluzione per via migratoria di un individuo da un paese a un altro non sarebbe un cambiamento così radicale come è oggi che l'ambiente dei due paesi è così essenzialmente differente]»<sup>93</sup>.

Fatte queste premesse sul quadro concettuale dentro cui si colloca il lavoro della Commission for Tuberculosis in Italia, possiamo ora passare all'analisi del suo modo di procedere. Dopo un periodo di inchiesta preliminare e di raccolta di informazioni la Commissione si mette all'opera su tre fronti: organizzazione provinciale e comunale della sanità<sup>94</sup>, igiene scolastica, welfare per l'infanzia e *visiting nursing*. Fin da subito, infatti, la *public health*

<sup>91</sup> American Red Cross, *Report*, cit., pp. 23-24.

<sup>92</sup> Ivi, p. 34.

<sup>93</sup> Ivi, p. 24. Che, d'altronde, i corpi degli italiani candidati all'emigrazione siano radicalmente diversi da quelli considerati accettabili per una forza lavoro immigrata adatta al mercato statunitense – e 'americanizzabile' – è fuori di dubbio per i membri della Commissione, che notano eloquentemente: «no one who has watched the embarkation of Italians from their own country or their arrival at the ports of immigration in America, can be insensitive to the desirability of common standards of public welfare work in the two countries [nessuno che abbia assistito all'imbarco di italiani dal loro paese e al loro arrivo nei porti di immigrazione in America, può essere insensibile alla desiderabilità di standard comuni di welfare nei due paesi.]», ivi, p. 36. D'altra parte lavorare direttamente in Italia, sostengono ancora i commissari dell'American Red Cross, permette anche di raccogliere 'alla fonte' informazioni utili per la gestione degli immigrati italiani negli Stati Uniti. Al Report principale la Commissione aggiunge infatti tre report supplementari nei quali si tratta estesamente della questione dell'igiene scolastica, del lavoro minorile e del problema delle abitazioni in Italia. *Report of the Commission for tuberculosis, American Red Cross in Italy: supplementary reports*, Roma, Bertero 1919.

<sup>94</sup> Dopo una valutazione degli organismi governativi e volontari che gestiscono la salute pubblica in Italia a livello nazionale (Direzione generale di Sanità, Direzione dell'esercito, Croce Rossa Italiana e le due associazioni italiane che si occupano di tubercolosi), la Commissione giunge alla conclusione che l'azione a livello locale – provinciale e municipale – e in sinergia con associazioni locali sia la più efficace e che questa possa agire da stimolo indiretto, in un secondo momento, per l'azione statale. I terreni di azione prescelti sono quelli della Liguria, dell'Umbria, di Palermo e di due province sarde. American Red Cross, *Report*, cit., pp. 13 e sgg. Su questo terreno la prassi prescelta – che la Commissione ha l'ambizione di trasformare in una metodologia standard nella cooperazione internazionale in tema di *public health* e welfare – è quella di presentare agli attori individuati degli schemi di organizzazione del servizio sanitario sul modello statunitense, liberamente adattabili con la consulenza dell'American Red Cross.



*nurse* è 'riconosciuta' dai commissari come «the most important implement of an active campaign in public health [lo strumento più importante di una campagna attiva di salute pubblica]»<sup>95</sup>.

La Nursing Section che viene creata allo scopo di sviluppare le premesse per l'instaurazione di un servizio di *public health nursing* anche in Italia è guidata da Mary Sewel Gardner<sup>96</sup>, presidente della National Organization of Public Health Nursing e autrice del fortunatissimo *Public health nursing*. La prima mossa della sezione è la raccolta di informazioni sulla situazione dell'assistenza in Italia. I risultati dell'indagine sono considerati piuttosto deludenti<sup>97</sup>. Tuttavia, come previsto dalla *policy* della Commissione, la sezione *nursing* lavora esclusivamente attraverso attori italiani. Pur essendo «la più giovane tra le nazioni», spesso trattata con superiorità nel contesto internazionale<sup>98</sup> – l'Italia è ritenuta in grado di risolvere da sé i propri problemi, pertanto «any work undertaken must be purely Italian from its very inception [...] methods used must be adaptable to Italy, with its peculiari-

<sup>95</sup> Ivi, p. 21.

<sup>96</sup> Gardner è sovrintendente della District Nursing Association di Providence (Rhode Island). Si veda *The biographical dictionary of women in science, pioneering lives from ancient times to the mid-20<sup>th</sup> century*, a cura di Marilyn Ogilvie, Joy Harvey, New York-London, Routledge, 2000, p. 485. Sul lavoro di Gardner – in particolare con gli immigrati italiani – in Rhode Island si veda Mary Thompson, *Nurses' Role in Prevention of Infant Mortality in 1884-1925: health disparities then and now*, in «Journal of Pediatric Nursing», XXVII, 5 (2012), pp. 471-478.

<sup>97</sup> La situazione della formazione infermieristica in Italia, secondo la Commissione, lascia molto a desiderare e 'costringe' l'American Red Cross ad una certa 'elasticità' rispetto ai parametri statunitensi. Gardner non ritiene infatti di poter contare su un numero sufficiente di infermiere preparate per poter dar vita alla prima coorte di assistenti sanitarie visitatrici. I 'gruppi' che si occupano di assistenza infermieristica individuate dalla *chief nurse* della Commissione nel suo report sono: 1- le suore, che vengono ritenute generalmente «untrained according to modern standards [non formate in base agli standard moderni]» (Gardner, *Supplementary report of nursing section*, cit., p. 49), sebbene indispensabili al punto da rendere non auspicabile una completa laicizzazione dell'assistenza, almeno nell'immediato; 2 – le 'infermiere' (in italiano nel testo) che lavorano negli ospedali, ritenute inservibili perché non passibili di miglioramento (gli uomini sono solo menzionati ma subito messi da parte) 3 – le *graduate nurses*, un gruppo molto differenziato al proprio interno a causa della mancanza di parametri certi nella preparazione di infermiere graduate; inoltre di questo gruppo si lamenta l'esiguità, apparentemente non destinata a migliorare a causa delle difficoltà di reclutamento 4 – le levatrici, sulle quali il giudizio è molto positivo 5 – Le infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana 5 – le infermiere delle scuole Samaritane. È nel bacino delle infermiere volontarie che hanno prestato servizio durante il conflitto che la 'Nursing Section' attinge possibili leve per la formazione di *public health nurses* italiane.

<sup>98</sup> «Yet, despite the fact that other nations still attempt to treat her as a child, through very phase of her development there persists and shines the parent of democracy and the originator of good government [Nonostante il fatto che altre nazioni continuino a trattarla come una bambina, in ogni fase del suo sviluppo è stata madre di democrazia e origine di buon governo]», American Red Cross, *Report*, cit., p. 43.



ties of race and physical structure [ogni servizio svolto deve essere fin dal principio puramente italiano (...) i metodi usati devono essere adattabili all'Italia, con le sue peculiarità di razza e struttura fisica]<sup>99</sup>: sono questi i prerequisiti per una buona sintonia e comprensione reciproca e per evitare di urtare la sensibilità locale. Non a caso presupposto del lavoro del personale dell'American Red Cross è l'idea che ogni intervento compiuto debba essere 'richiesto' dai locali – sebbene si ammetta che spesso sia necessario sollecitare tale richiesta<sup>100</sup>: l'induzione del desiderio («the *creation of a desire for work*»)<sup>101</sup> di un tipo di servizio quale quello svolto dalle *public health nurse* negli Stati Uniti e la creazione di un nucleo di lavoratrici che possano iniziare a svolgerlo e a insegnarne i principi sono i due principali obiettivi di Gardner e della Sezione.

Per mettere a segno il primo obiettivo l'American Red Cross si rivolge a interlocutori che ritiene possano dare vita a quei comitati che si crede debbano essere alla base della creazione del servizio e delle scuole adatte. «As regards to market for our product – sostiene con modestia Gardner nel *Report* della sua sezione – little credit can be taken by the nursing section of the commission for its stimulation. Field workers from several other departments and Italian executive secretaries have described so ably the advantages of public health visitor that more positions have offered than can be filled by graduates of the first courses [per quanto riguarda la creazione di un mercato per il nostro prodotto la sezione nursing non può reclamare il merito di averlo stimolato. Lavoratori da altri settori e i segretari esecutivi italiani hanno descritto così bene i vantaggi della *public health visitor* che ci sono più posizioni di quante non ne possano essere coperte dalle diplomate dei primi corsi]<sup>102</sup>. In questo lavoro di sensibilizzazione, come si è visto nel primo capitolo, il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, con le sue sezioni locali come quella romana e quella fiorentina<sup>103</sup>,

<sup>99</sup> *Ivi.*

<sup>100</sup> Su questo punto si veda anche Shirish Kavadi, *Wolves come to take care of the lamb: the Rockefeller Foundation's bookworm campaign in the Madras Presidency, 1920-28*, in *The politics of healthy life, an international perspective*, a cura di E. Rodriguez Ocaña, United Kingdom, EAHMH Publications, 2002, pp. 89-80.

<sup>101</sup> American Red Cross, *Report*, cit., p. 54. «There must first be an official request for the services of such a commission from the country which desires it, a delicate situation which by no means precludes the propriety of a suggestion on the part of a nation which may wish to offer such cooperation [Ci deve essere una richiesta ufficiale dei servizi di questa commissione da parte del paese che li desidera, una situazione delicata che però non rende in nessun modo inappropriato che la nazione intenzionata ad offrire tale cooperazione la solleciti]», *ivi*, p. 44.

<sup>102</sup> *Supplementary report of the nursing section*, cit., p. 56.

<sup>103</sup> Tra i documenti della Sezione Toscana del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane si trova la relazione manoscritta di un incontro (non datato) dedicato alle assistenti sanitarie

viene scelto come interlocutore privilegiato, atto ad avere un ruolo chiave sia nella propaganda per la formazione di scuole per «assistenti sanitarie visitatrici» sia nella sollecitazione per la costruzione di un mercato di impiego per queste nuove figure. Il personale dell'American Red Cross è, infatti, alla ricerca di attori sociali che siano interessati non solo a finanziare un possibile servizio di *public health nursing*, ma anche ad aprire nuovi sbocchi professionali per le donne<sup>104</sup>. Inoltre il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane – come abbiamo visto nel primo capitolo – si è già interessato alla questione dell'assistenza infermieristica e le attività filantropiche delle sue socie e di molte delle associazioni che ne fanno parte somigliano molto al lavoro che le nuove assistenti sanitarie visitatrici dovrebbero svolgere, come abbiamo visto nel primo capitolo<sup>105</sup>.

È il Consiglio Nazionale delle Donne Italiane ad essere invitato a creare il comitato sotto i cui auspici sorge la prima scuola-modello per assistenti sanitarie a Roma. Quella di Genova nasce invece sotto gli auspici della locale Lega Antitubercolare, costituitasi dietro stimolo della Commissione dell'American Red Cross. La scuola di Palermo, che sarebbe dovuta nascere grazie all'impegno della Lega Antitubercolare della città siciliana, sorta anch'essa sul modello proposto dai funzionari dell'American Red Cross e sotto gli auspici di questi ultimi, non vede la luce che alcuni anni più tardi, per mancanza di candidate adatte, dotate cioè di esperienza come infermiere ospedaliere se non del diploma di scuola convitto. Il bacino di reclutamento all'interno del quale si ritiene debbano essere scelte le prime

visitatrici. Nella relazione della presidente della sezione, Elena French Cini, si legge: «chi parlò per prima delle infermiere distrettuali fu miss Gardner, una americana, qui al Lyceum due anni fa. Molte delle presenti rammentano certamente l'interessante relazione. Io personalmente ricordo una ristretta adunanza nel salottino della ormai, ahimé, defunta Scuola Convitto Infermiere 'Regina d'Italia' dove Miss Gardner e Miss Sheldon provavano col calore di tutta la loro fede a fondare la Scuola assistenti sanitarie a Firenze. Le presenti rimanevano perplesse davanti alle difficoltà grandi da superare e specialmente davanti a questo dilemma: come si fa ad attirare ad una scuola di questo genere buone allieve quando non si fa certezza di poterle poi mettere tutte a posto utilmente? E d'altra parte come si fa a far propaganda presso gli enti, presso comitati, presso i medici, quando queste infermiere non sono ancora formate? Evidentemente in seguito il problema fu risolto [...]», ACS, Archivio CNDI, b. 6, fasc. 13, sfasc. 6, varie attività sezione toscana.

<sup>104</sup> «[...] it was first necessary to find men and women in various cities and small towns who would be interested, not only in the founding of public health visiting work, but also in opening to women new fields for professional activity [prima è stato necessario trovare uomini e donne in varie città e piccoli paesi interessati/e non solo a finanziare il lavoro di *public health visiting* ma anche ad aprire nuovi campi di attività professionale per le donne]», Gardner, *Supplementary report of the nursing section*, cit., p. 54.

<sup>105</sup> Inoltre la figura dell'infermiera visitatrice è già nota alle militanti del CNDI. Si veda Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del Congresso Internazionale femminile, Roma 16-23 maggio 1914*, Torre Pellice 1915, p. 580-587.

allieve delle scuole pilota, ad ogni modo, è generalmente quello delle infermiere volontarie della Croce Rossa e delle Scuole Samaritane, che si pensa abbiano una preparazione imperfetta ma sufficiente per affrontare il tipo di formazione proposto dalle *nurses* statunitensi che presiedono all'istruzione delle allieve italiane<sup>106</sup>.

Dopo il ritiro della missione statunitense al termine del 1919, la maggior parte delle scuole aperte dall'American Red Cross passano sotto il controllo della Croce Rossa Italiana, che dal principio degli anni '20 diviene la principale referente per la formazione e l'inquadramento – all'interno di comitati cittadini<sup>107</sup> – di queste infermiere. La maggior parte delle scuole aperte in Italia nel corso di questo decennio sono, infatti, messe in piedi proprio dalla CRI o passate in breve tempo sotto il suo controllo<sup>108</sup>. Il protagonismo dell'associazione nella formazione e inquadramento delle assistenti sanitarie non deve stupire: si tratta di una indicazione proveniente direttamente dalla League Red Cross Societies<sup>109</sup>, nata dal congresso di Cannes del 1919 con l'intento di indirizzare le Croci Rosse nazionali ad essa aderenti verso un comune impegno nella gestione della salute pubblica in tempo di pace<sup>110</sup>. Non a caso è ancora questa organizzazione a istituire dieci borse di studio per permettere ad altrettante infermiere di essere formate come assistenti sanitarie visitatrici presso il King's College for Women di Londra per poter poi introdurre nei rispettivi paesi questa professione. Negli anni seguenti la guerra la League of Red Cross Societies tiene presso il Bedford College di Londra un corso per formare sui principi della *public health* infermiere diplomate che dovranno poi espandere nel resto d'Europa questo

<sup>106</sup> Alle prime scuole per assistenti sanitarie visitatrici fondate con il sostegno – anche materiale – dell'American Red Cross, si aggiunge nel 1919 quella di Firenze, aperta dall'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere con il sostegno di Edna Foley, succeduta a Mary Gardner dopo la partenza di quest'ultima. Foley si occupa anche di inviare *public health nurses* statunitensi a Palermo, Perugia e Spezia. Si veda Dock, *The history of the American Red Cross nursing*, cit., pp. 867 e sgg.

<sup>107</sup> *Regolamento per le assistenti sanitarie*, in «Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», IV, 36 (1922), p. 13.

<sup>108</sup> Croce Rossa Italiana, *Le infermiere della Croce Rossa*, cit., p. 29.

<sup>109</sup> «Tutte le iniziative sorte finora indipendenti l'una dall'altra [per la formazione di assistenti sanitarie visitatrici n.d.r.] potevano dar luogo a gravi degenerazioni, ecco perché la C.R.I., rispondendo anche ad una delle più salde affermazioni internazionali della Lega delle Società della Croce Rossa, ha creduto coordinare con una seria organizzazione le principali scuole italiane per A.S. Né la C.R. né l'Associazione Nazionale tra infermiere potranno impedire che sorgano e vivano altre associazioni affini, ma l'iniziativa della C.R.I. varrà a mantenere ad un alto livello di valore morale le A.S. che si fregiano del suo distintivo». Irene di Targiani Giunti, *Assistenti sanitarie*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», IV, 36 (1922), p. 12.

<sup>110</sup> Cfr. *Proceedings of the medical conference*, cit.; Agenore Frezza, *Storia della Croce Rossa italiana*, Roma, Istituto Pubblicazioni Culturali, 1956, p. 160.

particolare tipo di *nursing*<sup>111</sup>. Ma *scholarship* internazionali sono offerte ad allieve italiane (e francesi) anche dall'American Red Cross, che continua a prestare attenzione alla formazione delle assistenti sanitarie visitatrici in Italia<sup>112</sup>. Come si è avuto modo di vedere, insomma, la costruzione di questa nuova figura professionale ha un carattere decisamente transnazionale.

Alla fine degli anni '20, più precisamente nel 1932, la Croce Rossa Italiana ha ormai all'attivo scuole per assistenti sanitarie a Roma, Firenze, Milano e Trieste, mentre corsi speciali sono previsti nelle scuole convitto per infermiere gestite dall'associazione a Napoli, Bologna, Milano e Roma. Non hanno invece superato la fine degli anni '20 le scuole di Bari, Catania e Palermo<sup>113</sup>, quest'ultima aperta infine dal Consorzio Provinciale Antitubercolare nel '24. Passata la prima fase di sperimentazione, i corsi per ottenere un diploma da assistente sanitaria raggiungono una forma stabile nei primi anni '20. Di durata annuale, essi constano di una serie di lezioni teoriche<sup>114</sup> e di un tirocinio pratico all'interno di strutture quali dispensari, consultori, sanatori etc. All'interno di alcune scuole per assistenti sanitarie sono previsti corsi di puericoltura e assistenza alle madri e ai neonati per assistenti sanitarie visitatrici di igiene materna e infantile organizzati – dopo la sua creazione nel 1925 – dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia<sup>115</sup> e

<sup>111</sup> Il programma internazionale di *nursing education* è gestito dalla LRCS fino al 1934, quando passa sotto il controllo della Florence Nightingale International Foundation. Si veda *International Courses offered by the League of Red Cross Societies in conjunction with Bedford College for women University of London and the College of Nursing London, session 1932-3*, League of Red Cross Societies, Division of Nursing, Paris, 1933. Secondo questo opuscolo le infermiere italiane che hanno usufruito dei corsi sono state: nel 1920-21 Lina Molinari, nel 1922-23 Itta Frascara, nel 1927-28 Stefania Nutini; nel 1928-29 Carmela Vidacovich, nel 1930-31 Violetta Besesti, nel 1931-32 Maria Senni. Si veda anche *Notizie della lega delle società della Croce Rossa*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», II, 15 (1920), pp. 13-15.

<sup>112</sup> Dock, *History of American Red Cross nursing*, cit., p. 1175. Si veda anche *Italian noblewomen visit America*, in «The American Journal of Nursing», XXI, 1 (1921), p. 34. Anche tra le 282 infermiere che tra il 1913 e il 1930 hanno ricevuto *fellowship* dalla Rockefeller Foundation per approfondire le proprie conoscenze nel campo del *public health nursing* ci sono state delle italiane: Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation Resume of Nursing, 1913-1930, 100 Years: The Rockefeller Foundation*, consultabile on line all'indirizzo <http://rockefeller100.org/items/show/2212>, ultimo accesso agosto 2015. In particolare tra le italiane beneficiarie di tali *fellowship* c'è Rosanna Fambri, segretaria del sindacato fascista delle infermiere diplomate.

<sup>113</sup> ASCRI, ASV-verbali votazioni, 1924-1932 1° C822/1.

<sup>114</sup> Nel 1922 la CRI uniforma i programmi delle sue scuole al principio degli anni '20. Si veda *Programmi dei corsi per la scuola delle assistenti sanitarie*, in «Bollettino mensile dell'Associazione nazionale italiana tra infermiere», IV, 36 (1922) n. 26, pp. 18-19. I programmi ministeriali delle scuole per assistenti sanitarie visitatrici verranno invece redatti solo nel 1938.

<sup>115</sup> Si veda ASCRI ASV n. 3569/1.5.1, Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, Roma 15.12.1926.

corsi per assistenti sanitarie di fabbrica curati dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali<sup>116</sup>.

Nonostante il cospicuo numero di scuole create nel corso degli anni '20, tuttavia, il numero delle assistenti sanitarie visitatrici diplomate rimane piuttosto basso, per ragioni che si cercherà di analizzare nel prossimo capitolo. Tra il 1919 e il 1928 le scuole della Croce Rossa Italiana di Roma, Firenze, Milano, Torino, Bologna e Napoli licenziano solamente 304 allieve<sup>117</sup>. A queste bisognerebbe aggiungere le assistenti sanitarie diplomate nelle scuole rimaste estranee al controllo della Croce Rossa, come ad esempio quella di Genova, gestita dalla Lega di Igiene Sociale della Liguria (già Lega Antitubercolare), che tra il 1919 e il 1923 licenzia quaranta diplomate<sup>118</sup>, o quelle direttamente gestite a partire dal 1928 dalla Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali. In generale, però, per tutti gli anni '30 si lamenterà una cronica carenza di diplomate. Ad ogni modo, pur senza sottovalutare il fatto che il numero effettivo di assistenti sanitarie formate durante il periodo considerato è piuttosto scarso, bisogna considerare che l'idea che sottende questa figura professionale trova in qualche modo applicazione anche oltre la cerchia limitata delle visitatrici diplomate. Visitatrici fasciste<sup>119</sup>, infermiere famigliari fasciste, visitatrici volontarie dell'ONMI, visitatrici volontarie rionali, maestre vigilatrici, segretarie di fabbrica, assistenti sociali e ancora tante altre figure<sup>120</sup>: una molteplicità di profili più o meno professionali e figure che

<sup>116</sup> Adesempio si veda *Corso assistenti sanitarie sede di Roma, anno scolastico 1928-29- relazione finale*, ASCRI ASV VERBALI VOTAZIONI 1924-1932 1° C822/1.

<sup>117</sup> Croce Rossa Italiana, *Le infermiere della Croce rossa italiana in occasione del 6. Convegno infermiere, Roma 25-28 settembre 1928*, Roma, s.n. 1928, p. 47.

<sup>118</sup> Gabriella Cantù, *A proposito delle Scuole per Infermiere ed Assistenti Sanitarie, la scuola di Genova*, in «Difesa Sociale», II, 4 (1924), p. 92. Nei decenni successivi la Croce Rossa perderà il controllo pressoché assoluto che ha in questa fase sulle scuole per assistenti sanitarie. Nel 1956 l'associazione gestirà solamente 11 delle 20 scuole esistenti. Cecilia Sironi, *L'infermiere in Italia, storia di una professione*, Roma, Carocci, 2012, p. 161.

<sup>119</sup> Che le visitatrici fasciste, oltre a funzionare da intermediarie nell'accesso ai 'servizi sociali', fossero, almeno in teoria, anche incaricate di diffondere l'educazione igienica tra la popolazione, e che quindi il loro ruolo fosse per molti versi simile a quello delle assistenti sanitarie visitatrici, è testimoniato dal contenuto dei manuali utilizzati nei corsi di formazione. Si vedano ad esempio *Corso preparatorio per visitatrici fasciste*, Novara, Cattaneo 1940; *Nozioni per visitatrici fasciste*, a cura di Wanda Scimone, Federazione provinciale dei Fasci Femminili, Padova, CEDAM, Casa editrice Dott. A. Milani, 1937; Erminia De Benedetti, *Economia domestica, fonte di educazione nazionale*, Roma, Pallotta 1935. Sulle visitatrici fasciste si veda Helga Dittrich-Johansen, *Le 'militi dell'idea'. Storia delle organizzazioni femminili del partito nazionale fascista*, Firenze, Olschki, 2002, pp. 152 e sgg., Horn, *Social bodies, science, reproduction and italian modernity*, cit., pp. 121 e sgg.

<sup>120</sup> Sulle visitatrici volontarie dell'ONMI si veda Minesso, *Stato e infanzia*, cit., p. 74. Sulle assistenti sociali e la diffusione dell'economica domestica (e dell'igiene) si veda Cinzia Grossi, *La casalinga e la massaia rurale moderne: il modello dell'efficienzismo domestico americano nell'Italia degli anni Trenta*, cit. La figura dell'infermiera familiare fascista viene creata nel

fanno la loro (talvolta fuggevole) comparsa nel multiforme mondo dell'assistenza sociosanitaria nel quindicennio considerato e negli anni seguenti, pur senza portare il nome di assistenti sanitarie visitatrici, o avere alle spalle il loro specifico *iter* formativo, sono portatrici delle caratteristiche proprie di queste figure. A fronte di una effettiva carenza di assistenti sanitarie visitatrici diplomate, gli obiettivi e i caratteri di queste ultime vengono assunti in tutto o in parte anche da una serie di altre figure affini. È quindi a questo punto necessario analizzare le caratteristiche fondamentali di questa «figura di donna che [...] compie di casa in casa, di scuola in scuola, la sua opera persuasiva mostrando come si lava, come si pulisce, come si disinfetta l'ambiente anche più umile senza metterci un soldo di pane, ma guadagnandone molti di più per la diminuzione dei giorni di malattia»<sup>121</sup>.

#### 4. «Incontri intimi»

«[...] noi in America abbiamo trovato che [per prevenire le malattie e allevare sani e forti cittadini n.d.r.] non era sufficiente insegnare le regole dell'igiene in termini generali. Queste regole debbono essere insegnate individualmente ad ogni uomo, donna e fanciullo; anni di esperienza ci hanno insegnato che il luogo più adatto per questa istruzione è la casa, e che il miglior insegnante è la donna educata e fine che, entrando nella dimora porta con sé competenza, cognizioni e pietà amorevole».<sup>122</sup>

1926 dai Fasci Femminili (nel 1928 anche la formazione di queste infermiere viene affidata alla CRI). Così ne parla Angiola Moretti, allora segretaria dei Fasci Femminili, al convegno internazionale di infermiere del 1928: «Al Regime occorreva diffondere tra le popolazioni operaie e rurali, più che dalla cattedre (sic), per mezzo della donna fascista, nozioni di igiene che potessero giovare allo sviluppo demografico della popolazione, all'incivilimento degli usi e dei costumi, ma soprattutto arginasse il flagello dovunque in aumento, della tubercolosi. Istituì pertanto nel 1926 Corsi per Infermiere Familiari Fasciste in tutte le province del regno, all'esatto scopo di formare una coscienza igienica femminile atta ad una solenne affermazione di nuovi principi nella famiglia e ad una propaganda intensiva fra tutti gli strati della popolazione, senza alcuna pretesa tuttavia di formazione professionale infermieristica». Angiola Moretti, *Formazione delle infermiere familiari fasciste e loro funzione nelle colonie, negli ambulatori e nelle altre istituzioni intese come prevenzione antitubercolare*, Roma, Tip. Del Littorio, 1928, p. 1. Sulle sottili differenze e le 'guerre di confine' tra assistenti sanitarie specializzate nell'assistenza all'infanzia e maestre vigilatrici si veda *Scuole professionali per assistenti sanitarie visitatrici d'igiene materna e infantile*, 19 gennaio 1928, ASCRI ASV NAPOLI 1925-50 N2 C830/9.

<sup>121</sup> Irene di Targiani Giunti, *Preparazione delle infermiere per la propaganda igienica*, in Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del primo congresso nazionale, Napoli 25-9 maggio 1922*, Menaglia, Roma, 1922, p. 5.

<sup>122</sup> Servizio delle 'infermiere visitatrici' *Discorso pronunciato all'inaugurazione delle 'Scuole per le infermiere visitatrici' in Roma il 17 marzo 1919 ed in Genova il 2 aprile 1919 da Mary Sewell Gardner Ispettrice generale delle infermiere della Commissione antitubercolare Croce Rossa Americana in Italia*, Roma, Tipografia Nazionale Bertero 1919, pp. 4-5.



Le parole rivolte da Mary Gardner alle prime allieve delle scuole di Genova e Roma nel 1919 sono particolarmente significative perché condensano la genesi ideale della figura dell'assistente sanitaria visitatrice e ne definiscono le caratteristiche peculiari. L'idea che sostiene la valorizzazione di questa specifica figura è, come spiega Gardner, quella secondo cui l'educazione igienica, per essere veramente efficace debba essere indirizzata direttamente al singolo individuo<sup>123</sup>. Da questa idea 'discendono', per così dire, i due elementi chiave, tra loro inscindibilmente connessi, che caratterizzano la figura dell'assistente sanitaria visitatrice e che ne dovrebbero fare un valido 'strumento' per la diffusione dell'educazione igienica: il fatto che essa sia una donna – o meglio, una donna 'educata' – e il fatto che svolga la propria opera educativa presso il 'focolare domestico'.

È in effetti proprio intorno all'idea che questa figura possa facilmente 'penetrare'<sup>124</sup> nelle case popolari che si costruisce la sua specificità. «La infermiera visitatrice di salute pubblica – scrive il dottor Vittorelli della Lega d'Igiene Sociale della Liguria – pur specializzandosi in varie attività (nella assistenza dei lattanti, nelle scuole, negli ambulatori, nei dispensari, nelle industrie) deve in ogni caso e sempre svolgere la sua opera più importante nelle case, dove deve saper entrare, facendosi accogliere con simpatia, diventando amica e consigliera delle famiglie»<sup>125</sup>. Fin dal diciannovesimo secolo la casa proletaria è individuata dagli igienisti come il focolaio, lo spazio di incubazione di tutti i mali della società. Il sogno di 'sanitarizzare' l'abitazione popolare è già da decenni al centro dell'«utopia igienista». L'enfasi sulla casa come spazio privilegiato dell'igiene non deve dunque stupire. Tuttavia ciò che rende la 'penetrazione' nella casa popolare un obiettivo fondamentale è anche altro. Entrare nell'«intimità» dell'abitazione significa avere l'opportunità di insinuare più 'efficacemente' nelle persone gli insegnamenti dell'igiene<sup>126</sup>. La casa, infatti, è concepita come lo spazio del 'privato', della soggettività, dell'individualità, ed è pertanto immaginata come lo scenario che meglio si presta a quell'«intimo» e 'personale' contatto<sup>127</sup> del quale c'è biso-

<sup>123</sup> Su questi temi mi permetto di rimandare a Olivia Fiorilli, *Intimate encounters: public health nursing and the hygienic disciplinment of conducts*, in «ICS, Working Papers», 8 (2014) consultabile in linea all'indirizzo [http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2014/wp2014\\_8.pdf](http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2014/wp2014_8.pdf), ultimo accesso settembre 2015.

<sup>124</sup> «Penetrare» – nelle famiglie, nelle case, tra le classi popolari etc. – è un verbo che ricorre con estrema frequenza in relazione al lavoro delle assistenti sanitarie visitatrici.

<sup>125</sup> Cit. in D'Ormea, *L'opera della donna*, cit., p. 22.

<sup>126</sup> «[...]l'azione dei dispensari antitubercolari è perfettamente sterile se accanto al medico non vi è una buona assistente, istruita, educata e fine che sappia effettuare quella efficace penetrazione nelle famiglie, che è la condizione sine qua non, nei riguardi specialmente dei bambini e delle madri, di una buona propaganda antitubercolare, ed igienica in generale», spiega la Signorina Giarri ne *L'assistente sanitaria nell'industria*, in «Bollettino dell'associazione nazionale tra infermiere», III, 29 (1921), p. 9.

<sup>127</sup> L'assistente sanitaria B. Guidetti, parlando del lavoro delle assistenti sanitarie in zona di bonifica, scrive «è a domicilio che veramente si completa l'opera dell'AS, e che essa assume il

gno perché l'educazione igienica della popolazione riesca efficace. D'altra parte è la stessa opera educativa delle assistenti sanitarie che – realizzando le proprie stesse premesse – deve contribuire a rendere la casa lo spazio dell'intimità, del privato, della soggettività. L'abitazione proletaria in cui le assistenti sanitarie sono chiamate a penetrare, come vedremo, deve infatti essere trasformata, secondo l'ideale della domesticità borghese, in uno spazio igienicamente impeccabile, abitato (esclusivamente) da una famiglia nucleare composta da individui produttivi e riproduttivi, le cui attività sono scandite da una rigida divisione sessuale del lavoro. È questo, infatti, il modello che emerge in controluce dagli insegnamenti che le assistenti sanitarie sono chiamate a impartire.

La scelta del contesto domestico come spazio elettivo dell'educazione igienica è la prima – ma non certo l'unica – ragione che rende le donne 'candidate ideali' per questo genere di 'penetrazione sociale' in virtù del loro presunto 'legame naturale' con la domesticità. Le assistenti sanitarie visitatrici sono chiamate, come vedremo meglio più avanti, a rivolgersi nella loro opera soprattutto alle donne, alle quali sono indirizzati gli insegnamenti di economia domestica e puericultura: anche per questo la loro femminilità è pensata come un elemento valorizzabile. D'altra parte, come scrive Vittorelli, per insegnare efficacemente l'igiene nelle case è necessario 'farsi accogliere con simpatia', e quindi suscitare confidenza più che timore o soggezione.

Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, la figura dell'assistente sanitaria emerge in un periodo in cui l'idea che un atteggiamento autoritario e repressivo in tema di igiene sia poco efficace ricorre con una certa frequenza nei testi di igienisti e medici interessati alla medicina sociale: «La vecchia tendenza secondo la quale l'igiene si sarebbe dovuta diffondere con la imposizione, con la minaccia di sanzioni punitive – sintetizza un anonimo redattore de «Il Policlinico» in un articolo dedicato alla *Psicologia dell'igiene* – va cedendo terreno alla tendenza della persuasione, la quale tenendo conto delle condizioni psicologiche di coloro che devono applicare le misure igieniche, sembra la più logica e quindi la più efficace [...] occorre comprendere gli interessi, occorre sopra tutto adattare i mezzi di propaganda alle persone alle quali è indirizzata, alle loro convinzioni, alle loro abitudini, alla loro istruzione. Procedendo con questi sistemi istruttivi e suggestivi senza urti, senza recriminazioni si creerà la coscienza igienica»<sup>128</sup>. Se l'imposizione legale delle norme igieniche, soprattutto di quelle che toccano le pratiche e le condotte più intime, è destinata a non avere successo, spiegano molti igienisti, anche le indicazioni e i consigli dati dagli stessi medici rischiano di essere accolti con diffidenza e risultare inefficaci. Scrive ad esempio il dottor Giovanni Selvaggi riguardo alla vigilanza

suo massimo valore, in quanto essa assume carattere più personale» B. Guidetti, *L'assistente sanitaria in zona di bonifica*, in «L'Infermiera Italiana», II, 3-4 (1936), p. 27.

<sup>128</sup> D.R. *Psicologia dell'igiene*, in «Il Policlinico», XXIX, 35 (1922), p. 1154.

medico-scolastica: «i suggerimenti del medico-scolastico per cure mediche e interventi chirurgici acquistano maggior valore persuasivo se portati ed illustrati dalla vigilatrice, venendo a cadere, di fronte ad una donna che sappia insinuare con un linguaggio familiare l'utilità di un provvedimento, la naturale diffidenza che molti spesso dimostrano verso il parere medico, non richiesto, e spesso interpretato come una arbitraria imposizione»<sup>129</sup>.

Se questo discorso vale per il medico scolastico, maggior valore ha – ad esempio – nel caso dell'alienista, il cui profilo autoritario è chiaro anche ai diretti interessati, e tanto più ai promotori dell'igiene mentale, come abbiamo visto. Scrive infatti il già citato D'Ormea:

La visitatrice dunque – o l'Assistente sanitaria, che dir si voglia – deve in questo campo essere la lunga mano dell'alienista [...]. Ben si comprende però, che se quest'opera deve essere bene accolta, senza diffidenze o timori, e riuscire veramente efficace, è necessario che essa appaia, come realmente è, il gesto spontaneo e affettuoso del vostro interessamento, e che l'opera dell'alienista che la guida rimanga appartata, quasi nascosta, e si limiti ad essere la ispiratrice piuttosto che l'autrice dell'azione. Quanto più volentieri infatti nelle famiglie – dove già fu un malato di mente, o dove l'intossicato non vuole lasciare il suo veleno, o il vizioso teme la pena piuttosto che attendere il conforto – sarà accolta la visita e la parola incitatrice di una buona mamma, che sa le vie della dolcezza; o della maestra, che già ebbe nella sua scuola l'infelice di oggi; o magari della levatrice, che nella stessa casa entrò in momenti di ansia e di gioia. Quanto meglio, e con quanta maggior confidenza, sarà accolta questa visita pietosa, di quella dell'alienista, che, per una serie di non ancora vinte diffidenze e superstizioni, può riuscire forse più temuta che gradita. Ecco perché è necessario che questo *compito di confidente* venga assunto, palesemente, non dall'alienista – che pure, ripeto, può e deve ispirarlo e guidarlo – ma dal filantropo, e dalla *Donna soprattutto, che nell'acquistarsi l'affetto e la fiducia dei beneficiati è maestra sempre. Della Donna che è l'emblema di quell'amore e di quella grazia, che il cristianesimo divinizzò nella figura soave della vergine madre*<sup>130</sup>.

In questo brano D'Ormea teorizza dunque un'azione sinergica tra alienista e assistente sanitaria di igiene mentale. Quest'ultima dovrebbe rappresentare il volto benevolo, persuasivo, dolce della medicina e al limite il *passé-partout* per garantire al medico l'accesso al 'suo' pubblico. Tanto secondo D'Ormea quanto secondo Selvaggi, come abbiamo visto, il soggetto più adatto a sostituire l'autorità, la 'freddezza', la distanza, che caratterizzano la figura del medico con un approccio più familiare, intimo, confidenziale, più adatto a vincere la diffidenza del pubblico e a guadagnarne la spontanea fiducia, è chiaramente e inequivoca-

<sup>129</sup> Giovanni Selvaggi, *Per la migliore esplicazione della vigilanza medico-scolastica*, in «Il Policlinico», XXXI, 21 (1924), pp.12-16.

<sup>130</sup> Ivi, pp. 24-5, corsivo mio.

bilmente una donna. È dunque in quanto presunte portatrici delle caratteristiche attribuite alla femminilità (borghese) dalla mentalità dell'epoca – attitudine educativa e moralizzante, ma soprattutto dolcezza, delicatezza, empatia, attenzione, capacità di ascolto e di cura, persuasività – che le donne 'educate' sono le migliori candidate a diffondere nel pubblico la «coscienza igienica».

È proprio sul terreno della messa a valore delle presunte doti della femminilità che le donne interessate ad assumere un ruolo nel nuovo panorama delle (bio)politiche di gestione del «capitale umano» della nazione giocano la propria candidatura di educatrici 'modello'. Esemplari, in questo senso, le parole dell'allora Segretaria dei Fasci Femminili, Angiola Moretti, al convegno internazionale tra infermiere del 1928:

Soltanto la donna può cercare, quando sia stata tecnicamente preparata, gli operai, i candidati alla tubercolosi da presentare all'esame del medico, e dei più perfetti mezzi diagnostici; può trovare nelle famiglie dei lavoratori i predisposti; *può ingiungere, con l'esempio, le regole esatte del vivere igienico, che fin d'ora sono state predicate con troppe parole; può correggere, confortare, frenare, incitare*; soltanto la donna! <sup>131</sup>

Se le 'caratteristiche naturali della femminilità' sono valorizzate e giocate dalle dirette interessate nel processo di costruzione del proprio ruolo all'interno dell'universo delle politiche di salute pubblica, le assistenti sanitarie si spingono oltre sviluppando un proprio discorso intorno agli elementi che le renderebbero efficaci 'strumenti' di 'penetrazione sociale', sicuri agenti di diffusione tra la popolazione 'diffidente e apatica' della tanto invocata 'coscienza igienica'. Dalle pagine di «Difesa Sociale», una rivista senz'altro profondamente interessata al tema dell'educazione igienica, dei suoi metodi, della sua efficacia, Maria Valenzano – che con il direttore della rivista, Ettore Levi, intrattiene un fitto dialogo che si dipana anche sulle pagine del «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale tra Infermiere» – espone in modo molto interessante alcune degli elementi che dovrebbero rendere la figura dell'assistente sanitaria visitatrice particolarmente adatta a rispondere alle esigenze avanzate dalla medicina sociale (non a caso l'autrice cita, come abbiamo visto, Giuseppe Tropeano e Alfonso Di Vestea<sup>132</sup>) e in particolare alla richiesta di metodi più efficaci di educazione igienica:

<sup>131</sup> Moretti, *Formazione delle infermiere fasciste*, cit., pp. 8-9.

<sup>132</sup> Alfonso Di Vestea (1854-1937), igienista, a lungo impegnato nello studio dell'etiopatogenesi della rabbia, è autore di *Principi d'igiene: manuale per le scuole mediche e magistrali indirizzato alla educazione igienica del popolo*, Torino, UTET, 1908. Su di lui si veda Marco Balducci, *Alfonso Di Vestea*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1990, vol. XL.

L'infermiera sociale è appunto nelle condizioni psicologiche più propizie per tale educazione individuale; essa dà il suo insegnamento a chi vi è direttamente interessato ed è quindi certa di essere ascoltata; il che non è sempre anche del migliore conferenziere. Il conferenziere parla a un pubblico di cui una parte è distratto, una parte non capisce, una parte ascolta con passivo interesse. Ben diversamente l'infermiera; essa parla ad un malato, ad una famiglia che l'ascoltano con l'animo teso. Qui darà un insegnamento che sarà seguito, un opuscolo che sarà letto e fatto leggere. Entrando da amica nella casa del malato può essere la migliore propagandista; 'la parola che segue all'azione è la sola che colpisce' (Miss Nightingale), la parola che supera in valore dimostrativo e persuasivo le conferenze, gli opuscoli, le cinematografie. [...] <sup>133</sup>.

In questo testo Valenzano elenca una serie di concetti chiave che si incontrano con estrema frequenza nei testi prodotti *sulle* assistenti sanitarie ma soprattutto *da* queste ultime – articoli, opuscoli, interventi scritti in occasione di convegni, relazioni <sup>134</sup> – sul proprio lavoro e sulle peculiari forme dell'educazione igienica da esse praticata. L'assistente sanitaria visitatrice è una propagandista 'efficiente' nella misura in cui instaura un rapporto diretto ma soprattutto individuale/individualizzato con le persone che deve educare. Perché i suoi insegnamenti siano seguiti, deve entrare 'da amica' nelle case dei suoi assistiti. Il tipo di 'educazione igienica' da essa praticato è più 'efficace' perché non è basato esclusivamente sulla parola, ma è in primo luogo pratico.

Sarà ora il caso di analizzare da vicino questi concetti. Come abbiamo visto è bene che l'igiene sia insegnata individualmente. Ma, aggiungono molte assistenti sanitarie parlando del proprio lavoro, è bene che questo insegnamento sia anche in certa misura individualizzato: «S'intende che ogni

<sup>133</sup> Valenzano, *La funzione educativa dell'infermiera sociale*, cit., p. 159.

<sup>134</sup> Si tratta di opuscoli o manuali, di interventi a convegni medici o infermieristici e di relazioni del proprio lavoro redatte da assistenti sanitarie e sottoposte ai comitati della Croce Rossa Italiana, presso il cui archivio sono attualmente conservate, e di articoli pubblicati su riviste come il «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», che inizia le sue pubblicazioni nel 1919, anno di fondazione dell'associazione e le interrompe nel 1924 e su «L'Infermiera Italiana», pubblicazione del Sindacato fascista delle infermiere diplomate, nato dopo lo scioglimento forzato dell'ANITI nel 1933. Sebbene questa rivista inizi le pubblicazioni nel 1935, quindi in un periodo leggermente posteriore rispetto a quello coperto da questa ricerca, si è deciso di prenderla in considerazione per via del particolare interesse che essa riveste: molto più del suo antecedente, il «Bollettino» dell'ANITI, «L'infermiera Italiana» consacra grande spazio ad articoli che potremmo definire 'tecnica infermieristica' scritti da infermiere e rivolti alle proprie colleghe. In questo senso «L'infermiera Italiana» offre spunti di riflessione particolarmente interessanti per l'analisi che stiamo conducendo. Non sembra inoltre di poter notare particolari discontinuità, almeno dal punto di vista degli argomenti che stiamo affrontando in questo paragrafo, tra i testi prodotti dalle assistenti sanitarie negli anni '20 e quelli prodotti nel decennio seguente.

programma (di igiene materna e infantile n.d.a.), pure essendo applicabile in modo generale a tutti I bambini e a tutte le madri, va adattato in modo particolare a ogni bambino e a ogni madre, e che a ogni visita è necessario insistere più su un dato punto, che su un altro»<sup>135</sup>, scrive ad esempio Federica Pittini su «L'infermiera Italiana», la pubblicazione del Sindacato Fascista Infermiere Diplomate<sup>136</sup>. È per questo che l'assistente sanitaria «deve [...] saper adattarsi – scrivono Mary Gardner e Ginevra Terni de Gregory in un opuscolo dell'ANITI – perché si troverà a contatto con le persone più diverse per condizione sociale e per educazione. In ogni famiglia, in ogni casa, potrà imparare qualcosa, che le sarà utile nel suo lavoro in avvenire»<sup>137</sup>.

Oltre ad essere in grado di adattare i propri insegnamenti alle particolari condizioni che incontra nell'interazione con le persone, l'assistente sanitaria deve saper sfruttare a proprio favore le circostanze specifiche che le si presentano per rendere più incisivo il proprio messaggio. Spiega il prof. Carlo Galassi alle assistenti sanitarie riunite in congresso a Milano nel 1927: «[...] mentre a chi sa, pare facile insegnare norme d'igiene, per chi non sa è difficile apprenderle. [...] In una pratica così strettamente personale, quale l'igiene è [...] necessaria una presa di contatto diretto di persona pratica con le diverse contingenze della vita quotidiana del malato e della famiglia. Perciò l'unico insegnamento veramente efficace, quello che resta impresso nella mente e più ancora nelle abitudini, si può fare soltanto con visite domiciliari ripetute, traendo argomento dai mille piccoli o grandi problemi sollevati ogni giorno dall'assistenza al malato». Ad esempio lo stato di vulnerabilità generato dalla malattia può essere messo a valore per rendere più efficace la trasmissione di norme igieniche e condotte. In questo senso anche la cura dei malati in senso stretto è «un'occasione favorevolissima per fare contrarre abitudini igieniche alla famiglia intera e spesso anche ai vicini»<sup>138</sup>.

Se l'assistente sanitaria visitatrice deve costruire la propria azione a partire dalle situazioni specifiche che incontra, è necessario che essa si dedichi *in primis* alla loro analisi. Una delle raccomandazioni che si incontrano più

<sup>135</sup> Federica Pittini, *Ciò che pensa – ciò che si propone, – ciò a cui aspira l'infermiera- registrazione delle visite domiciliari*, in «L'infermiera Italiana», I, 6 (1935), p. 18.

<sup>136</sup> In un altro articolo contenuto nella stessa serie (*Ciò che pensa – ciò che si propone – ciò a cui aspira l'infermiera*) e questa volta dedicato a *L'assistente sanitaria visitatrice nella lotta contro le malattie veneree, considerata come parte di un lavoro generalizzato*, Pittini scrive «È inutile dire che ci vuole un tatto infinito; si può dire che ogni individuo va trattato in modo diverso», in «L'Infermiera Italiana», II, 1-2 (1936), p. 12.

<sup>137</sup> Mary Gardner R. N., Ginevra Terni de Gregory, *L'assistente sanitaria (infermiera visitatrice)*, senza data (II edizione), Archivio Ipas, misc. Assistenza Infermiera I-11.

<sup>138</sup> Carlo Galassi, *L'assistente sanitaria nei dispensari antitubercolari: relazione al convegno nazionale delle assistenti sanitarie, (Federazione nazionale italiana per la lotta contro la tubercolosi: II congresso, Milano 23-26 ottobre 1927)*, Roma, Tip. Della Camera dei Deputati, C. Colombo, 1927, pp. 8-9.



frequentemente in manuali e articoli è quella di iniziare la propria opera in una casa dallo studio della situazione nella quale si trova chi la abita, raccogliendo il maggior numero di informazioni possibile senza fare domande dirette che possano mettere a disagio o rendere diffidenti le persone e analizzando la 'psicologia' dei suoi abitanti. La visitatrice, spiega Teresa Biondi al quarto Convegno dell'Associazione Italiana per l'Igiene nel 1926 «deve studiare l'ambiente, la psicologia dei componenti la famiglia, ma più specialmente quella della madre, perché alla donna di casa la Vigilatrice deve maggiormente dirigersi, dalla donna infatti dipende, in massima, il buon andamento della famiglia, e la salute dei suoi componenti. Bisogna in primo luogo saper ascoltare, bisogna far parlare questa donna per poter scegliere, volta a volta e caso per caso, il miglior modo per arrivare al cuore»<sup>139</sup>. L'indagine preliminare, dunque, deve servire a definire non solo gli obiettivi dell'intervento, ma anche la migliore 'tattica' da adottare.

Inoltre la particolarità dell'educazione igienica impartita dalle assistenti sanitarie visitatrici consiste nel fatto di basarsi soprattutto sull'esempio pratico. Nell'ambito del dibattito sui modi per garantire una maggiore diffusione della 'coscienza igienica' tra la popolazione che, come si è già detto, è in corso in questi anni, da più parti si levano voci che sottolineano la scarsa efficacia di forme di educazione basate esclusivamente sulla teoria. Scrive ad esempio Renato Vivante in un testo dedicato a *L'igiene e il buon governo della scuola* pubblicato in una raccolta di *Conferenze di igiene scolastica*, edita dalla Società Italiana di Igiene «occorre che l'insegnamento dell'igiene perda il carattere strettamente teorico che ha avuto fino ad ora, e si espliciti, per quanto è possibile, in forma schiettamente pratica, adatta alla mentalità delle singole età, e tale da mantenere costantemente desto l'interessamento degli allievi»<sup>140</sup>.

L'idea che l'educazione sia più efficace quando accompagnata da dimostrazioni pratiche e più in generale dall'esempio è alla base del lavoro

<sup>139</sup> Teresa Biondi (maestra vigilatrice scolastica del Governatorato di Roma), *La maestra vigilatrice scolastica e l'importanza della sua opera nella profilassi della tubercolosi*, in *Atti del quarto congresso nazionale: Torino 10-19 giugno 1926*, a cura dell'Associazione Italiana per l'Igiene Roma, Menaglia, 1926, p. 174. In questo caso, come si intuisce dal titolo, l'autrice non parla delle assistenti sanitarie in senso stretto bensì di una figura ibrida, la maestra vigilatrice, appunto, che ha competenze molto simili a quelle dell'assistente sanitaria scolastica ad esclusione dell'assistenza ai malati in senso stretto. Non a caso l'intervento suscita alcune obiezioni tra gli igienisti presenti, che temono questa figura possa essere una copia incompleta dell'assistente sanitaria stessa (ivi, pp. 180 e sgg). Per questa ragione si è scelto di prendere comunque in considerazione il testo per questo paragrafo.

<sup>140</sup> Gli fanno eco le parole di Achille Sclavo, direttore della Società, nel suo *Per la propaganda igienica, scuola ed igiene*, Roma, Paravia, 1924, p. IX. Sulla riflessione di Sclavo in merito all'igiene nella scuola si veda Giambattista Bufalino, *La cura igienica nel pensiero e nell'opera educativa di Achille Sclavo*, in «Medicina&Storia», X, 19/20 (2010), pp 77-99.

delle assistenti sanitarie visitatrici ed è continuamente ripetuta nei manuali, negli opuscoli, negli articoli a loro dedicati. «Bisogna fare così colla povera gente ignorante. Certe prediche non valgono un rapido e deciso esempio»: così Elisa Majer Rizzioli, allora ispettrice dei Fasci Femminili e autrice nel 1926 di *Come un romanzo... linee di studio e pratica per l'infermiera del littorio* 'illustra' quello che le *nurses* statunitensi chiamano *demonstration method*<sup>141</sup>. Per far imprimere nelle menti di persone che si *suppongono* incapaci di comprendere spiegazioni troppo complesse le pratiche e le condotte corporee che garantiscono una 'vita sana' è necessario, sostengono le assistenti sanitarie, darne una dimostrazione in modo semplice e familiare, cercando di cogliere l'occasione favorevole per farlo.

Ma il modo migliore per persuadere le persone ad assumere le condotte propagandate dalle infermiere, ad 'abbandonare i pregiudizi', come scrive il dottor Selvaggi, è quello di non presentarsi come un figura autoritaria, distante, bensì come un'amica, una consigliera, sinceramente interessata alle sorti delle persone che assiste. E le assistenti sanitarie che scrivono del proprio lavoro, o danno consigli alle proprie colleghe, dimostrano di aver pienamente interiorizzato questa idea. La già citata Federica Pittini, sulle pagine di «L'infermiera Italiana», consiglia di non trascurare la compilazione delle schede individuali sui casi seguiti per poter ricordare tutte le informazioni raccolte e dare alle donne assistite l'impressione di essere una persona 'di casa' catturandone la fiducia: «la madre che nella visita precedente ha parlato con l'ASV amichevolmente, si aspetta che questa si ricordi di lei e dei casi suoi, come si ricorda di un'amica o una buona conoscente. Essa non sa e non considera che l'ASV ha visitato nel frattempo un numero considerevole di famiglie, e l'ASV ripetendo le domande già fatte mostra oblio, disinteresse, indifferenza verso di lei che ne rimane delusa. Il sentimento d'amicizia e di confidenza stabilito alla prima visita, si raffredda e si disperde [...] la madre, vedendo che l'ASV [con l'ausilio di una scheda ben compilata N.d.A.] ricorda ogni particolare di quanto riguarda il suo bambino, o suo marito, o lei stessa, esclama soddisfatta 'La Signorina si ricorda di tutto!' e ne è fiera e si sente importante agli occhi della ASV ed è perciò più disposta ad ascoltarla»<sup>142</sup>.

Stabilire un rapporto di fiducia con le persone assistite può naturalmente anche essere un ottimo modo per raccogliere informazioni. La direttrice della Scuola assistenti sanitarie del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo in una relazione morale sulle attività dell'istituzione datata 1926, sottolinea con orgoglio che «nell'approdare i vari casi nostra prima preoccupazione è sempre stata stabilire anzitutto rapporti amichevoli di

<sup>141</sup> Tomes, *The gospel of the germs*, cit., p. 187.

<sup>142</sup> Pittini, *Ciò che pensa, ciò che si propone*, cit., p. 19.

reciproca comprensione, prima di sollecitare informazioni dettagliate sulla famiglia. Seguendo questa tattica abbiamo trovato che con l'andar del tempo ci vengono spontaneamente affidati i vari particolari anche non richiesti e possiamo asserire che dovunque siamo state sempre accolte con viso lieto e animo sereno»<sup>143</sup>. Come mostrano le parole di questa relazione è ben chiaro alle dirette interessate che l'assunzione di un atteggiamento amichevole e confidenziale è una 'tattica' che consente da una parte di guadagnare la fiducia del pubblico e di vincerne la diffidenza, dall'altra di stimolarne la *partecipazione attiva* nell'opera di ottimizzazione delle proprie risorse biologiche. L'assistente sanitaria ideale deve infatti dimostrare abilità «nel sollecitare l'interesse e la attiva collaborazione del malato e dei famigliari»<sup>144</sup>. L'educazione igienica mira infatti in ultima istanza a fare *interiorizzare* le moderne condotte corporee e a farle diventare in qualche modo degli *automatismi*. Per questo l'educazione dei bambini è quella più promettente, come spiega un'assistente sanitaria visitatrice attiva a Laverno: «solleticando il loro amor proprio, dimostrando praticamente le ragioni di ogni insegnamento, in poco tempo tutte queste novità introdotte nella loro vita, faranno parte della vita stessa e le loro cognizioni verranno naturalmente trasmesse ai loro discendenti. E questi allora saranno gli operai, che senza fatica, indosseranno i grembiuli, le cuffie, la maschera, senza meritarsi multa alcuna, che si laveranno le mani, prima e dopo i pasti, e che soprattutto abbandoneranno i pregiudizi non fidandosi più dei profani. [...]»<sup>145</sup>.

È infatti fondamentale che sia il soggetto ad adottare spontaneamente le condotte igieniche funzionali all'ottimizzazione della propria salute o di quella della propria famiglia: questo l'idea che deve guidare il lavoro delle assistenti sanitarie visitatrici. Qualora una persona non abbia interiorizzato le norme igieniche insegnategli, essa è destinata a disattenderle o ad applicarle male. È per questo che l'imposizione autoritaria<sup>146</sup> o il divieto assoluto

<sup>143</sup> Gennaio-Dicembre 1926, *Relazione morale dell'attività della scuola assistenti sanitarie del consorzio provinciale antitubercolare di Palermo*, in ASCRI, ASV M1 C82211.

<sup>144</sup> Galassi, *L'assistente sanitaria*, cit., p. 10.

<sup>145</sup> P.C.R., *Conversazioni popolari di igiene sociale Laverno 27.IX a 11 X 1925*, p. 3 in ASV MILANO 1916-1940 M2 ASV C830/2.

<sup>146</sup> Anzi, come abbiamo visto nel testo del dottor Selvaggi, l'assistente sanitaria deve farsi all'occasione strumento di mediazione tra i provvedimenti coercitivi o semplicemente autoritari presi dalle autorità sanitarie e i loro destinatari. In questo senso è forse possibile rivedere le affermazioni di Luc Boltanski secondo il quale, al contrario, le forme di trasmissione alle 'classi popolari' delle norme di igiene, e in particolare quelle legate alla puericoltura, sarebbero state fino agli anni '60 del '900 autoritarie, moraleggianti, imperative (Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, La Haye Mouton, 1969, p. 45). Tale assunto, basato sull'analisi dei manuali di puericoltura di questo periodo nei quali le regole igieniche vengono trasmesse non come dei consigli bensì come degli ordini, non vale infatti per la particolare forma di educazione igienica di cui sono incaricate le assistenti sanitarie.

devono essere banditi dalla pratica quotidiana dell'assistente sanitaria. Ma anche il ricorso al giudizio morale<sup>147</sup> o al rimprovero è sconsigliato nella pratica dell'educazione igienica, perché si presta a suscitare le resistenze del soggetto. Non così tutte quelle strategie che mirano a fare dell'acquisizione di comportamenti 'igienicamente corretti' una scelta del soggetto stesso. Interessante a questo proposito il suggerimento offerto alle visitatrici fasciste di Padova nel corso organizzato dalla Federazione Provinciale dei Fasci Femminili per contrastare il ricorso all'aborto clandestino. Pur sostenendo che «può riuscire di grandissimo aiuto la propaganda religiosa e l'assistenza morale e materiale», il relatore della lezione di ostetricia e ginecologia suggerisce il ricorso ad argomentazioni meno cariche di giudizio morale: «uno degli argomenti da portare nella propaganda contro l'aborto provocato deve essere quello dei gravi pericoli a cui viene spesso esposta la vita della donna per queste operazioni che vengono eseguite clandestinamente e di solito con mezzi impropri ed in ambienti inadatti»<sup>148</sup>.

Particolarmente interessante anche la lezione di 'tattica' proposta alle proprie colleghe sotto forma di racconto istruttivo da Rosanna Fambri, direttrice di «L'infermiera Italiana» e responsabile del Sindacato Fascista Infermiere Diplomate, nella rubrica *La paginetta rosa dell'allieva infermiera*. L'obiettivo dell'assistente sanitaria protagonista dell'episodio è quello di far trasferire un malato di tubercolosi in una stanza più appartata in modo da impedire il contagio del resto della famiglia. La conversazione viene avviata in occasione di una lezione – apparentemente improvvisata – sulle tecniche di pulizia degli ambienti.

Mi scusi, signora, e non mi tratti da mettibocca! – spiega l'assistente sanitaria protagonista del racconto alla moglie del paziente – Ma non sarebbe proprio più semplice passare il malato in una camerina senza tanti impicci, dove potesse dormir solo, senza paura di risvegliar, con la tosse anche i bambini piccoli? [...] Per ingenua che sia la donna essa *ha capito*. Ha capito che voi volete preservare lei e i bambini da un contagio che li minaccia. Forse ha capito anche il malato, ma mentre un invito diretto, un rimprovero, una dimostrazione di schifiltosa paura lo troverebbe ribelle e mal disposto, l'insinuazione cauta dell'Assistente Sanitaria raramente lo offende. Ciò nonostante bisogna prevedere una sua temporanea ribellione: 'Crede forse che non capisca che lei vuole allontanare da me

<sup>147</sup> «Nelle malattie veneree giusto o no, non spetta a me dirlo, è coinvolto un sentimento di colpa, e perciò di vergogna. È questo che rende gli ammalati riluttanti a confessare la loro malattia. Per sollecitare la loro confidenza, l'A.S.V. deve essere assolutamente impersonale, non deve cioè, rivelare nella sua attitudine alcun biasimo, evitando tuttavia di cadere nell'estremo opposto: l'eccessiva indulgenza», Pittini, *L'assistente sanitaria visitatrice nella lotta contro le malattie veneree*, cit., p 12.

<sup>148</sup> *Nozioni per visitatrici fasciste*, a cura di Scimone, cit.

i bambini, perché non prendano la malattia?'. Ed è allora che con ferma bontà l'Assistente Sanitaria può rispondere: 'E supponiamo che io volessi arrivare a questo! Che ci sarebbe di male? [...] È raro che l'egoismo del malato sia così formidabile da reggere ad un appello rivolto al cuore del padre. Quasi sempre il tasto: 'salute del bambino' suona bene, suona giusto, e vi permette di prender le mosse per tutto un insieme di norme di igiene che voi dovete *non imporre*, ma dolcemente e cautamente *insinuare*'<sup>149</sup>.

Come si può vedere dagli ultimi brani citati, ma anche da molti altri testi prodotti da assistenti sanitarie visitatrici, queste ultime, almeno quando discutono pubblicamente del proprio lavoro, mostrano di rispondere alle aspettative, per così dire, riposte in loro. Si mostrano consapevoli del fatto che ci si aspetta che educino igienicamente la popolazione attraverso la persuasione, mostrandosi sempre «pien(e) di tatto, pazient(i), tollerant(i)»<sup>150</sup>, che suscitino nel soggetto una «coscienza igienica», il desiderio di ottimizzare le proprie risorse biologiche e di amministrarle correttamente: a questa consapevolezza corrisponde, forse, la produzione di alcune di quelle che potremmo definire delle vere e proprie 'tecniche' atte a favorire l'interiorizzazione delle condotte igieniche da parte dell'individuo<sup>151</sup>. La maggior parte di queste prevedono una ricerca attiva di quelle che si immagina siano le leve che possono spingere i soggetti ad assumere le condotte ritenute più 'corrette', 'moderne', 'igieniche'. Queste 'leve', come abbiamo visto, possono essere le più varie: l'amore paterno', l'amor proprio', l'orgoglio, in alcuni casi anche la paura. Forse anche la stessa promessa di *felicità* che si accompagna, nel discorso prodotto dalle assistenti sanitarie visitatrici e più in generale nel discorso degli igienisti, non solo all'idea di ordine, pulizia e decoro, ma anche a quella di 'salute', intesa non solo come assenza di malattie 'riconoscibili' ma anche come possesso di un corpo 'abile', privo di anomalie, riproduttivo, in sintesi produttivo in termini biopolitici. Tali

<sup>149</sup> Il corsivo è nel testo. Rosanna Fambri, *La paginetta rosa dell'allieva infermiera*, in «L'infermiera Italiana», IV, 5-6 (1938), p. 2.

<sup>150</sup> Gardner, De Gregory, *L'assistente sanitaria*, cit., p. 8.

<sup>151</sup> D'altra parte alcune scuole per assistenti sanitarie prevedono tra le materie di insegnamento la 'psicologia popolare'. Nel *Programma di insegnamento per una nuova scuola professionale per la preparazione delle assistenti sanitarie*, cit., p. 3, sono previsti «metodi speciali per mettersi in relazione cogli infermi e con le famiglie guadagnandone la fiducia [...] pedagogia elementare e metodi di istruzione alle famiglie degli strati sociali meno istruiti – metodi di trattare le persone deboli di mente – igiene mentale». Nel programma ministeriale per le Scuole per assistenti sanitarie, tra le materie introduttive sono previste «nozioni di psicologia sociale e popolare necessaria per svolgere l'opera con utilità e fiducia specialmente presso le masse popolari», *Programmi di insegnamento e di esame per le scuole convitto professionali per infermiere e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, approvati con decreto ministeriale 30 settembre 1938*, Napoli, E. Pietrocola, 1938.

concetti sono infatti collocati nei discorsi e nella pratica delle assistenti sanitarie visitatrici all'interno di una particolare 'economia affettiva' che li associa una prospettiva di successo e realizzazione e ne fa degli elementi desiderabili *a priori*<sup>152</sup>. Per contro disordine, sporcizia, non riproducibilità sono associate all'infelicità e al fallimento esistenziale ed economico<sup>153</sup>. In questa prospettiva la renitenza all'ordine, alla pulizia, al decoro, all'imperativo della produttività così come la resistenza alle cure o l'autonomia nelle scelte terapeutiche sono squalificate *in primis* attraverso la loro iscrizione in un'economia del fallimento e dell'infelicità.

Caratteristica fondamentale di quelle che possiamo definire le tecniche sviluppate dalle assistenti sanitarie visitatrici per favorire l'interiorizzazione spontanea delle condotte igienicamente raccomandabili da parte dei soggetti è il fatto di «agire nella dinamica del reale» per cercare di neutralizzare le condotte e le pratiche indesiderate. Si tratta di una caratteristica che riguarda in generale il lavoro delle assistenti sanitarie, che come abbiamo visto dovrebbero confrontarsi con le situazioni concrete per trovare soluzioni 'ad hoc' per ogni singolo caso, individuare l'attitudine 'adatta' per 'insinuare' la condotta desiderata in ciascuna persona. È proprio questo, come abbiamo visto, uno dei punti di forza attribuiti all'opera di educazione igienica svolta da queste particolari infermiere: il fatto di non essere astratta, ma calata, 'dentro l'elemento della realtà'<sup>154</sup>. Il modo in cui funziona la particolare forma di educazione igienica che dovrebbe essere messa in atto dalle assistenti sanitarie visitatrici ha una forte risonanza con quello che Michel Foucault definisce 'il meccanismo di sicurezza' che è alla base della tecnologia biopolitica di governo della popolazione. Questo meccanismo «funziona sulla base di tale realtà, si appoggia su di essa e cerca di far giocare tra loro gli elementi che la compongono. [...] La sicurezza, senza vietare o prescrivere, dotandosi eventualmente di qualche strumento di interdizione o di prescrizione, ha la funzione essenziale di rispondere a una realtà in maniera tale da annullarla o limitarla o frenarla o regolarla»<sup>155</sup> o incentivarla, potremmo aggiungere noi. Possiamo infatti a questo punto affermare che l'assistente sanitaria visitatrice è concepita come campione di un particolare tipo di educazione igienica che non funziona primariamente nella forma dell'interdizione, del divieto, della repressione bensì in quella della produzione – del desiderio di condurre una vita 'sana', dell'interiorizzazione delle

<sup>152</sup> Sara Ahmed, *Happy objects*, in *The affect theory reader*, a cura di Melissa Gregg, Gregory J. Seigworth, Durham, Duke university press books, 2010, pp. 29-51.

<sup>153</sup> Rizzioli, *Quasi un romanzo*, cit., p. 126.

<sup>154</sup> Michel Foucault, *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Milano, Feltrinelli 2004, p. 47.

<sup>155</sup> *Ivi*.



condotte atte ad ottimizzare le proprie risorse biologiche – attraverso la persuasione. Questa figura segnala il fatto che già negli anni '20 si assiste all'emergenza di specifiche tecnologie di regolazione delle risorse biologiche della popolazione che si affermeranno compiutamente solo nei decenni seguenti la seconda guerra mondiale: la responsabilizzazione dell'individuo nel governo della propria salute, l'affermazione di un modello 'positivo', 'produttivo' e non repressivo di regolazione delle condotte individuali, infine, l'abbandono dei metodi autoritari nella promozione delle regole del 'buon vivere'<sup>156</sup>.

Questa figura sembra infatti pienamente inserita in quel panorama di nuove istituzioni, saperi e pratiche biopolitiche che, come abbiamo visto al principio di questo capitolo, caratterizza i decenni seguenti la fine della Grande Guerra. Il suo compito, l'induzione in ciascuno e in tutti di una «coscienza igienica» in vista della prevenzione delle malattie e più in generale dell'ottimizzazione delle risorse biologiche della nazione, risponde infatti ad un obiettivo centrale di quella che Foucault definisce tecnologia biopolitica, ossia il governo e la regolazione della 'vita stessa', l'accrescimento ordinato e regolare delle funzioni vitali della popolazione. Ma ad essere 'pienamente biopolitica' è anche la particolare *modalità* dell'educazione igienica che si suppone esse praticino: ossia un'educazione che è primariamente 'positiva', produttiva e non repressiva, che agisce 'nella realtà' anziché operare «in una sfera complementare [alla] realtà fatta di prescrizioni, obblighi e divieti tanto più artificiali e rigorosi quanto più la realtà è dura da vincere»<sup>157</sup>. Potremmo affermare che compito precipuo delle assistenti sanitarie visitatrici è quello di rendere, o quanto meno di far apparire 'consigliato e sconsigliato' quanto nel codice disciplinare dell'igiene rappresenta «l'obbligatorio e il vietato», per usare ancora le parole di Foucault.

A *dispetto*, però, del carattere 'flessibile' che come abbiamo fin qui potuto constatare, deve assumere la particolare forma di educazione igienica perseguita dalle assistenti sanitarie visitatrici, i contenuti del loro insegnamento hanno, per lo più, come si vedrà nel prossimo paragrafo, l'aspetto 'rigido' di una vera e propria tecnica disciplinare. L'igiene insegnata dalle assistenti sanitarie attraverso la persuasione è infatti costituita da un in-

<sup>156</sup> Luc Berlivet, *Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention*, in *Le gouvernement des corps*, a cura di Didier Fassin, Dominique Memmi, 2004, Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 37-75; Luc Berlivet, *De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. La santé publique face aux accusations de moralisme*, in *La santé dans tous ses états*, a cura di A. Garrigou, 2000, Paris, Atlantica, 243-270; Deborah Lupton, *The imperative of health. Public health and the regulated body*, London, Sage 1993; Pierangelo Di Vittorio, *Salute pubblica*, in *Lessico di biopolitica*, a cura di Renata Brandimarte et al, Roma, Manifestolibri, 2006, pp. 270-278.

<sup>157</sup> Foucault, *Sicurezza, territorio, popolazione*, cit., p. 47.

sieme di indicazioni minuziose che tendono a produrre un *dréssage* del corpo sul quale si appuntano, che ne vorrebbero organizzare i movimenti, l'interazione con l'ambiente e con gli altri corpi, che dovrebbero regolarne la distribuzione nello spazio e assegnarlo a precise collocazioni funzionali. L'apparente paradosso dell'opera delle assistenti sanitarie visitatrici risiede allora nel fatto che queste ultime sono chiamate a svolgere una *minuziosa opera di disciplinamento delle condotte*, delle pratiche e delle attitudini corporee, ma allo stesso tempo ad *instaurare un rapporto amichevole, personale* con gli individui a cui si rivolge la loro opera. Una delle caratteristiche dell'operato di quelle che sono state definite le istituzioni disciplinari – l'esercizio, l'ospedale, l'officina etc. – è il fatto che al loro interno la disciplina viene *imposta*, per di più in modo tendenzialmente impersonale e anonimo. Le assistenti sanitarie, devono invece rappresentare l'interfaccia familiare, personalizzata, amichevole di quella che, vedremo, è una vera e propria tecnologia disciplinare di gestione dei corpi: l'igiene.

## 5. Tra disciplinamento e biopolitica

Seguendo l'invito di Bashford e Hooker a pensare la biomedicina come 'cultura', possiamo guardare all'igiene come qualcosa di più di un mero insieme di conoscenze e pratiche finalizzate all'ottimizzazione della salute<sup>158</sup>. Essa è anche la matrice di nozioni di sporco/pulito, puro/inquinante, sano/malsano dense di forti connotazioni sociali, razziali e morali. Come la storiografia critica della medicina ha dimostrato, queste nozioni sono storicamente servite a classificare e gerarchizzare i corpi e sono state utilizzate come strumenti di governo della popolazione. L'igiene – sia in quanto tecnica di controllo della malattia e miglioramento della salute, sia in quanto dispositivo di governo dei corpi – può a buon titolo essere considerata un elemento fondamentale della tecnologia biopolitica di amministrazione della popolazione.

Diversi storici hanno messo in luce il modo in cui l'igiene è stata utilizzata nell'arena coloniale come strumento di assoggettamento, controllo, separazione e disciplinamento, nonché come posta in gioco della 'missione civilizzatrice', rappresentando di conseguenza un terreno di accesa resistenza<sup>159</sup>. D'altra

<sup>158</sup> *Contagion*, a cura di Bashford, Hooker, cit.

<sup>159</sup> «[...] the governance of colonial population through public health – notano Bashford e Hooker – was often racialised: that is, health governance often doubled as, and was inseparable from, racial governance [il governo della popolazione coloniale attraverso le misure di salute pubblica era spesso razzializzato: ossia, il governo della salute spesso raddoppiava il governo razziale]» *Contagion*, a cura di Bashford, Hooker, cit., p. 7. Si veda anche Alison Bashford, *Imperial hygiene: a critical history of colonialism, nationalism and public health*, New York, Palgrave Macmillan, 2004. Walter Bruchausen, *Practicing hygiene and*

parte l'igiene é anche uno strumento di governo della popolazione in contesto metropolitano. Alcuni storici hanno fatto notare il ruolo dell'igiene in generale e dell'educazione igienica in particolare, nell'opera di 'integrazione mentale' delle classi lavoratrici nella società e nell'economia capitalista<sup>160</sup>. Non a caso, come nota Ute Frevert, a partire dalla seconda metà del diciannovesimo secolo essa è stata più intensa nei confronti di quei settori della popolazione che erano lontani dai valori e dagli standard di vita della classe media perché «these people resisted the medical, clerical, and pedagogical appeals to become more efficient, more caring for the future, and more rational in terms of economic behavior [queste persone resistevano agli appelli medici, clericali e pedagogici a diventare più efficienti, interessate al futuro e razionali in termini di comportamento economico]»<sup>161</sup>. L'educazione igienica del proletariato è stata dunque, storicamente, anche una forma di educazione alla disciplina, alla domesticità, all'ordine, alla stabilità e in ultima istanza al lavoro, inteso nel senso ampio di lavoro salariato ma anche e soprattutto di lavoro riproduttivo<sup>162</sup>.

E in effetti, un'esplorazione anche sommaria dei testi prodotti da e per le assistenti sanitarie rende immediatamente perspicuo il fatto che ai/alle propri/e assistiti/e queste ultime propongono in primo luogo di diventare lavoratrici e lavoratori produttivi, efficienti e affidabili, dediti alla casa e alla famiglia e 'quindi' tendenti alla stabilità, previdenti e proiettati verso il futuro<sup>163</sup>. Alle donne poi, che come abbiamo già detto sono – insieme ai

*fighting the natives' disease': public and child health in German East Africa and Tanganyika territory (1900-1960)*, in «Dynamis», XXIII, 8 (2003), pp. 85-113; Hobba Abu Gideiri, *Colonizing Mother Egypt, domesticating Egyptian mothers*, in *Biomedicine as a contested site*, a cura di P. Bala, cit, pp. 9-27; Monnais, *Rejected or elected*, cit.; Warwick Anderson, *Excremental colonialism. Public health and the poetics of pollution*, in «Critical Inquiry», XXI, 3 (1995), pp. 640-669. Olivier Le Cour Grandmaison, *L'empire des hygiénistes, vivre aux colonies*, Paris, Fayard, 2014.

<sup>160</sup> Ute Frevert, *The civilizing tendency of hygiene: Working-class women under medical control in imperial Germany*, in *German women in the nineteenth century: A social history*, a cura di J.C. Foot, New York, Holmes & Meier, p. 321. A questo proposito offre degli spunti interessanti anche Bruno Ramirez, *Lotte operaie e strategie del capitale 1898-1905*, in Gisela Bock, Paolo Carpinano, Bruno Ramirez, *La formazione dell'operaio massa negli Usa, 1898-1922*, Milano, Feltrinelli, 1976, pp. 7-99.

<sup>161</sup> Ivi, p. 123.

<sup>162</sup> Sullo statuto del lavoro di riproduzione – biologica, sociale e affettiva – tradizionalmente svolto dalle donne e sul suo ruolo fondamentale nel capitalismo si vedano: Silvia Federici, *Il punto zero della rivoluzione, lavoro domestico, riproduzione e lotta femminista*, Verona, Ombre Corte, 2013; Mariarosa Dalla Costa, *Women and the subversion of the community*, Bristol, Falling Wall Press and a group of individuals from the Women's Liberation Movement in England and Italy, 1973; Sara Garbagnoli, Vincenza Perrilli, *Non si nasce donna: percorsi, testi e contesti del femminismo materialista in Francia*, Roma, Alegre, 2013.

<sup>163</sup> Nel discorso igienista la creazione di una casa ordinata, pulita, 'piacevole' è infatti finalizzata alla produzione di individui ordinati, amanti della domesticità, laboriosi. «Dove si sta bene a

bambini – il principale bersaglio dell'educazione igienica<sup>164</sup>, esse insegnano in primo luogo a identificarsi come interpreti efficienti e responsabili delle «complesse e delicate attività di massai[e]»<sup>165</sup> delle quali sono chiamate a farsi carico e ad incarnare il ruolo di riproduttrici che ci si aspetta da loro. L'educazione igienica può infatti essere pensata anche come un potente strumento di organizzazione e razionalizzazione della divisione sessuale del lavoro e di addestramento delle donne all'attività di riproduzione fisica e affettiva della popolazione che esse sono chiamate a svolgere. Prima ancora di essere una forma di standardizzazione<sup>166</sup> dei compiti tradizionalmente affidati alle donne, essa è infatti un dispositivo di 'assoggettamento'<sup>167</sup> di queste ultime al proprio ruolo di figure preposte alla cura dei corpi e della casa e all'ottimizzazione del benessere dei congiunti<sup>168</sup>. Tale

proprio agio – spiega la maestra vigilatrice scolastica di Roma Teresa Biondi -, dove il corpo riposa e lo spirito si adagia in un sereno godimento dei frutti del proprio lavoro, si desidera restare; e l'uomo una volta legato all'interesse della sua abitazione, allettato da una ambizione sempre crescente di abbellirla, è definitivamente allontanato dall'osteria. È la pace della famiglia, è il benessere subentrante alla miseria, e quindi tutto un regime di vita sana e tranquilla, perché le persone si elevano quando amano la propria casa», Biondi, *La maestra vigilatrice scolastica*, cit., p. 178. Non a caso l'idea che una casa pulita terrà gli uomini lontani dall'osteria e i bambini lontani dalla strada è leit motiv dei testi di e per le assistenti sanitarie visitatrici.

<sup>164</sup> Da notare, a questo proposito, che la prima forma di associazione tra igienisti proposta nel 1847 nel corso del Congresso degli scienziati italiani a Venezia voleva essere una Società igienica muliebre con il compito di «educare ed istruire le spose, le madri e le giovinette intorno alle varie fasi della vita della specie» da Carlo Zucchi, *Sull'origine, formazione ed ordinamento della società italiana d'igiene*, in «Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene», I, (1879), p. 114.

<sup>165</sup> Rina Pelaggio, *Nozioni di economia domestica*, in *Nozioni per visitatrici fasciste*, cit., p. 63.

<sup>166</sup> Per avere un'idea del modo in cui l'educazione igienica delle donne e la diffusione della 'puericultura scientifica' e la medicalizzazione della maternità operi come strumento di standardizzazione delle pratiche legate all'allevamento dei bambini si rimanda a Dixon Whitaker, *Measuring mamma's milk*, cit.

<sup>167</sup> Si usa qui tale termine nel duplice senso nel quale esso è inteso da Foucault, ossia nel senso di processo di produzione del soggetto e di sua sottomissione.

<sup>168</sup> In un interessantissimo saggio del 1990 dedicato al lavoro delle donne nella Roma dell'Ottocento, Margherita Pelaja offre alcuni spunti di riflessione che, sebbene riferiti al secolo precedente rispetto a quello trattato in questa ricerca, possono aiutare ad inquadrare meglio la 'funzione' dell'educazione igienica in relazione all'organizzazione del lavoro domestico e alla divisione sessuale del lavoro e il quadro sociale all'interno del quale essa si viene ad inserire. Le proletarie della Roma ottocentesca descritte da Pelaja non sono, infatti, per nulla corrispondenti all'immagine della donna di casa propagandata dal discorso igienista. Il lavoro domestico, nel quadro che la storica dipinge della Roma ottocentesca, non è accentrato nelle mani della donna/moglie/madre di famiglia: al contrario «[...] il lavoro domestico è vissuto [dalle donne che descrivono le proprie occupazioni N.d.A] come un lavoro vero e proprio, che non è stato interiorizzato come compito naturale, ovvio e implicito nella condizione coniugale. [...] Subaffitti, coabitazioni estemporanee, promiscuità, le condizioni abitative a Roma impediscono spesso di sviluppare il senso dell'interno e della domesticità: anche il problema del cibo è risolto di frequente con l'acquisto di qualcosa già pronto nell'osteria più vicina. Così non tutte le mogli hanno uno spazio

dispositivo trae la sua forza anche dal fatto che nel crogiolo del discorso igienista la costruzione del lavoro di cura e riproduzione come compito precipuo delle donne viene a fondersi con la promessa di salute e benessere, nonché, come abbiamo visto, di felicità. Inoltre la sovrapposizione tra femminilità e lavoro riproduttivo viene a essere associata alla 'modernità' e al 'progresso'. In questo senso la costruzione della cura e della riproduzione come un vero e proprio lavoro necessitante di apprendistato e *training* (ma rigorosamente non pagato) che è implicita nell'economia dell'educazione igienica, e la sua contemporanea rappresentazione come un'attività 'spontanea', 'naturale' delle donne – e quindi antitetica rispetto all'idea di lavoro/professione – sono in una contraddizione solo apparente. È proprio la retorica della modernizzazione, della razionalizzazione, dell'ottimizzazione di cui è imbevuto il discorso igienista che ha come effetto quello di rendere un dato di fatto e una premessa indiscutibile il legame tra donne e attività di cura. La naturalizzazione di questo legame è infatti una *conditio sine qua non* per un'effettiva trasformazione della casa proletaria in una fabbrica di individui sani e produttivi gestita da massaie/operaie efficienti e qualificate.

D'altra parte limitarsi ad analizzare il modello esistenziale proposto dalle assistenti sanitarie visitatrici attraverso i loro insegnamenti non rende pienamente giustizia degli altri modi in cui l'igiene 'funziona' e agisce. Come si è già accennato nel precedente paragrafo, infatti, l'educazione igienica opera come una vera e propria tecnologia disciplinare che tende a produrre un *dréssage* dei corpi a cui si indirizza<sup>169</sup>. Le norme igieniche insegnate dalle assistenti sanitarie tendono infatti a organizzare, disciplinare, standardizzare le attitudini e le condotte corporee, le 'operazioni del corpo'. Il modo di muoversi, stare seduti, dormire, mangiare, lavarsi e tutte quelle che con Marcel Mauss potremmo definire le 'tecniche del corpo'<sup>170</sup>, sono altrettanti terreni di intervento dell'igiene<sup>171</sup>. Tra i compiti previsti per le assistenti

domestico da gestire, un *ménage* da organizzare, e non tutte le ragazze imparano a farlo. Anche la diffusione del lavoro a domicilio rende spesso più conveniente, nella distribuzione quotidiana del tempo, assumere una serva – le 'donne di faccende' quasi sempre non residenti, molto impiegate anche nei ceti popolari – che fare le faccende domestiche». Margerita Pelaja, *Relazioni personali e vincoli di gruppo. Il lavoro delle donne nella Roma dell'Ottocento*, in «Memoria», IX, 30 (1990), p. 52. La realtà della Roma ottocentesca descritta da Pelaja è d'altronde simile a quella della Milano primonovecentesca descritta da Buttafuoco ne *Le Mariuccine*, cit.

<sup>169</sup> Per un'analisi più dettagliata di questo aspetto mi permetto di rimandare a Olivia Fiorilli, *Insegnare a vivere e bonificare la società. Assistenza infermieristica e discorso igienista nel primo dopoguerra*, in *Costruire una nazione. Politiche, discorsi, rappresentazioni che hanno fatto l'Italia*, a cura di S. Aru, V. Deplano, Verona, Ombre Corte 2013, pp. 107-124.

<sup>170</sup> Marcel Mauss, *Le techniques du corps*, in «Psychologie», XXXII, 3-4 (1936), pp. 365-386.

<sup>171</sup> Per chiarificare questa affermazione basterà gettare uno sguardo anche superficiale ai terreni sui quali l'igiene interviene: ad esempio l'assistente sanitaria «al ragazzo che ha debole la spina dorsale [l'assistente sanitaria] insegna gli esercizi ginnastici adatti a farlo

sanitarie visitatrici c'è quello di insegnare alle persone a svolgere nel modo più 'moderno' e 'razionale' le azioni più insignificanti e banali. Svolgere 'correttamente' le operazioni più modeste è viatico per una vita sana e felice: è questa la promessa che accompagna tale forma di disciplinamento<sup>172</sup>.

Ma la regolazione minuziosa delle condotte corporee cui l'igiene mira non si limita all'organizzazione della meccanica dei gesti, ma investe anche la loro tempistica. Essa tende a scandire non solo l'andamento della giornata ma anche i tempi delle singole attività: la durata del sonno, quella del bagnetto o ancora quella dell'esposizione al sole etc.<sup>173</sup>. Inoltre l'igiene insegnata dalle assistenti sanitarie tende in ultima istanza ad imprimere ai corpi un ritmo. E nella fattispecie un ritmo regolare e prevedibile. Ad esempio, la maggior preoccupazione delle assistenti sanitarie, e in particolare di quelle che si occupano di igiene infantile e puericoltura, è insegnare alle donne a nutrire i neonati ad intervalli regolari<sup>174</sup>. Punto centrale di un sistema igienicamente corretto di nutrizione, prima ancora di tutte le considerazioni riguardanti i vari tipi di allattamento, è la cadenza regolare delle poppate, che deve essere attentamente vigilata<sup>175</sup>. Quella che deve essere ad ogni costo evitata è una nutrizione

crescere vigoroso ed eretto sulla persona», spiega l'opuscolo dell'ANITI, *L'infermiera visitatrice (assistente di sanità)*, s.d., s.l., p. 5, o si renderà conto nelle classi «se tutti mantengono posizioni corrette nel loro banco», Ada Devescovi, *Il lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della scuola*, cit., p. 7. Quando poi si tratta di puericoltura, i livelli di prescrittività dell'igiene divengono ancora più meticolosi. Si veda Renato Pollitzer, *Come si alleva il bambino sano e come si assiste il malato: guida di puericoltura*, Roma, Pozzi, 1927.

<sup>172</sup> «Solo chi mangia razionalmente e con cura potrà digerire bene, potrà avere la vita serena e l'umore buono senza i tormenti dei dolori intestinali, degli imbarazzi e delle malattie conseguenti» spiega ad esempio Gianfranco Capuani nel suo manuale *Nozioni igienico-sanitarie per le assistenti sanitarie di colonia: corso di lezioni tenute nel maggio giugno 1934 a Novara*, Novara, E. Cattaneo, 1934, p. 38.

<sup>173</sup> Raccomanda ad esempio una vigilatrice di colonia: «Brevissimo il bagno al mare: magari ridotto ad una semplice immersione, ripetuta più volte durante la permanenza alla spiaggia, permanenza che dovrebbe avere per segnale d'arrivo e di partenza il sorgere e il tramontare del sole, escluse le ore dei pasti e un breve riposo durante l'ora della canicola. Dopo l'immersione i bimbi si spongono al sole, senza asciugarsi, adagiati sull'arena e protetti da un semplice cappello di tela a larghe tese», Belluschi, *La vigilatrice sanitaria*, cit., p. 5.

<sup>174</sup> «Fu necessaria l'assistenza a domicilio, per far opera di persuasione presso le madri, onde osservino l'orario delle poppate», si legge ad esempio nel resoconto dell'attività delle assistenti sanitarie visitatrici presso l'Aiuto materno di una clinica di Bologna: *Aiuto materno clinica pediatrica Gozzadini. Resoconto anno 1925-6*, ASCRI, ASV BOLOGNA 1921-68 N2 C830/1. «In alcune mamme ho potuto notare un progresso nella pratica del bagno, forse prima ignorata (una mamma teneva il bimbo nella tina per più di un'ora pensando fosse meglio più lungo era il bagno) e un miglioramento nell'osservanza dell'orario dei pasti», E. B., *Relazione del servizio di assistente sanitaria dell'aiuto materno (dal 1 gennaio 1922 al dicembre 1923)*, ASCRI, ASV, bologna 1921-48 M2 C830/1.

<sup>175</sup> Sul 'successo' dell'impresa di regolarizzazione e uniformazione delle forme di allattamento in Italia si rimanda ancora una volta a Whitaker Dixon, *Measuring Mamma's milk*, cit.



irregolare, disordinata, imprevedibile, scandita dalle necessità delle madri o dei bambini piuttosto che da un'organizzazione regolare e ordinata. All'autogestione dei tempi dell'allattamento e della nutrizione, si tenta di sostituire un'organizzazione rigida<sup>176</sup>: solo una volta che rigidità e disciplina 'fordista' si saranno pienamente affermate si potrà infine arrivare a promuovere flessibilità e libertà di scelta. Se la regolarità che l'igiene e la puericultura tentano di imprimere alle pratiche di nutrizione dei neonati implica, come scrive Boltanski, un'attitudine 'ascetica' ed una forte proiezione verso il futuro<sup>177</sup> da parte delle madri, essa veicola soprattutto una forma particolare di temporalità. Nella fattispecie la pratica della poppata ad intervalli regolari tende ad immergere i corpi in un tempo astratto e modulare, il cui ritmo è totalmente avulso dalle contingenze. Si potrebbe affermare, utilizzando ancora una volta le categorie di Thompson, che attraverso l'educazione igienica, e nella fattispecie attraverso la pratica della poppata ad intervalli regolari, si tenta di sostituire disciplina e regolarità ad un'esperienza del tempo *task oriented*<sup>178</sup>. Il 'ritmo' che l'igiene tende ad imprimere nei corpi – l'esempio delle pratiche di nutrizione dei neonati, sebbene paradigmatico, è solo uno tra i tanti possibili – sembra mirare a facilitare in questi ultimi quelle che Silvia Federici individua come le caratteristiche più funzionali all'organizzazione capitalistica del lavoro, vale a dire «regolarità, automatismo, meccanicità»<sup>179</sup>. «[...] L'instaurarsi della nuova disciplina del lavoro – scrivono Federici e Fortunati nell'introduzione de *Il grande Calibano* – ha richiesto come passaggio *preliminare* la determinazione sul terreno della riproduzione di un nuovo individuo sociale, forgiato sia attraverso la distruzione di quegli elementi precapitalistici che si presentavano antagonistici rispetto alla nuova disciplina, sia attraverso lo sviluppo di nuove capacità e attitudini»<sup>180</sup>. L'inclusione della popolazione nel ca-

<sup>176</sup> La logica della rigidità contrapposta ai bisogni immediati dei bambini è così riassunta da Pollitzer nel suo manuale di puericultura: «Esso [il bambino] deve imparare che con gli strilli non otterrà né una poppata fuori d'ora, né il succhietto, né di essere cullato, né di essere preso in braccio», Pollitzer, *La cura del bambino*, cit., p. 76. Nel resoconto dell'attività già citata delle assistenti sanitarie della clinica Gozzadini di Bologna si legge «Le signore del comitato hanno dato anche quest'anno le culle ai bisognosi, procurando così ai piccoli una comodità necessaria perché possano fare i loro sonni indisturbati e non siano esposti, dormendo con la madre, alla triste consuetudine di stare tutta la notte attaccati al petto materno con tanto svantaggio della salute di entrambi», *Aiuto materno clinica pediatrica Gozzadini*, cit.

<sup>177</sup> Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, cit., p. 113.

<sup>178</sup> Paradossalmente Thompson individua al contrario nel lavoro domestico e riproduttivo un sito di persistenza di un'esperienza del tempo pre-capitalista. Thompson, *Time, work discipline and industrial capitalism*, cit., p. 79.

<sup>179</sup> Silvia Federici, *Il grande Calibano: la lotta contro il corpo ribelle*, in Silvia Federici, Leopoldina Fortunati, *Il grande Calibano: storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitalismo*, Milano, Franco Angeli, 1984, p. 42.

<sup>180</sup> Federici, Fortunati, *Il grande Calibano*, cit., p. 11.

pitalismo industriale attraverso la coltivazione razionale di attitudini mentali e corporee compatibili con la disciplina del lavoro da esso richiesta e ad essa funzionali, è evidentemente un processo perennemente incompleto, protrattosi ben oltre la fase storica analizzata da Fortunati e Federici. L'esempio del disciplinamento temporale delle pratiche di nutrizione può pertanto suggerire che l'educazione igienica, un dispositivo fondamentale di organizzazione e governo del terreno della riproduzione fisica e sociale degli individui e della popolazione può essere letta anche – ma non solamente – come uno strumento di sollecitazione di tali attitudini<sup>181</sup>.

Ma l'igiene non mira solo a disciplinare gesti e condotte del corpo individuale, ma anche a regolare le interazioni tra i corpi. In fondo, come suggerisce David Armstrong, l'igiene personale è anche un dispositivo di sorveglianza dello 'spazio tra le persone' e di regolazione dei contatti tra queste<sup>182</sup>. Ad essere sotto lo sguardo attento delle assistenti sanitarie visitatrici sono pertanto i modi, i tempi e le forme dei contatti interpersonali. Se questo è particolarmente evidente quando ad essere in gioco è l'interazione tra adulti e bambini<sup>183</sup> – i modi e i tempi dei contatti tra madri (e adulti in genere) e neonati sono un sito di intenso scrutinio e disciplinamento nei manuali di puericultura e nella pratica delle assistenti sanitarie<sup>184</sup> – esso è nondimeno vero per tutti i contatti corporei (specie in presenza di malattie infettive) che possiamo ben dire, sono un terreno fondamentale di intervento dell'igiene. Non a caso la separazione e la ripartizione degli individui

<sup>181</sup> Sul rapporto tra welfare work, diffusione delle misure igieniche e delle nozioni di economia domestica e lavoro industriale offrono spunti interessanti i saggi di Gisela Bock, *L'altro movimento operaio negli Stati Uniti* e Bruno Ramirez, *Lotte operaie e strategie del capitale 1898-1905*, entrambi contenuti in Gisela Bock, Bruno Ramirez, Paolo Carpiagnano, *La formazione dell'operaio massa negli Stati Uniti, 1898-1922*, Milano Feltrinelli 1976.

<sup>182</sup> David Armstrong, *Public health spaces and the fabrication of identity*, in «Sociology», XXVII, 3 (1993), p. 403.

<sup>183</sup> «Nelle visite, ho rilevato lo stato di salute dei piccoli – l'ambiente in cui essi vivono, o contatti che possono avere con famigliari o vicini, malati di t.b.c. – l'anamnesi famigliare», *Resoconto del servizio prestato temporaneamente per la vigilanza ai bimbi del 'Calmette' 7 luglio - 7 novembre 1927*, ASCRI, ASV Bologna, 1921-68 N2 C830/1.

<sup>184</sup> Esempio tipico è la grande attenzione che le assistenti sanitarie pongono al controllo e alla regolamentazione del modo di organizzare la distribuzione dei bambini nei letti. Scrive ad esempio un'assistente sanitaria bolognese in relazione al servizio antitubercolare iniziato nel 1922: «rilevando in talune famiglie la scarsità di letti in confronto del numero delle persone al punto di obbligare a mo' d'esempio, la madre a tenere seco in letto il figlioletto accanto al padre contagioso o a fratelli pure malati, ho sottoposto lo stato delle cose al Direttore del Dispensario e già 4 letti con rete di ferro, sono stati dati dal Dispensario stesso a famiglie che ne erano necessitose», *Resoconto di servizio al dispensario antitubercolare di via frassinago n 4 bologna, ivi*. Sulla centralità della regolazione dei contatti e dei rapporti tra adulti e bambini nello sviluppo della biopolitica si veda Michel Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-75*, Milano, Feltrinelli 2004.

nello spazio è una priorità dell'educazione igienica, al punto che le domande «quante persone abitano nella stessa casa» e «quante dormono nello stesso letto?»<sup>185</sup> sono onnipresenti nelle inchieste famigliari condotte dalle assistenti sanitarie. Monitorare gli aggregati umani e sciogliere le 'pericolose promiscuità', separare gli individui e ripartirli 'razionalmente' nello spazio domestico dovrebbe essere<sup>186</sup> infatti uno degli obiettivi chiave del lavoro di queste ultime. Ma sebbene lo spazio domestico sia, come è ormai evidente, il sito di maggior controllo e scrutinio, le assistenti sanitarie, in tutte le *location* in cui operano, sono chiamate a ripartire gli individui secondo 'ubicazioni funzionali'<sup>187</sup>. Ad esempio nella scuola gli alunni dovrebbero essere distribuiti tra i banchi secondo le proprie attitudini e possibilità<sup>188</sup>, ma anche classificati e indirizzati in base alle proprie presunte necessità: «i bimbi deboli, denutriti, depauperati» verso la refezione scolastica, gli «anormali» verso «Scuole differenziali per anormali psichici recuperabili» o «ambulatori specializzati per i bambini difettosi degli organi dei sensi»<sup>189</sup>. Più in generale, le assistenti sanitarie visitatrici sono chiamate a 'smistare' i soggetti individuati come 'bisognosi di intervento ortopedico/correttivo' verso colonie, preventori, sanatori, scuole speciali, ospedali etc. In questo senso l'educazione igienica da esse praticata non solo contribuisce a organizzare i contatti tra gli individui e a distribuire nello spazio questi ultimi, ma funziona anche come un dispositivo di 'assoggettamento' che opera nella forma dell'interpellazione: a ciascuno la propria 'costituzione', la propria specifica 'esigenza', e – eventualmente – la propria soggettività<sup>190</sup>.

D'altra parte l'igiene tende ad operare come una tecnologia disciplinare non solo perché mira a operare un *dressage* dei corpi e a ripartirli e organiz-

<sup>185</sup> Nella scheda tipo che le assistenti rionali della CRI devono compilare alcune delle domande standard sono: «quante persone convivono nell'appartamento, quante dormono nella casa del malato, quante nello stesso letto», ASCRI, ASV assistenza ONMI, 1927/36.

<sup>186</sup> «Certo si è, che alla formula ideale e forse irraggiungibile, dagli igienisti, espressa dal detto: *Una casa per ogni famiglia, una camera per ogni persona*, cui purtroppo corrisponde assai spesso la realtà antitetica: *Un solo letto per tutta la famiglia*, dovrà sostituirsi una formula intermedia, per cui anche le famiglie più bisognose possano raggrupparsi intorno ad un focolare che ispiri ai fanciulli l'amore e il rispetto all'ambiente famigliare e non spinga gli uomini nella strada e all'osteria». Levi, *La medicina sociale*, cit., p. 14.

<sup>187</sup> Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 2002, p. 156.

<sup>188</sup> Devescovi, *Il lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della scuola*, cit., p. 7.

<sup>189</sup> De Bertoldis, *L'opera dell'Assistente Sanitaria Visitatrice nei suoi diversi campi di attività*, cit., p. 10.

<sup>190</sup> Pierangelo di Vittorio, *For your own good. Biopolitics told by J. C. Ballard*, JCOM, (1 marzo 2006), pp. 2-3. Didier Fassin, «La mise en scène et en mots du corps et de ses souffrances dans les discours des Remistes ou des demandeurs d'asile face aux autorités décideuses», in *Le Gouvernment des corps*, dirigé par Fassin et Memmi, Paris, éd. de l'Ehess, 2004, pp. 248-260.

zarli, ma anche perché mettendo in relazione la nozione di 'corpo normale' con la salute e *quindi* con la felicità, rafforza la 'norma somatica' rispetto alla quale le 'anomalie' devono essere misurate, ma anche e soprattutto organizzate, catalogate, gerarchizzate<sup>191</sup>. Le assistenti sanitarie visitatrici, attraverso la loro minuta opera educativa, hanno, tra le altre, anche la funzione di diffondere tra la popolazione – e soprattutto tra le donne e i bambini – le nozioni mediche riguardanti la 'norma somatica'. Particolarmente significativo in questo senso il resoconto di una delle attività delle assistenti sanitarie palermitane durante i corsi collettivi di igiene per bambini:

Abbiamo trovato che questa manovra, cioè 'il pesare periodicamente' [gli allievi] produce una reazione benefica anche nei rispettivi genitori i quali dimostravano di voler interessarsi del dovere che ad essi incombe di procurare che lo sviluppo organico della rispettiva prole si compia nelle migliori condizioni possibili ad ogni famiglia<sup>192</sup>.

Attraverso l'educazione igienica i soggetti vengono invitati a confrontarsi direttamente e in prima persona con la 'norma somatica' e a misurare gli scarti che da questa separano loro stessi e i propri congiunti ed a desiderare di apprendere le tecniche che permettano loro di colmare tali scarti, per poter ottenere una vita sana e felice o per garantirla ai propri familiari. Ma l'igiene non stabilisce solo come un corpo 'normale' debba apparire, ma anche cosa esso 'possa fare' e 'come'. L'insegnamento della fisiologia è uno degli obiettivi dell'educazione igienica impartita dalle assistenti sanitarie visitatrici. Queste ultime sono chiamate, attraverso la loro capillare opera di 'penetrazione sociale', a divulgare le nozioni sul 'normale funzionamento' del corpo che la scienza medica elabora, scalzando gli altri saperi concorrenti<sup>193</sup>. Ora, circoscrivendo, 'ritagliando' organi e apparati, significandoli e

<sup>191</sup> All'estremo di questo meccanismo troviamo la ripartizione degli individui in base alle differenti 'costituzioni' concettualizzate dall'endocrinologo Nicola Pende. L'influenza delle teorie di Pende si sente chiaramente nel programma del *Corso per infermiere visitatrici d'igiene materna ed infantile annesso al corso per assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana, sede di Roma anno 1928-9, programma svolto dal prof. Armando Ronchi in conformità al programma dell'Onmi*. Le allieve infermiere sono invitate ad imparare a conoscere «le malattie da costituzione, concetto di costituzione, l'organismo ortotipo, le deviazioni dal tipo normale, le malformazioni, la diatesi, i bambini timo linfatici, gli obesi, i magri, l'acondroplasia, l'idiozia mongoloide, la diatesi essudativa, la diatesi emorragica, (scorbuto infantile) il diabete insipido e il diabete mellito 15 il rachitismo (cause, natura, sintomi a carico del sangue, dei visceri, dello scheletro)», ASCRI, ASV Verbali votazioni 1924-1932 1° C822/1.

<sup>192</sup> *Relazione morale dell'attività della scuola assistenti sanitarie del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo, gennaio-dicembre 1926*, p. 5 ASCRI, ASV M1, C 82211.

<sup>193</sup> P.C.R., *Conversazioni popolari di igiene sociale, Laverno 1925*, p. 5; ASCRI, ASV Milano 1916-1940, M2 ASV C830/2.

conferendo loro un *telos* la fisiologia veicolata dall'igiene, tende ad operare in modo implicitamente normativo. Questo è particolarmente evidente ad esempio quando ci si soffermi a riflettere sul modo in cui la stessa individuazione e nominazione degli 'organi *genitali*' contribuisca ad individuare nella sessualità riproduttiva la loro unica 'funzione naturale'.

Tutta questa minuziosa regolamentazione delle attitudini, e delle pratiche corpore, delle condotte più intime, dei gesti più minuti che l'igiene insegnata dalle assistenti sanitarie tende a produrre, le conferisce il carattere di una vera e propria *tecnica disciplinare*<sup>194</sup>. D'altra parte queste forme microfisiche di governo del corpo individuale hanno come obiettivo l'ottimizzazione delle funzioni vitali della popolazione nel suo complesso: natalità, morbidity, mortalità, etc. Le assistenti sanitarie visitatrici devono insegnare a ciascuno e a tutti 'come si deve vivere' perché questo garantirà la tanto agognata 'bonifica della società umana'<sup>195</sup> e la 'difesa della vita'<sup>196</sup>. Più in generale, tali forme minute di disciplinamento dovrebbero in ultima istanza *standardizzare, omogeneizzare* e, in buona sostanza, rendere più *prevedibili* le condotte e pratiche corporee dei soggetti, rendendo in questo modo più agevole il *management* del corpo sociale, oltre che suscitare in ciascuno le attitudini necessarie per adattarsi alla disciplina del lavoro. In questo senso l'igiene che le assistenti sanitarie visitatrici sono chiamate a insegnare è un esemplare punto di intersezione tra tecniche di disciplinamento dell'individuo e dispositivi di regolazione della popolazione. Allo stesso modo della 'sessualità', così come è stata concepita da Foucault, essa è un dispositivo che consente l'accesso contemporaneamente «alla vita del corpo ed alla vita della specie»<sup>197</sup>.

## 6. Tensioni

Come si è andati dicendo in questo capitolo, la figura dell'assistente sanitaria visitatrice, che nel dopoguerra guadagna il centro del dibattito sulla riforma dell'assistenza infermieristica e facilita la legittimazione e l'affermazione della figura dell'«infermiera moderna», emerge da un contesto in cui – a livello nazionale e transnazionale – si sta affermando la centralità, tra le politiche di gestione della salute pubblica, dell'«educazione igienica». Alla base di questa nuova centralità guadagnata dall'educazione igienica c'è l'idea che per garantire il successo di qualsivoglia politica di ottimizzazione della salute pubblica è necessario che ciascuno interiorizzi il desiderio di

<sup>194</sup> Foucault, *Bisogna difendere la società*, cit., p. 156.

<sup>195</sup> Signorelli, *Prolusione al corso 1922-3*, cit., p. 5.

<sup>196</sup> *Ivi*.

<sup>197</sup> Foucault, *La volontà di sapere*, cit., p. 129.

ottenere una vita «sana, produttiva e riproduttiva» e conosca le ‘tecniche’ atte ad ottenerla. Insomma, il governo delle condotte dei singoli, funzionale alla regolazione della popolazione tutta, può essere garantito solamente dalla produzione in tutti e in ciascuno di quella ‘coscienza igienica’ di cui molto si parla al termine del primo conflitto mondiale e nel decennio seguente.

Compito delle assistenti sanitarie visitatrici, come abbiamo visto, è proprio quello di facilitare la diffusione di questa «coscienza igienica» attraverso un lavoro individualizzato, ‘flessibile’, che agisce ‘nella realtà’. Per stimolare in ciascun individuo il desiderio di prendere parte attiva nella gestione ‘moderna’ e ‘razionalizzata’ delle proprie risorse biologiche le assistenti sanitarie visitatrici dovrebbero mettere in campo quella capacità di persuadere ed esercitare un’influenza positiva attraverso un’attitudine benevola, amichevole, familiare, non autoritaria che si ritiene sia una dote naturalmente associata alla femminilità (borghese). E come abbiamo visto le assistenti sanitarie stesse, o almeno alcune di coloro che hanno lasciato traccia del modo in cui hanno concettualizzato il proprio lavoro, dimostrano di aver pienamente colto e valorizzato questo aspetto del proprio ruolo.

Se centrale nel lavoro delle assistenti sanitarie deve essere questa capacità di ‘insinuare’ piuttosto che ‘imporre’ – per usare le parole di Rosanna Fambri – le norme d’igiene, queste ultime sono però, come abbiamo visto nell’ultimo paragrafo, delle vere e proprie tecniche disciplinari. Non stupisce allora che in alcune testimonianze di assistenti sanitarie visitatrici sia talvolta leggibile una tensione di fondo tra il compito precipuo loro affidato, ovvero quello di persuadere in modo amichevole le persone ad assumere condotte di vita ‘sane’, e il ruolo di sorveglianza che implicitamente<sup>198</sup> esse finiscono per assumere. Esempio di quanto andiamo dicendo le parole di Rosanna Fambri, che in uno degli episodi del già citato racconto istruttivo sul lavoro dell’assistente sanitaria visitatrice pubblicato nella rubrica *La paginetta rosa dell’allieva infermiera* de «L’infermiera Italiana», parla dell’agitazione che l’arrivo dell’infermiera provoca tra i vicini della famiglia ‘visitata’: «Molte volte questi annunci – scrive l’autrice – hanno tutta l’aria di prudenti avvertimenti, perché la visitata non affronti impreparata una *visita che dopo tutto, in un certo senso, è anche un controllo*»<sup>199</sup>.

<sup>198</sup> D’altronde questo compito di sorveglianza è talvolta esplicitato dalle stesse assistenti sanitarie. Spiega ad esempio l’Ispettrice delle assistenti sanitarie di Roma, Scotti Guerra, al convegno internazionale delle infermiere nel 1928: «Si entra facilmente nelle famiglie con la scusa di occuparsi dei bambini, o per qualsiasi altra causa; e così si possono scoprire e denunciare malattie che molte volte i malati cercano di nascondere, ciò si dica anche e principalmente nel caso della tubercolosi», Croce Rossa, *Atti del Convegno*, cit., p. 19.

<sup>199</sup> Rosanna Fambri, *La paginetta rosa dell’allieva infermiera*, in «L’infermiera Italiana», IV, 3-4 (1938).



Quella che potremmo definire la tensione di fondo tra 'disciplina' e 'persuasione' nella 'missione' delle assistenti sanitarie visitatrici si può misurare nella frustrazione espressa da E.B. nella già citata relazione sul servizio svolto presso l'Aiuto Materno della città tra il 1922 e il 1923: «Nelle visite ho ricevuto buona accoglienza, le mamme hanno mostrato di scorgere nella mia visita una continuazione dell'interessamento dei Medici e delle Signore ed hanno lasciato darsi consigli che forse a loro sembrano estranei all'allevamento dei bimbi, come sull'igiene della casa e sulla pulizia della loro persona. Ciò che mi è riuscito difficile ed anche impossibile è stato far *confessare* le mamme di dare ai piccini alimenti in più dei prescritti; tanto in generale è radicata la convinzione che l'amore materno si dimostri con la supernutrizione. Non nascondo che molte volte durante le mie visite *non mi sono sentita capace di farmi intendere come avrei voluto e non mi è riuscito di comprendere bene dei racconti semplici sì ma disordinati e non del tutto sinceri*»<sup>200</sup>. Dietro il racconto in parte contraddittorio e amareggiato di E.B. si può leggere non solo la tensione di cui si parlava, ma anche una testimonianza delle forme di resistenza che l'opera di disciplinamento condotta dalle assistenti sanitarie visitatrici deve avere incontrato<sup>201</sup>. Forme di resistenza di cui è difficile rendere esaurientemente conto e delle quali è difficile tracciare i confini precisi<sup>202</sup>, ma che traspaiono di tanto in tanto tra

<sup>200</sup> E.B., *Relazione del servizio di assistente sanitaria all'Aiuto Materno (dal 1 gennaio 1922 al dicembre 1923)*, pp. 1-2, ASCRI, ASV Bologna, 1921-48 M2 C 830/1, corsivo mio.

<sup>201</sup> Alle forme di resistenza agli insegnamenti impartiti dalle assistenti sanitarie si potrebbero aggiungere le molteplici forme di autonomia nell'uso e nell'interpretazione di tali insegnamenti dimostrate dal 'pubblico' cui queste si rivolgono. Se ne può fare un esempio. Come abbiamo visto uno dei compiti fondamentali delle assistenti sanitarie visitatrici è quello di sradicare 'pregiudizi' e 'superstizioni': insomma di convincere le famiglie proletarie a diffidare di tutti i saperi in campo terapeutico che esulino dalla medicina ufficiale, nonché di indirizzare la fiducia di queste ultime ai medici. Tuttavia l'*agency* dei soggetti a cui le assistenti sanitarie visitatrici si rivolgono non si manifesta evidentemente solo nel ricorso a saperi estranei alla medicina ufficiale, ma anche in un uso spregiudicato e autonomo dei rimedi della stessa medicina ufficiale. Interessante a questo proposito le parole di un'assistente sanitaria di Bologna che lamenta: «nelle nostre visite non è raro il caso di trovare malati che si valgono non solo dell'opera del Medico Condotta, ma anche ricorrono ai vari ambulatori gratuiti delle Cliniche e degli ambulatori privati. Riescono in tal modo ad ottenere medicinali non solo dalla Congregazione di Carità, ma anche dai vari Comitati di Beneficienza, non sempre con vantaggio della salute per la differenza dei medicinali e il contratto della direzione dei medici, certo con sperpero della pubblica beneficienza». *Relazione dell'assistente sanitaria E.P. (gen. 1923-gen. 1924)*, ASCRI, ASV, Bologna 1921-48 M2 C830/1.

<sup>202</sup> Per una lettura storica delle forme (organizzate) di resistenza alle misure igieniche si veda Matthew Ramsey, *Mouvement anti-hygiénistes et libéralisme*, in *Les hygiénistes*, a cura di Bourdelais, cit., pp. 319-340. Anche Nancy Tomes (in *The gospel of the germs*, cit., p. 188 e sgg.) racconta alcune forme di resistenza opposte dalle donne immigrate negli Usa agli insegnamenti impartiti dalle public health nurses. Tuttavia il forte limite della ricostruzione prodotta da Tomes risiede nel fatto di basarsi sui ciò che le dirette interessate (o loro parenti) ne

le righe dei testi prodotti dalle assistenti sanitarie stesse, che – pur nel tono di generale ottimismo che li caratterizza – registrano difficoltà e piccoli ‘fallimenti’. Esempio in questo senso la lettera che un’assistente sanitaria diplomata nel primo corso della Scuola di Palermo invia alla Direttrice nel gennaio 1925: «In fatto di igiene il lavoro riesce estremamente difficile. È vero che ho già ottenuto qualcosa, ma per la pulizia individuale dei ragazzi trovo l’ostilità dei parenti, delle famiglie che trovano assurdo far lavare ogni mattina col sapone i bambini; non parliamo poi della pulizia della bocca e di spazzolini. I miei alunni non avevano mai visto uno spazzolino da denti e quando dissi che anche i denti si lavano e quel che è peggio col sapone, mi guardarono stralunati e mi fecero notare che col sapone in bocca si muore»<sup>203</sup>.

raccontano a posteriori molti anni dopo. La critica sviluppata dagli storici orali ha messo da tempo in crisi l’uso ‘positivista’ delle fonti orali, concentrato sulla ‘ricostruzione dei fatti’, ed ha invece privilegiato un uso più complesso di tali fonti, centrato sull’analisi della produzione della memoria. Per una ricostruzione di questo tipo di dibattiti si veda Giovanni Contini, *Verba manent, l’uso delle fonti orali per la storia contemporanea*, Roma, Carocci, 1993.

<sup>203</sup> Lettera datata 1 gennaio 1925, riportata nella *Relazione del primo corso per assistenti sanitarie indetto dal Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo, febbraio-settembre 1924*, p. ASCRI, ASV VERBALI VOTAZIONI 1924-1932 1° C822/1, b. Palermo. In un’altra lettera datata 14 febbraio 1925 si legge: «per gli spazzolini da denti, qualche madre più generosa ha promesso di comprarlo per S. Pietro, giorni di fiera per il paese, cioè in giugno. C’è da aspettare per lavarsi i denti», *ivi*.



## Capitolo 4

### La resistibile ascesa dell'infermiera moderna

Alla fine degli anni '20 la figura dell'«infermiera moderna» è finalmente giunta al culmine della sua trionfale ascesa, tutto sembra pronto perché gli ospedali siano riempiti da una «fiumana» di «biancovestite» e una «fitta rete di visitatrici [...] invada dalla scuola all'opificio, l'ambulatorio e il dispensario, dal quartiere popoloso urbano le campagne e i paeselli a latere di ogni medico condotto»<sup>1</sup>. L'infermiera moderna – sostenuta dal movimento femminile, da molti medici ospedalieri, dai fautori dell'igiene sociale e della medicina preventiva – sembra ormai all'apice della popolarità. Il fascismo, che produce infine il *corpus* di leggi che riformano l'assistenza, ha nei confronti della figura dell'infermiera un forte investimento ideologico. Essa è portatrice tanto dei tratti di una rassicurante femminilità quanto dei segni della modernità di cui il regime si fregia<sup>2</sup>. Emblema dell'aspirazione ad una gestione razionale del corpo sociale, simbolo di «modernità» e al contempo variazione sul tema della femminilità oblativa e materna, la figura dell'infermiera ha tutti gli ingredienti per rappresentare un modello per le donne fasciste<sup>3</sup>. Non a caso la generale tendenza del regime ad espellere o a mar-

<sup>1</sup> Carolina Isolani, *Apertura di scuole d'assistenti sanitarie*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», III, 20 (1921), p. 11.

<sup>2</sup> Per due modi molto diversi di guardare al tema del rapporto tra fascismo e modernità si vedano *Modernità totalitaria*, a cura di E. Gentile, Roma-Bari Laterza, 2008 ma si veda anche Horn, *Social Bodies, science, reproduction and Italian modernity*, cit.

<sup>3</sup> Non a caso il romanzo/manuale *Quasi un romanzo* viene pubblicato da Elisa Majer Rizzoli, fondatrice dei fasci femminili e figura di punta del fascismo femminile fino al 1926, in una collana educativa per ragazze edita da Le Monnier, la Biblioteca delle giovani italiane. Per la

ginalizzare e indebolire le donne nel mercato del lavoro salariato, nonché a disincentivare il loro investimento affettivo e identitario su quest'ultimo<sup>4</sup> è, nel caso dell'assistenza infermieristica, invertita. Le leggi sull'assistenza prodotte dal fascismo vanno in senso esattamente contrario a quelle che riguardano il lavoro femminile in genere<sup>5</sup>: sono gli uomini, in questo settore, a dover lasciare il posto a donne tecnicamente preparate e completamente dedite alla propria professione – o meglio alla propria 'missione' – anche a costo di rinunciare o ritardare l'unico vero *lavoro femminile*: la maternità. In questo senso l'infermiera moderna rappresenta un modello non privo di contraddizioni, che d'altra parte sono una caratteristica fondamentale dell'atteggiamento del regime nei confronti delle donne, come ha dimostrato Victoria de Grazia<sup>6</sup>.

Eppure nonostante tutte le circostanze sembrino favorevoli al trionfo dell'«infermiera moderna» qualcosa sembra non funzionare. Le «infermiere moderne» in carne ed ossa, alla fine degli anni '20 e nel corso dei '30, non sono tante quante ci si aspettava che fossero.

## 1. Tra due fuochi

Al principio del 1937 la direzione della rivista «L'infermiera Italiana» in un editoriale significativamente intitolato *Tra due fuochi* lancia l'ennesimo grido di allarme: le infermiere diplomate sono troppo poche, i concorsi per assistenti sanitarie e per infermiere capo-sala banditi dagli ospedali vanno deserti, eppure da più parti si continuano a chiedere sanatorie e rinvii della piena attuazione dei dettami della legge del 1925. Si chiedono deroghe persino sulle pagine di «Difesa Sociale»<sup>7</sup>, giornale storicamente attento alla questione della qualificazione dell'assistenza infermieristica. La tanto attesa legge del 1925 ha infatti stabilito all'articolo 10 che tutti i posti per

stessa collana Rizzoli pubblica nel 1931 *L'infermiera in famiglia: guida di assistenza alle diverse malattie*. Mi permetto di rimandare a Olivia Fiorilli, *Public health nursing in Italy: a postcolonial perspective*, in «Bulletin of the British Association for the History of Nursing», II, 11 (2013), pp. 16-23, consultabile on line all'indirizzo <http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/UKAHN/Bulletin/thebulletinVolumetwo.pdf>, ultimo accesso settembre 2015. D'altronde i corsi per infermiere famigliari fasciste, ideati dai fasci femminili nel 1927, si propongono di fare di ogni donna un'infermiera per i propri cari per il proprio vicinato, come spiega la segretaria dei Fasci Femminili Angiola Moretti al *Convegno internazionale di infermiere a Roma in occasione della VI conferenza dell'unione internazionale contro la tubercolosi* che si tiene nel settembre 1928.

<sup>4</sup> De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, cit., pp. 238 e sgg.

<sup>5</sup> *Ivi*.

<sup>6</sup> Cfr. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, cit.

<sup>7</sup> Dott. Serafino Ravicini, *L'assistenza infermieristica in Italia*, in «Difesa Sociale», XV, (1) 1937, pp. 91-94.

capo-sala debbano entro 10 anni essere coperti da infermiere diplomate. Il regolamento attuativo di tale legge, promulgato nel 1929, prevede addirittura, all'articolo 45, che tutti i posti vacanti negli ospedali siano occupati da personale diplomato, laico o religioso. Ma lo stesso articolo stabilisce anche che «quando manchino istanze di persone munite di tale diploma, si potrà far luogo alla nomina a tali posti di infermiere autorizzate o abilitate a norma della legge 23 giugno 1927, n. 1264». Nel 1927, infatti, a due anni dall'approvazione della legge sulle scuole convitto e ancora prima che questa sia completata da un regolamento attuativo, una nuova legge regolamentava l'esercizio delle «arti ausiliarie delle professioni sanitarie» vincolandolo al conseguimento di una licenza: tra le figure toccate dalla legge massaggiatori, odontotecnici, ottici, ernisti, meccanici-ortopedici ma anche infermieri. Con questa disposizione la posizione del personale di assistenza già attivo negli ospedali riceve finalmente un riconoscimento legale<sup>8</sup>, in attesa che le scuole convitto diplomino un numero di allieve sufficiente a soddisfare le richieste. Tuttavia questa norma e le deroghe presenti nel regolamento del 1929 hanno anche l'effetto di scoraggiare possibili candidate dall'intraprendere il lungo percorso che le dovrebbe portare all'ottenimento del diploma di Stato.

Paradossalmente, infatti, la causa di tutte queste deroghe alla piena attuazione dei dettami legislativi è proprio la carenza di diplomate. Le 'infermiere moderne', in buona sostanza, sono troppo poche. Nel primo numero di «L'infermiera Italiana» la pediatra Elena Fambri<sup>9</sup> calcola che ci sarebbe bisogno di 15 mila infermiere, ma si è ben lontani da averne a disposizione un tal numero. Le scuole convitto, infatti, non sono molte, sebbene dall'approvazione della legge il loro numero abbia continuato a crescere. Se nel 1918, prima dell'approvazione della legge del '25, la commissione aveva censito 13 'scuole libere', nel 1937 se ne contano solo 28<sup>10</sup>. Inoltre il numero di allieve che arrivano al diploma ogni anno è piuttosto basso. Le 25 scuole esistenti nel '35 licenziano annualmente 250, 300 diplomate<sup>11</sup>. Le 28 attive nel '37 solo 500<sup>12</sup>. Una media dunque, di circa 18 diplomate l'anno

<sup>8</sup> D'altra parte persino questa norma prevedeva delle deroghe: all'articolo 7, la legge prevedeva addirittura che le amministrazioni ospedaliere potessero «provvisoriamente mantenere gli infermieri attualmente in servizio, anche se sprovvisti della licenza o dell'attestato di abilitazione».

<sup>9</sup> Futura direttrice dell'Istituto Fascista di Medicina Sociale, su di lei si veda Horn, *Social bodies*, cit., p. 112.

<sup>10</sup> Margherita Di Benedetti, *La donna nell'assistenza sociale*, in «L'infermiera Italiana», II, 3-4 (1937).

<sup>11</sup> Raffaele Cervasio *L'infermiera diplomata e l'assistente sanitaria nella nuova valorizzazione del regime*, in «L'infermiera Italiana», I, 7 (1935), p. 3.

<sup>12</sup> *Ivi*.



per scuola. Se questi numeri sono piuttosto bassi, si può almeno notare un leggero miglioramento rispetto agli anni precedenti. Ad esempio le scuole convitto gestite dalla Croce Rossa Italiana a Milano, Roma, Bari e Napoli licenziano – tra il 1916 e il 1928 – 102 diplomate, delle quali 49 a Roma tra il '25 e il '28, 3 a Bari tra '27 e '28, 4 a Napoli nello steso periodo e 46 a Milano tra 1916 e 1928<sup>13</sup>. La scuola della Croce Rossa di Milano, la Principessa Jolanda, è una tra le prime sorte nell'anteguerra (la sua apertura risale al 1912 ma la CRI la prende in gestione nel 1916). Eppure il numero delle diplomate che ne escono è sin dal principio molto esiguo. Ai tempi dell'inchiesta condotta dalla Commissione per la riforma dell'assistenza le allieve risultavano essere 24 tra il 1915 e il 1918, scelte tra le 116 che avevano fatto domanda e le diplomate solo 8<sup>14</sup>. Nel '26-'27, risultano iscritte 6 allieve al primo anno – le richieste erano state 40 a fronte di 2 posti liberi – e 7 al secondo<sup>15</sup>. Inoltre, spiega una pubblicazione sulle Infermiere della Croce Rossa Italiana in occasione del Congresso di Milano del 1928, il tasso di abbandono è piuttosto alto tra il primo e il secondo anno<sup>16</sup>: un problema di lunga data evidentemente, se si considera l'andamento della scuola tra il 1912 e il 1920, raccontato da Rosa De Marchi Curioni ai partecipanti al 'Convegno per uno scambio di idee sulla riforma dell'assistenza infermieristica' organizzato nel 1920 dal CNDI. Delle 310 candidate le ammesse erano state 62. Solamente 25 di queste, però, avevano ottenuto il diploma, le altre se ne erano andate o erano state allontanate. «La statistica – commentava De Marchi Curioni – dimostra quanto riesca difficile il reclutamento delle allieve ed il conservarle per tutto il tempo che richiede il loro addestramento, perché purtroppo non è ancora entrato a sufficienza nell'animo di chi si dedica a tale professione, la coscienza della necessità di una non lieve, disciplinata, preparazione e non ancora si è abituato ad esigerla il pubblico che troppo facilmente accoglie la prestazione d'opera di quelle che, dopo un breve periodo, abbandonano il tirocinio per darsi subito all'esercizio, senza aver conseguito il diploma professionale»<sup>17</sup>. La situazione della Principessa Jolanda non era certo isolata: la relatrici intervenute al convegno per descrivere l'andamento delle altre scuole convitto attive in quel periodo avevano delineato situazioni molto simili. Egle Pilastrini, della Regina d'Italia di Firenze, denunciava che a fronte delle 30 diplomate tra il 1914 e il 1920, 44

<sup>13</sup> *Scuole convitto infermiere della Croce Rossa Italiana. Anno scolastico ottobre 1927-giugno 1928*, ASCRI, ASV VERBALI VOTAZIONI 1924-1932 M1 C822/1.

<sup>14</sup> ACS, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 604.

<sup>15</sup> ASCRI, M2 ASV c830/2.

<sup>16</sup> Croce Rossa Italiana, *Le infermiere della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 22. Purtroppo la pubblicazione non fornisce dati precisi sul fenomeno.

<sup>17</sup> CNDI, *Atti del Convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 48.

allieve non erano mai arrivate a finire il corso di studi: di queste 18 erano state licenziate e 26 erano dimissionarie per «mancante disposizione o per salute»<sup>18</sup>. Secondo la relazione di Grace Baxter la Croce Azzurra di Napoli tra il 1896 e la chiusura nel 1913 – la scuola riapre solo nel 1920, stavolta con annesso convitto – aveva ammesso 116 allieve, 39 si erano ritirate «per ragioni di salute, per seguire i corsi governativi di ostetricia, telegrafia etc. per maritarsi, per farsi monache o perché non stavano volentieri in ospedale», 13 erano state licenziate «sia dopo un mese di prova per mancanza di attitudine, sia durante il corso per ragioni disciplinari»<sup>19</sup>. Solamente 64 erano arrivate al diploma.

La situazione delle scuole per assistenti sanitarie aperte nel dopoguerra non è certo più rosea. Già prima che la legge del 1925 (art.8) lo renda obbligatorio, la politica di tali scuole è quella di reclutare le allieve tra le infermiere diplomate, ma la carenza di queste ultime costringe ad ammettere soprattutto volontarie, per lo più formate durante la guerra. Dopo il conflitto, però, il loro numero decresce considerevolmente<sup>20</sup>, e coloro che non hanno prestato servizio durante la guerra non usufruiscono delle agevolazioni riservate a coloro che lo hanno fatto. Pertanto il numero di iscritte diminuisce negli anni. La scuola della CRI di Milano licenzia 14 allieve nel suo primo anno di vita, il 1921<sup>21</sup>, 8 nel 1923, 9 nel 1924<sup>22</sup>. Nella *Relazione morale e finanziaria della scuola assistenti sanitarie di Milano* per l'anno 1923 la direttrice spiega: «il vero campo di lavoro aperto (alle assistenti sanitarie presso i medici condotti N.d.A.) è quello fuori Milano, negli Ambulatori di Basilicata e Calabria; ma qui invece se i posti sono molti, manca spesso la persona che possa o voglia occuparli [...]. Purtroppo non abbiamo ancora altro vivaio dove prendere le nostre allieve se non quello della Croce Rossa, anche per il corso 1924 le iscritte sono tutte, meno una, infermiere volontarie di CRI. Come dicevamo fin da allora, le ex infermiere volontarie sono generalmente persone in condizioni tali da non avere un vero bisogno di lavoro e di essere, per conseguenza, difficili nell'accettare le offerte.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> Ivi, p. 56.

<sup>20</sup> Inaugurando la Scuola assistenti sanitarie di Napoli, aperta nel dicembre del 1924 sotto la guida della Croce Rossa, Irene di Targiani Giunti annuncia che «purtroppo nelle altre città comincia a diminuire il numero delle candidate, perché si vanno esaurendo quelle infermiere che dopo la guerra hanno voluto arruolarsi nella nuova milizia e abbiamo potuto accettare». L'anno seguente la stessa scuola di Napoli sarà costretta a sospendere il corso. *Discorso pronunciato dalla m.sa di Targiani a Napoli il 16/2/1925 in occasione dell'inaugurazione della scuola AS, ASCRI, ASV NAPOLI 1925-50 N2 C830/9*.

<sup>21</sup> Gina Leonesi assistente sanitaria, *Scuola assistenti sanitarie di Milano*, in «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», III, 26 (1921), pp. 6-9.

<sup>22</sup> *CRI- sezione assistenti sanitarie -Elenco allieve anno 1923 e anno 1924 per avere dal comitato centrale i diplomi*, ASCRI, ASV MILANO 1916-1940 M2 C830/2.

L'ambiente delle infermiere professionali ci rimane ancora chiuso e diremo ostile»<sup>23</sup>. D'altronde negli anni seguenti le assistenti sanitarie iniziano ad essere richieste in città (e fuori), almeno a giudicare dai prospetti stilati dalla Scuola. Ad esempio nel 1927 diverse diplomate risultano occupate in ambulatori, dispensari, consultori e nel servizio rionale<sup>24</sup> eppure la scuola non riesce ad avviare il corso, nonostante le domande di personale che la direttrice riceve «senza posa», per via dello scarso numero di candidate<sup>25</sup>. L'anno seguente le allieve del corso sono solamente 7, nonostante, secondo la relazione del Comitato milanese, le prospettive di impiego per le neo-diplomate continuino a crescere: «Adesso esse lavorano anche per l'Opera Nazionale di Maternità e Infanzia [...] per il passaggio di tutta l'assistenza sanitaria di fabbrica all'opera nazionale dopo lavoro, abbiamo la sicurezza che le nostre assistenti sanitarie troveranno sempre maggior favore e che il loro lavoro aumenterà»<sup>26</sup>. Il problema del reclutamento non affligge peraltro solo la scuola di Milano: ne soffrono quelle di Torino, Trieste, Firenze, Roma<sup>27</sup>.

Insomma le scuole che dovrebbero formare le 'infermiere moderne' spina dorsale del sistema assistenziale del Regno a venire, faticano a trovare le candidate adatte, nonostante sembri non mancare un mercato per questo tipo di figure. Valutare l'entità effettiva della domanda è molto difficile. Spesso gli enti che hanno bisogno di un'assistente sanitaria fanno domanda direttamente alla scuola locale, ma il materiale delle scuole conservato pres-

<sup>23</sup> *Relazione morale e finanziaria della scuola assistenti sanitarie di Milano 1923*, ASCRI, ASV MILANO 1916-1940, M2 C830/2.

<sup>24</sup> Si veda ad esempio *Scuola assistenti sanitarie di Milano anno 1927*, ASCRI, ASV M2 c830/2. La relazione sul *Servizio attuale - marzo 1928, Milano*, segnala 27 assistenti sanitarie in servizio tra Pavia, Carrara, Milano, Sesto, Trieste, Firenze, Como, Orvieto, Brescia, Gerusalemme, Roma, Pavia, Como, *ivi*.

<sup>25</sup> *Relazione del comitato assistenti sanitarie di Milano tenuto a Roma il 2 maggio 1927*, ASCRI, ASV M2 c830/2.

<sup>26</sup> «La scuola per assistenti sanitarie di Milano esiste dal 1921, sino ad oggi la scuola ha licenziato 52 allieve [...] Si incontrarono dapprima non lievi difficoltà per impiegarle e le prime licenziate dovettero quasi tutte essere mandate nell'Italia meridionale e nelle isole per la lotta antimalarica. Ora queste difficoltà non esistono più, non solo, ma le richieste di Assistenti sanitarie eccedono sempre il numero degli elementi disponibili», *Verbale dell'assemblea generale del comitato assistenti sanitarie di Milano*, Milano 29 febbraio 1930, p. 2, *ivi*.

<sup>27</sup> A Torino tra il 1921 e il 1924 si diplomano 37 allieve, ma già a questa data si registrano difficoltà di reclutamento e la scuola è costretta a chiudere prima della fine del decennio, ASCRI, ASV TORINO 1921-1948, N 2 C830/11. Quando apre, nel 1928, la scuola di Trieste conta 7 allieve (ASCRI, ASV VERBALI VOTAZIONI 1924-1932 1° C822/1). Nel '37 saranno 25, solo dieci delle quali diplomate presso un convitto. Natalia Rosignoli Jerman, *L'assistenza infermieristica a Trieste fra passato e presente*, Trieste, Collegio IPASVI 1990, pp. 97 e sgg. A Roma la prima scuola del Regno conta nel 1929 appena 8 allieve, contro le 30 diplomate nei due corsi tenuti nel 1919. CNDI, *Atti del Convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 68.

so l'archivio storico della Croce Rossa è piuttosto frammentario. Tuttavia le relazioni sull'andamento delle scuole stesse, come abbiamo visto, insistono sul fatto che le possibilità di impiego per le diplomate sono molte<sup>28</sup>. Il notevole scarto tra il numero delle assistenti sanitarie formate dalla CRI tra il 1919 e il 1928 (304) e quello delle impiegate presso differenti strutture sociosanitarie nel 1928 (204<sup>29</sup>) potrebbe dunque essere dovuta al fisiologico tasso di abbandono della professione ma forse anche – come suggerisce la direttrice della scuola di Milano – al fatto che molte infermiere volontarie, tra le quali vengono reclutate le iscritte ai corsi, non hanno un bisogno cogente di lavorare. Sembra pertanto lecito affermare che il problema di tali scuole sia proprio quello di non riuscire ad intercettare le proprie allieve ideali: donne di classe media che abbiano bisogno di guadagnarsi da vivere ma siano anche pronte ad impegnarsi in un lungo *iter* formativo.

D'altra parte non sono molte neppure le signorine 'di civile condizione' dotate di un buon livello di educazione<sup>30</sup> che si candidano ad affrontare due anni di scuola convitto per andare a lavorare negli ospedali del Regno<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Difficile avere un riscontro preciso per queste affermazioni. Sicuramente alcune ricerche sull'ONMI confermano questo dato. Si veda ad esempio Domenica La Banca, *La creatura tipica del regime: Storia dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia durante il ventennio fascista (1925-43)*, Tesi di dottorato discussa presso L'Università degli Studi di Napoli Federico II, aa. 2004-5, pp. 224 e sgg. Secondo La Banca le assistenti sanitarie visitatrici in servizio presso l'ONMI nel 1941 sono 463, concentrate prevalentemente al nord. Per uno studio di storia locale si veda Franca Cosmai che in *La federazione provinciale dell'ONMI a Venezia durante il fascismo 1926-43* (in Minesso, *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea*, cit., pp. 231-284) precisa che ancora alla fine degli anni '30 il numero di assistenti sanitarie a disposizione della federazione provinciale è insufficiente, sebbene questa faccia ricorso alla Scuola Convitto Nani per il reclutamento, ivi p. 274.

<sup>29</sup> I dati sono desunti da una tabella intitolata *Località dove prestano servizio le Assistenti Sanitarie della Croce Rossa Italiana e Tipo del servizio* in Croce Rossa Italiana, *Le infermiere della Croce Rossa Italiana*, cit., p. 47.

<sup>30</sup> Il regolamento del 1929 richiede di regola il diploma di scuola media inferiore, anche se esistono eccezioni pensate specialmente per le suore. Si consideri che generalmente nel periodo di tempo considerato da questa ricerca, «il grande spartiacque sociale era rappresentato dalla quinta [elementare]: sono le ragazze della classe media ad accedere alle scuole medie inferiori, dividendosi prevalentemente tra Istituti tecnici e scuole magistrali. In campagna la carriera scolastica delle bambine si ferma addirittura alla terza elementare. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, cit., p. 214-15.

<sup>31</sup> Offrono interessanti spunti di riflessione, seppure privi di valore statistico, le informazioni sulle occupazioni delle infermiere diplomate fornite da alcune tra le scuole convitto rappresentate nel 1920 al già citato *Convegno per uno scambio di idee*: se ne deduce infatti che un numero irrisorio delle prime diplomate di scuola convitto lavora poi negli ospedali civili del regno. Ad esempio delle 26 diplomate tra il 1912 e il 1917 presso la scuola convitto Victor De Marchi di Milano solo 4 prestano servizio presso un ospedale civile, la Clinica pediatrica della città (le altre prestano servizio in ospedali militari o in ambulatori, quando non praticano assistenza privata a domicilio). Ancora più significative le attività delle diplomate della scuola della CRI Principessa Jolada: delle 30 diplomate fino al 1920 6 sono rimaste nella

Tanto più che, come abbiamo visto, le deroghe all'obbligo di assumere infermiere diplomate negli ospedali e in generale nei servizi di assistenza si moltiplicano fin dall'entrata in vigore della legge. Alla mancanza di nuove candidate nelle scuole convitto tenta di supplire anche l'articolo 42 del regolamento del 1929, il quale prevede che in via eccezionale le infermiere e le suore, anche non munite del diploma di base istituito dalla legge del 1927, possano essere ammesse al secondo anno di corso o ottenere direttamente il diploma purché abbiano lavorato in ospedale per un sufficiente numero di anni o prestato servizio volontario durante la guerra. La Chiesa cerca in effetti di approfittare di questa deroga per fare in modo che le religiose non perdano terreno negli ospedali<sup>32</sup> a causa delle nuove leggi che impongono il possesso del diploma<sup>33</sup>: una circolare diramata dalla Santa Sede nel 1932 invita le madri generali degli ordini che prestano servizio di assistenza a fare domanda alla Direzione Generale di Sanità per ottenere l'abilitazione di tutte le proprie suore ospedaliere<sup>34</sup>. Ulteriori facilitazioni saranno introdotte per le infermiere volontarie della Croce Rossa dalla legge del 3 giugno 1937 n. 1084. Stesso tipo di deroga è prevista per le assi-

scuola come insegnanti, una è morta, una è diventata infermiera visitatrice, 7 sono diventate infermiere private, 2 hanno preso il velo (2 erano già suore), tre si sono sposate, 5 hanno abbandonato la carriera di infermiera e 3 sono tornate a lavorare in casa. CNDI, *Convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 54.

<sup>32</sup> L'impegno della Chiesa in questo senso è misurabile anche nella moltiplicazione, al principio degli anni '30, di associazioni infermieristiche di stampo cattolico come l'Unione Cattolica Infermieri (1933) e il Comitato Internazionale di Studio delle Infermiere Cattoliche (1928). Nel 1933 inizia la pubblicazione de «Il Pio Samaritano: rivista mensile per infermieri e infermiere».

<sup>33</sup> D'altra parte nello stesso periodo la Chiesa rafforza il proprio impegno nella formazione delle suore ospedaliere, già timidamente iniziato al principio del secolo: nel 1932 nasce presso l'ospedale di Treviso una scuola convitto per suore infermiere che nel decennio seguente all'apertura rilascia il diploma a 166 allieve. Bassani, *Le Dorotee di Vicenza*, cit., pp. 261-263. D'altra parte già da 1923 era attiva a Torino una scuola convitto per religiose presso l'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista, che dopo l'approvazione della legge del 1925 riceve l'abilitazione statale. Su questa si veda *Funzionamento della Scuola-Convitto professionale per suore infermiere Ospedale di San Vito, Torino*, pp. 24-30 in *Relazioni riservate alle Congregazioni ospedaliere - sedute di studi della Città del Vaticano 25-9 agosto 1935*. Congresso internazionale delle Infermiere Cattoliche a Roma, 1935.

<sup>34</sup> Tuttavia la maggioranza delle suore, avvalendosi dell'articolo 39 della stessa legge, che permette di limitare il diploma professionale alla sola assistenza delle donne, ottiene una forma di abilitazione che non consente di accedere ai posti di capo-sala. Vedendo che il numero delle capo sala laiche aumenta, i vescovi italiani si mobilitano per sollecitare gli istituti religiosi ad adeguarsi alla legge e la Congregazione dei religiosi istituisce un ufficio per trattare con la Direzione generale tutte le questioni relative al rilascio del diploma: la Santa Sede domanda infine alle madri generali delle congregazioni di presentare alla Direzione una dichiarazione di impegno delle suore infermiere a prestare servizio anche agli uomini. Bassani, *Le dorate di Vicenza*, cit., pp. 261-263.

stenti sanitarie, che possono ottenere il diploma qualora abbiano svolto un 'tirocinio' di almeno quattro anni. Non stupisce, dunque, che le diplomate delle scuole convitto non siano molte. Non è improbabile che queste deroghe temporanee abbiano ulteriormente scoraggiato possibili candidate dal presentare domanda presso le scuole convitto del Regno con la prospettiva di vedersi preferite infermiere che hanno ottenuto il diploma solo in virtù del servizio prestato oppure religiose, decisamente più convenienti per le amministrazioni ospedaliere<sup>35</sup>.

Dato lo scarso successo delle scuole tra le 'signorine' non deve stupire che una delle principali preoccupazioni dei sostenitori dell' 'infermiere moderna' sia da subito quella di fare 'propaganda' tra le ragazze di classe media perché intraprendano la professione assistenziale. Ma come abbiamo visto non sarà così semplice convincere le ragazze di 'civile condizione' a frequentare le scuole convitto che si stanno moltiplicando preferendo ad altre carriere quella dell' infermiere. Nelle prossime pagine si tenterà di analizzare meglio alcune delle motivazioni di questa resistenza.

## 2. La dignità della *classe*

Già dalla fine della Grande Guerra molte e molti si domandano quali siano le cause «della poca attrattiva che ancora esercita da noi la professione infermiere»<sup>36</sup>. Se qualcuno denuncia le incertezze professionali di quante si imbarcano in anni di studio senza la sicurezza che sola potrebbe garantire un riconoscimento legale della professione, altri imputano la mancanza di allieve infermiere alla presunta precocità dell'età del matrimonio in Italia rispetto ai paesi anglosassoni o alle minor presenza di 'zitelle'<sup>37</sup> pronte a votarsi alla missione assistenziale. In realtà l'età media del matrimonio in Italia, che a questa data si attesta sui 24 anni<sup>38</sup>, non differisce da quella di altri paesi europei<sup>39</sup>. Altre ancora imputano all'obbligo di internato imposto alle infermiere professionali la scarsa attrattiva di questo mestiere<sup>40</sup>. Tuttavia c'è una questione che, più di altre, serpeggia in numerosi inter-

<sup>35</sup> *Ivi*.

<sup>36</sup> Carolina Pasolini, *Alcune domande alle infermiere professioniste in Italia*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», III, 21 (1921), p. 15.

<sup>37</sup> Ginevra Terny de Gregory, *Lettera aperta alla contessa Caterina Borghese Pasolini in risposta alle domande rivolte alle Infer. Profess. Nel n. 19 del Bollettino*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», III, 22 (1921), p. 15. Agostino Gemelli, *Assistenza laica o assistenza religiosa negli ospedali? (relazione al congresso nazionale di igiene)*, in «Ospedale Maggiore», XVIII, 11 (1930), p. 453.

<sup>38</sup> Chiara Saraceno, *La famiglia operaia sotto il fascismo*, in «Memoria», I, 2 (1981), pp. 74-5.

<sup>39</sup> Horn, *Social bodies*, cit., p. 76.

<sup>40</sup> Marianna Denti, *Alcune idee sulle infermiere professionali*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», II, 13 (1920).



venti. «Purtroppo – spiega il chirurgo Ferreri in un libro che abbiamo già incontrato nelle pagine precedenti – la parola infermiera ha avuto fino al presente il solo significato di donna, presa dalla campagna o dalla strada, per mutare i lenzuoli all'ammalato»<sup>41</sup>. Quello che – molto probabilmente non a torto si teme, è che a tenere le 'signorine' lontane dagli ospedali, sia il «falso concetto della condizione professionale dell'infermiera che da noi generalmente veniva assimilata a una servente o poco sopra»<sup>42</sup>, per usare le parole del direttore sanitario della Scuola Convitto Victor De Marchi al già citato convegno del CNDI. Nel 1924 la direttrice della scuola per assistenti sanitarie di Palermo, commentando l'alto tasso di abbandono registrato durante l'anno, scrive «localmente anche negli ambienti evoluti di educazione superiore si ha in orrore la parola 'INFERMIERA' ritenendo che il lavoro da infermiera sia cosa degradante ed umiliante»<sup>43</sup>.

In un articolo pubblicato nel 1921 sul «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale tra Infermiere» S. Adriana Mayor presenta un 'collage' di opinioni sulla professione infermieristica e sulla relativa formazione che l'autrice sostiene di aver raccolto in differenti contesti. Da diverse di queste emerge l'idea che le mansioni manuali ad essa associate siano indegne di una 'signorina'. «Mi ricordo anche di una risposta di un signore – scrive Mayor – un perfetto gentleman onesto e stimato da tutti. Discutendo un giorno replicò che una signorina che sceglie questa professione diventa una mezza signorina!»<sup>44</sup>. Se da un lato è senz'altro la profonda intimità con corpi estranei, magari maschili, a costituire l'aspetto 'degradante' del lavoro svolto di infermiera – su questo si tornerà più avanti – altro aspetto che allontana le signorine 'di civile condizione', suggeriscono Mayor e molti con lei, è il fatto che esso possa apparire indegno del loro *status sociale*. Includendo una serie di mansioni considerate di 'bassa manovalanza', servili – già di per sé potenzialmente 'inadatte' a delle 'signorine' – esso rischia di accomunarle pericolosamente al 'vecchio personale'. D'altra parte queste mansioni assumono una connotazione peggiorativa anche, e forse soprattutto, in un contesto quale quello ospedaliero, che nonostante le trasformazioni che sta attraversando – non ultimo l'ingresso di una 'clientela pagante' – fa ancora fatica a smarcarsi completamente dall'immagine di luogo di 'misera morale e fisica'. Interessante a questo proposito uno dei tanti articoli dedicati alla

<sup>41</sup> Ferreri, *L'Italia da redimere*, cit., p. 76.

<sup>42</sup> CNDI, *Convegno per uno scambio di idee*, cit., p. 65.

<sup>43</sup> *Relazione del primo corso per assistenti sanitarie indetto dal Consorzio provinciale antitubercolare di Palermo, settembre-febbraio 1924*, p. 1, ASCRI, ASV VERBALI VOTAZIONI 1924-1932 1° C822/1.

<sup>44</sup> S. Adriana Mayor, *Alcune osservazioni*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», 24 giugno, (1921), p. 6.

questione della 'riforma infermiera' negli anni seguenti la guerra, comparso su la «Cronaca di Palermo», che mette in guardia rispetto a facili entusiasmi:

In quanto però all'organizzazione infermiera, occorre riflettere che tutto sarà o dovrà essere ben diverso da quanto la donna ha fatto in proposito durante questi tre anni. [...] La pratica dell'assistenza agli infermi negli ospedali civili, sia pur volontaria, resta sempre diversamente improntata in contatto ai malati poveri, miseri, che vi affluiscono da tutti gli ambienti, e dove non si può raccogliere nessuna di quelle soddisfazioni così facili da ottenere in un luogo di dolore sì, ma saturo di effervescenze sentimentali e patriottiche, di ricordi eroici, fra gli entusiasmi dell'ora storica e i caldi impeti di tante giovinezze<sup>45</sup>.

Non stupisce allora che, se l'ospedale rischia di continuare ad essere rappresentato come un luogo poco adatto a 'ragazze per bene' – e paradossalmente proprio le descrizioni grottesche che i riformatori e le riformatrici ne hanno fatto nel tentativo di stimolarne il 'rinnovamento', può aver contribuito a rafforzare questa immagine – la distinzione dal 'vecchio personale' sia una *conditio sine qua non* perché le 'signorine infermiere' possano lavorare al suo interno<sup>46</sup>. Molto interessante, a questo proposito, un testo comparso sul «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale tra Infermiere» nel 1921. L'infermiera diplomata autrice dell'articolo, Faustina Zappi, si chiede, sulla scia di una serie di articoli sullo stesso argomento: «Si può sperare ancora in Italia di produrre un buon numero d'infermiere professionali?». Tra gli altri problemi legati al 'reclutamento' di un contingente di future 'infermiere moderne' da introdurre negli ospedali, l'autrice 'denuncia' la presunta 'decadenza' della 'qualità' delle allieve che le scuole convitto riescono a reclutare. Se la generazione delle pioniere, pur con i suoi limiti, era stata «superiore come cultura, e, specialmente, come spirito di vocazione», le ultime allieve reclutate dalle scuole convitto dopo la guerra appartenerebbero a due categorie: la prima sarebbe quella delle «ragazze quasi sprovviste d'istruzione, con educazione molto rudimentale, le quali, se d'indole buono e dolce, possono anche riuscire delle utili infermiere, ma sempre insufficienti per i posti direttivi; se poi sono di carattere volgare e ribelle avranno tutti i difetti delle Pappine (come

<sup>45</sup> *Per la riforma infermiera* in «Cronaca di Palermo», l'articolo, non datato, è conservato tra i materiali della Commissione per la riforma dell'assistenza, ACS, Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601 bis.

<sup>46</sup> A questo proposito è significativo che, seppur breve e marginale, sia regnata una certa indecisione sul nome da dare alle 'infermiere moderne'. Il sostantivo 'infermiera' sembrava infatti non marcare una sufficiente distanza tra l'«infermiera moderna», anche designata con gli appellativi di 'infermiera nuova', 'nurse italiana', 'infermiera tipo Nightingale', 'infermiera di tipo scuola professionale', 'infermiera diplomata' etc. e il vecchio personale di assistenza. Si veda a questo proposito Ginevra, *Per le infermiere. Un quesito per la Crusca*, in «La nostra rivista femminile», IV, 3 (1917), p. 44.

a Firenze vengono chiamate le infermiere comuni) più un'insoffribile presunzione». La seconda categoria sarebbe quella delle «signorine di famiglia civile, discretamente istruite, le quali, non avendo titoli di studio che le abilitino ad altra professione, e per una certa aspirazione vanitoso-sentimentale all'atteggiamento di 'Bianco Angelo consolatore' che esse sbagliano per una seria vocazione, si presentano ai corsi». Queste ultime, sostiene Zappi, mal sopporterebbero «la monotonia e la manualità del tirocinio» e «a momenti si vergognano della loro nobile professione, cercano quasi di nasconderla, e cercano ingenuamente di rialzare la loro dignità (offesa da lavori 'troppo bassi') con l'aver sempre alla bocca le parole 'signora' 'signorina' esponendosi così agli ironici commenti dei malati e del personale». Inoltre esse spesso ritengono «indegne di loro varie mansioni che invece sono parte integrale del compito di assistenza, non aspirano altro che a comandare e a far pompa del loro sapere teorico senza curarsi di quanto un simile atteggiamento, abilmente sfruttato da elementi ostili, sia d'ostacolo alla penetrazione delle professionali negli ospedali e finiscono, malgrado le loro qualità, per riuscire delle mediocri infermiere, invise al personale basso come ai medici»<sup>47</sup>. Sebbene le parole di Faustina Zappi non possano che essere prese per quello che sono, impressioni della scrivente, esse registrano un problema che ricorre in diversi testi: i confini e le differenze tra il lavoro dell'«infermiera moderna» e quello «servile» del «vecchio» personale di assistenza. Diversi documenti, ad esempio, alludono al rifiuto opposto dalle signorine a prestarsi ai lavori più «umili» legati all'assistenza<sup>48</sup>. Inoltre molti testi parlano del desiderio di «distinzione» messo in campo dalle «signorine infermiere». Desiderio peraltro alimentato come abbiamo visto nei capitoli precedenti, proprio dai discorsi delle riformatrici e dei riformatori, che sulla demonizzazione del «vecchio» personale proletario degli ospedali, dipinto come rozzo, incompetente, sudicio, e immorali, hanno costruito l'intera impalcatura ideologica che sorregge la figura dell'«infermiera moderna». In una lettera inviata al «Bollettino mensile dell'Associazione Nazionale tra Infermiere», un'anonima infermiera sostiene: «Le Professioniste diplomate non vogliono stare alla pari delle infermiere comuni; queste invece dicono 'noi abbiamo mandato avanti l'istituto per tanti anni, e bene perché ora ci volete diminuire?'»<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Faustina Zappi, *Si può sperare ancora in Italia, di produrre un buon numero d'infermiere professionali*, in «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», II, 17 (1920), pp. 8-9.

<sup>48</sup> Ad esempio Susanna Simoncini della Società Femminile di Mutuo Soccorso di Palermo, ricorda che le allieve inviate alla Regina Elena con l'intento di formarle come future insegnanti, abbandonano il corso per le troppe fatiche del tirocinio, *Scuola d'infermeria e d'igiene (relazione alle socie) 1911-1914*, Palermo, 1914, p. 5.

<sup>49</sup> «Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere», III, 20, febbraio (1921), p. 16.

In effetti tracce di resistenza opposta dal 'vecchio personale' a queste strategie di distinzione, che assumono per lo più connotazioni violentemente classiste, si possono trovare sulla stampa sindacale del personale di assistenza, che dal principio del secolo aveva iniziato a organizzarsi in leghe di resistenza, confluite nel 1904 nella Federazione degli Infermieri e delle Infermiere degli Ospedali e dei Manicomi<sup>50</sup>, già incontrata nei capitoli precedenti. Ce ne danno innumerevoli testimonianze le riviste delle Leghe Infermiere locali e «L'Infermiere», il periodico della Federazione. Ne è un interessante esempio un articolo comparso su «La voce dell'infermiere», espressione degli infermieri romani organizzati<sup>51</sup>, subito dopo il Congresso internazionale femminile del 1914, nel quale «La scuola convitto per le infermiere, che ha sede al Policlinico Umberto I ha lanciato all'urbe e all'orbe [sic] una ampollosa relazione per far conoscere i meriti della scuola e delle nuove *nurs* [sic] che da essa sorgono»<sup>52</sup> denigrando il 'vecchio personale' dell'ospedale<sup>53</sup>. Mirando a colpire un punto dolente del rapporto tra 'signorine' e ospedale, ovvero lo *status* sociale legato alla professione infermieristica, l'articolo insinua che le «le famose *nurs* [sic]», non siano altro che delle 'false signorine', non dissimili dal resto del personale dell'ospedale:

Quale è poi la portata dell'educazione morale, della coltura di queste signorine? Da quale classe sociale provengono? – domanda in modo provocatorio l'articolo – Basterebbe osservare coloro che scappano da quel Convitto, dichiarando di non poter sopportare un tal lavoro, quando sono a piedi liberi per le vie di Roma. Ne abbiamo viste alcune in condizioni compassionevoli. Mal vestite e macilente; indizi di povera condizione; di umile ed incolta classe sociale. Ma tutto ciò appare anche chiaro nell'interno dei padiglioni e della scuola, per quanto si tenti di coprire l'origine di queste simpatiche ragazze. Non vogliamo descrivere

<sup>50</sup> Secondo la rivista della Federazione nel 1914 l'organizzazione conta tra i suoi aderenti il 60 per cento del personale di assistenza, composto secondo Ornello Vitali da più di 18 mila unità (Ornello Vitali, *Aspetti dello sviluppo economico italiano alla luce della ricostruzione della popolazione attiva*, Roma, 1970, p. 105, tab. 22). Sulle Leghe di resistenza del personale di assistenza si vedano Valerio di Monte, *Da servente a infermiere*, Torino, CESPI, 1993; Nicola Ramacciati, *Infermeri nello Spedale Grande di Perugia*, Perugia, Morlacchi editore, 2003.

<sup>51</sup> Il giornale inizia le pubblicazioni nel 1913. A Roma viene pubblicato anche, a partire dal 1907, «L'Infermiere Laico: Organo di Propaganda Anticlericale».

<sup>52</sup> *Il Convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali*, in «La Voce dell'Infermiere», II, 4 settembre (1914), p. 3.

<sup>53</sup> La relazione in questione sosteneva che il 'vecchio personale' «[è privo] ad un tempo di specifica cultura e di tirocinio tecnicamente ordinato, e dove manchi altresì lo spirito di carità emanante dalla vocazione religiosa, presta opera esclusivamente informata a criteri mercenari, il cui contrasto col fine suo è reso più aspro dalla umile e incolta classe sociale in cui esso è reclutato» Elena Palazzo, *Da Florence Nightingale a S. Caterina da Siena: Dorotea Snell e la riforma dell'assistenza ospedaliera in Italia*, Roma-Messina A-Elle-Di, 1957, p. 334.

ora il contegno che elle tengono nell'ospedale. Crediamo sufficiente accennare ai continui dissidi tra loro [...]. Non vogliamo poi parlare delle relazioni tra malati e signorine<sup>54</sup>.

Attraverso lo 'svelamento' della 'comune origine' di tutto il personale dell'ospedale, mascherata dietro cuffiette bianche e buone maniere, questo come altri articoli comparsi sulla stampa sindacale<sup>55</sup>, mettono in atto un'ardita strategia discorsiva. A costo di ribadire gli stessi stereotipi sulla femminilità proletaria mobilitati dal discorso delle 'riformatrici' – la chiassosità disordinata, l'aggressività, l'immoralità, la voracità sessuale – tale strategia discorsiva tende a disarticolare e invalidare proprio quelle politiche classiste di distinzione che dovrebbero costruire lo *status* delle 'infermiere moderne' come radicalmente altro rispetto a quello, degradante, del vecchio personale.

Tali pratiche di distinzione non sono solamente messe in atto in prima persona dalle 'signorine infermiere' ma sono anche incentivate dalle politiche istituzionali con lo scopo di rendere più 'appetibile' la professione infermiera. Possiamo leggere in questo senso le modalità di inquadramento sindacale del personale infermieristico delineate negli anni '30. Sebbene, come abbiamo visto, le deroghe e le eccezioni previste dalle leggi del 1925 e del 1929 prevedano di fatto che le diplomate, le nuove 'infermiere moderne', possano trovarsi a coprire le stesse posizioni e svolgere le medesime mansioni del personale non diplomato, e nonostante la legge del 1927 riconosca la posizione degli infermieri abilitati, questi ultimi vengono inquadrati nella Confederazione dei Sindacati delle Industrie, mentre le prime, riunite nel Sindacato Fascista delle Infermiere Diplomate, vengono aggregate alla Confederazione Nazionale Fascista Professionisti e Artisti. La *ratio* di tale politiche è ben chiara alle dirette interessate: «L'infermiera Italiana» saluta come una conquista il decreto del Ministero delle Corporazioni che il 22 giugno del 1937 inquadra le infer-

<sup>54</sup> *Ivi*.

<sup>55</sup> Ad esempio nel 1915 un altro articolo afferma che «Per le difficoltà di reclutamento il Convitto è perciò costretto a prendere le infermiere volontarie in livelli sociali troppo bassi e coprire la origine delle signorine con il bianco ed elegante grembiule, che non riesce a nascondere il grado di coltura e di educazione delle truccate fanciulle. Rilevammo più volte manifestazioni non certo edificanti e potemmo osservare qualche notturna gita per fuggire le conseguenze di quegli effetti che sono dovuti al temperamento della nostra razza e al grado morale dei protagonisti. [...] Indicammo, precisando fatti, come malgrado tutta la scuola perfetta che vien loro fatta e le apparenze di gentile educazione, le infermiere del Convitto sappiano troppo spesso maltrattare i malati, fare atti di irriverenza ai morti; come dimenticano spesso l'ambiente che le ospita per abbandonarsi a sbrigliate allegrie e ad alterchi chiasosi tra loro; ed infine che siano digiune delle più importanti per quanto semplici norme di assistenza». *L'espansionismo del Convitto Regina Elena*, in «La voce dell'Infermiere», III, 19 marzo (1915), p. 3.

miere diplomate e le assistenti sanitarie come impiegate che fanno 'lavoro di concetto', distinguendole ulteriormente dal personale infermieristico abilitato che svolge invece 'lavoro manuale'<sup>56</sup>.

Nemmeno queste politiche, però, saranno sufficienti secondo molti a risolvere *la dignità della classe*, per citare il titolo di un articolo del dottor Veronese comparso su «L'infermiera Italiana», che denuncia scandalizzato: «io ho veduto taluno, nei corridoi degli ospedali, fermare un'infermiera diplomata con lo stesso gesto confidenziale con il quale si può fermare il proprio dipendente e parlare con il cappello in testa e qualche volta offrirle pure una mancia e meravigliarsi del rifiuto, ed insistere»<sup>57</sup>.

### 3. Ostilità

Tra i possibili elementi che scoraggiano le donne di 'civile condizione' dall'intraprendere la carriera di infermiera e dal frequentare una scuola convitto non c'è solamente «quel senso di istintiva avversione, se non di vera ripugnanza» per una professione ritenuta umile e 'poco rispettabile' che i contemporanei ritengono alberghi nella classe media<sup>58</sup>. L'ambiente dell'ospedale, oltre ad essere potenzialmente compromettente per una 'signorina', può anche essere un luogo ostile. Non a caso Giuseppe Sabatini, che abbiamo già incontrato più volte, mette in guardia le infermiere radunate in occasione del congresso internazionale che si tiene a Milano nel 1928:

L'infermiera, che, per intenderci, chiamiamo di tipo scuola professionale, la quale entra in questo ambiente, dev'essere avvertita dalla necessità di usare un tatto squisitamente fine: essa è come una ragazza di educazione americanamente ultramoderna, la quale entra in una vecchia famiglia dagli usi secolari e dalle tradizioni più ortodosse: non è detto che non possa conquistare alla modernità i vecchi parenti e giungere, come si vede nelle commedie, a far ballare lo shimmy al rigido nonno; ma non deve cominciare con lo scandalizzare<sup>59</sup>.

L'intervento di Sabatini affronta una questione delicata: il rapporto tra medici e infermiere all'interno dello spazio ospedaliero. Al cuore di tale rapporto alberga una profonda ambiguità. Se da una parte, come abbia-

<sup>56</sup> «La qualifica impiegatizia serve a differenziare l'Infermiera e l'Assistente Sanitaria dalle salariate o patentine, o pappine, o infermiere vecchio tipo provenienti dalle umilissime classi sociali», *Problemi spirituali e famigliari che si presentano ad un'assistente sanitaria*, in «L'infermiera Italiana», IV, 7-8 (1938), p. 15.

<sup>57</sup> D. Veronese, *Per la dignità della classe*, in «L'infermiera Italiana», II, 5-6 (1936), p. 5-7.

<sup>58</sup> Almeno questo è quanto sostiene il prof. Cervasio, *L'infermiera diplomata e l'assistente sanitaria nella nuova valorizzazione assistenziale del regime*, cit., p. 3.

<sup>59</sup> Sabatini, *L'infermiera al lato del medico nella psicologia dei popoli latini*, cit., p. 7.



mo visto nel secondo capitolo, i sanitari, soprattutto dopo la prima guerra mondiale, individuano nell'infermiera efficiente, precisa, preparata, moderna uno 'strumento' per la trasformazione dell'ospedale nella 'macchina per guarire' che sognano, dall'altra essi nutrono nei confronti di questa figura una profonda ambivalenza. Proprio le caratteristiche, che dovrebbero fare dell'infermiera un emblema di modernità e il viatico per la piena medicalizzazione dello spazio ospedaliero, ne fanno anche, potenzialmente, una figura minacciosa per i medici. Da una parte esse la rendono autorevole, una figura il cui sapere compete con quello dei sanitari. Dall'altra rischiano di conferirle un'autonomia 'inaccettabile' nel quadro del progetto di trasformazione dell'ospedale in una macchina rispondente ad una sola autorità, quella medica. Non a caso è proprio a partire da questo 'problema' che i medici sottopongono ad una profonda revisione il 'modello Nightingale', che pure per molti versi invocano. Nel corso dei lavori della Commissione per la riforma dell'assistenza infermieristica è proprio il problema dell'autonomia delle infermiere a provocare una frattura tra i rappresentanti dei medici ospedalieri – in particolare il direttore della clinica medica di Roma, Vittorio Ascoli, e i direttori dell'Ospedale Maggiore di Milano, Enrico Ronzani, e degli Ospedali di Roma, Alfredo Lusignoli – al resto dei commissari<sup>60</sup>. Tale frattura porta alla redazione di due distinte relazioni. Al centro della critica espressa dai rappresentanti dei medici ospedalieri, sostenuti dall'Associazione dei direttori sanitari, la posizione della *matron* nel sistema inglese, che la maggioranza dei commissari vorrebbe importare in Italia<sup>61</sup>. La direttrice delle scuole convitto in Gran Bretagna è infatti responsabile – sul piano disciplinare e amministrativo – delle *nurses* anche dopo che queste hanno terminato la fase di formazione. Questo, nella lettura scandalizzata che ne fanno i rappresentanti dei medici, le sottrarrebbe al controllo del direttore e dei sanitari. Non è affatto un caso che il rappresentante del personale di assistenza di Roma, convocato per un'audizione dalla Commissione, insista sapientemente proprio su questo punto dolente, suggerendo che gli infermieri sindacalizzati, da anni impegnati in una battaglia per la qualificazione della propria professione, sono «contrari ai criteri di sostitu-

<sup>60</sup> Le sedute nelle quali si discute più accesamente di questa questione sono in particolare quella del 21 luglio 1918 e quella del 13 marzo 1919.

<sup>61</sup> *Quinto congresso dei direttori sanitari d'istituti ospitalieri*, in «Ospedale Maggiore», VII, 10 (1919), p. 201-14. D'altra parte quanto questo problema sia scottante nella pratica quotidiana degli ospedali si può supporre da alcuni episodi avvenuti al Policlinico di Roma tra il 1915 e il 1916 e riportati da Pascucci e Tavormina. In entrambi i casi si tratta di medici che contestano presso il Direttore sanitario l'autorità della *matron*. In un caso ad essere messa in discussione è la sua facoltà di decidere delle sorti delle infermiere stesse, nell'altro la sua autorevolezza in relazione ai sanitari stessi. Tavormina, Pascucci, *L'assistenza infermieristica in Italia*, cit., p. 80-81.

ire l'assistenza attuale con l'assistenza di tipo inglese. Riteniamo che ogni ospedale deve avere il suo personale di assistenza indipendente ed educato da speciale scuola alla dipendenza della Direzione della amministrazione dell'ospedale»<sup>62</sup>. L'autonomia delle infermiere è infatti lo spauracchio che i rappresentanti dei sanitari combattono accanitamente all'interno commissione<sup>63</sup>:

Come, pertanto, escludere proprio i medici da ogni ingerenza tecnica – si chiedono i commissari medici nella relazione di minoranza – se sono essi i depositari dei processi evolutivi, che si affermano in un campo, che è chiuso alla comprensione delle infermiere, anche se venute al massimo grado della gerarchia? Chi può affermare che sia stata detta l'ultima parola nelle discipline profilattiche e igieniche? Nessuno lo oserebbe; e conseguentemente noi riterremmo audace una disintegrazione di funzioni, cui contrasterebbe la natura, il contenuto delle funzioni stesse<sup>64</sup>.

Come si intuisce dalle parole della Relazione di minoranza, la questione dell'autonomia è strettamente legata al problema del sapere e delle gerarchie che si articolano in relazione ad esso. È proprio in virtù di un sapere del quale si dichiarano unici depositari che i medici rivendicano il proprio posto al vertice della gerarchia dell'«ospedale moderno». È per questo che la preparazione tecnicoscienza del personale di assistenza è un problema estremamente delicato, come abbiamo visto nel secondo capitolo. Se da una parte essa è ritenuta fondamentale per la 'modernizzazione' del servizio di assistenza e quindi per la trasformazione dell'ospedale in una fabbrica della salute, dall'altra tale preparazione avvicina pericolosamente il personale di assistenza a quello medico. È forse anche per non rischiare di vedere nell'infermiere ben formato un pericoloso doppio del medico che i sanitari promuovono la femminilizzazione della professione infermieristica. La differenza sessuale di cui è incarnazione la figura dell'infermiera moderna, può essere letta anche come un dispositivo di neutralizzazione di quell'effetto-specchio che una migliore formazione degli infermieri (uomini) può provocare. Ma questo dispositivo è fragile e perpetuamente esposto al fallimento. Non è un caso che Sabatini nell'intervento sopra-citato, suggerisca alle rappresentanti delle infermiere moderne di farsi ben volere dai medici e 'sedurli' attraverso

<sup>62</sup> Commissione per lo studio della riforma dell'assistenza infermiera, seduta del 29 marzo 1919, ACS, Ministero dell'interno, Direzione generale di sanità (1910-20), b. 601.

<sup>63</sup> L'esigenza dei medici viene peraltro accolta dal regolamento attuativo della legge del 1925, promulgato nel 1929 (D.L. 29 novembre 1929, n. 2330). In base all'articolo 10 la direttrice della scuola convitto dipende dal direttore dell'ospedale o della clinica per quanto riguarda il servizio di assistenza.

<sup>64</sup> Enrico Ronzani, Alfredo Lusignoli, *Relazione di minoranza*, cit., p. 2.

il ricorso alle «proprie qualità femminili: dolcezza remissività intuito, vincendo le proprie debolezze ed agendo con la più limpida cordialità»<sup>65</sup>: insomma di attivare performativamente l'effetto rassicurante della differenza sessuale. E tuttavia è lo stesso sapere che si pretende le infermiere acquisiscano per meglio svolgere il proprio compito che rischia di mettere in discussione la relazione di complementarietà subordinata che esse devono intrattenere con i medici. Non a caso questi scoraggiano frequentemente le infermiere dall'«i-norgogliersi' del sapere acquisito.

Questa ambiguità non può non aver prodotto degli effetti. A questo proposito risulta interessante la testimonianza prodotta nel 1937 da un'ex allieva della scuola convitto Regina Elena e riportata da Elena Palazzo nel suo *Da Florence Nightingale a S. Caterina*:

Ma i sanitari [...] erano armati, troppo spesso, nel servizio, di male parole – scrive l'infermiera – [...] in una corsia un medico aveva offeso la caposala per l'uso dei paraventi durante una delicata medicazione, in una sala operatoria erano avvenuti incidenti tra una caposala ed universitari, che dai reparti di autopsia entravano nella sala, durante la seduta operatoria, senza cambiarsi i camici<sup>66</sup>.

Al di là della veridicità degli episodi citati – il racconto è senz'altro venato dall'orgoglio delle 'pioniere' – quello che traspare da questa testimonianza è il dispetto dei sanitari nei confronti della rivendicazione di autorevolezza e di preparazione avanzata da queste donne, sostenuta forse anche da provenienza di classe e educazione. Le 'infermiere moderne' in carne e ossa, evidentemente, minacciano continuamente di eccedere lo scopo che i medici ospedalieri hanno previsto per loro: quello, cioè, di strumento discreto e funzionale alla piena presa di possesso dello spazio ospedaliero da parte della medicina e dei suoi cultori. Il compito di mantenersi entro i confini imposti loro dalla fantasia dei medici sull'«infermiera moderna» deve essere per le donne che danno corpo a questa figura immaginaria particolarmente difficile. In un certo senso le (poche) donne di 'civile condizione' che affrontano le scuole convitto per diventare 'infermiere moderne' sono sottoposte a pressioni contrastanti: da una parte la spinta ad affermare il proprio valore e la propria 'modernità', dall'altra quella a mantenere un ruolo ancillare e subordinato. Non è improbabile che proprio questa ambivalenza di fondo nell'atteggiamento del mondo medico verso la figura dell'«infermiera moderna» abbia rappresentato un ostacolo per quelle 'strategie di distinzione' necessarie alla trasformazione del campo dell'assistenza infermieristica, in special modo quella ospedaliera, in un territorio accessibile e legittimo per le donne di classe media.

<sup>65</sup> Sabatini, *L'infermiera al lato del medico*, cit., pp. 7-9.

<sup>66</sup> Palazzo, *Da Florence Nightingale a S. Caterina*, cit., p. 326.

Il già citato esempio della scuola Regina Elena<sup>67</sup> ci consente di esplorare un altro dei possibili ostacoli opposti all'ingresso delle 'signorine' nei convitti e negli ospedali: l'atteggiamento del personale di assistenza. Creata sotto l'egida della regina, garantita da un forte sostegno istituzionale<sup>68</sup>, sostenuta – anche economicamente – dalla Direzione Generale di Sanità<sup>69</sup>, la Regina Elena si propone come modello di convitto 'stile Nightingale'<sup>70</sup>, luogo di formazione delle future pioniere della riforma infermieristica. A guidarla nei primi anni sono non a caso una *matron* britannica proveniente dall'*Army Nursing Service*, Dorothy Snell<sup>71</sup>, e Amy Turton, nata a Firenze ma formata a Edimburgo, da anni impegnata a diffondere il 'modello Nightingale' in Italia<sup>72</sup>. Dato che nella scuola legata al Policlinico Umberto I si riversano molte delle aspettative legate alla 'modernizzazione' dell'assistenza dei riformatori e delle riformatrici che abbiamo sin qui incontrato, si può ben immaginare l'importanza che in questa istituzione rivestono i discorsi sull'infermiera moderna analizzati nei capitoli precedenti. Come si è già avuto modo di dire, altra faccia di questi discorsi è l'affermazione della sostanziale e irrimediabile inadeguatezza degli infermieri proletari a svolgere la propria professione adeguatamente. Il 'vecchio personale' degli ospedali si trova in qualche modo tagliato fuori da ogni possibilità di professionalizzazione da discorsi che questionano alla radice la sua possibilità di partecipare alla 'modernizzazione' dell'assistenza per ragioni tanto di

<sup>67</sup> Sulla scuola Regina Elena, oltre al già citato testo di palazzi, si veda Sironi, *L'infermiere in Italia*, cit.; Pascucci, Tavormina, *La professione infermieristica*, cit. Un'analisi più approfondita di quella abbozzata in queste pagine si trova in Olivia Fiorilli, *La costruzione dell'infermiera moderna: genere, biopolitica e immaginario nel primo trentennio del Novecento*, tesi di dottorato, Università di Roma La Sapienza, aa. 2013-2014.

<sup>68</sup> Del comitato promotore fanno parte oltre a varie nobildonne – *in primis* Emily Doria Pamphilj e Maria Maraini Guerrieri Gonzaga, presidente e vicepresidente – personaggi di spicco come il principe Torlonia, Raffaele Bastianelli, noto chirurgo romano e futuro commissario del sindacato fascista dei medici, Pietro Bertolini, deputato e futuro presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza e il futuro Direttore generale di Sanità Alberto Lutrario.

<sup>69</sup> Dalla documentazione frammentaria presente presso l'Archivio della Direzione generale di Sanità si deduce che i finanziamenti annuali che la Direzione conferisce alla scuola coprono sicuramente il periodo che va dal 1911 al 1920. ACS, Ministero degli interni, Direzione generale di Sanità (1910-20), b. 44.

<sup>70</sup> Bertolini, *Per la riforma dell'assistenza ospitaliera*, cit. G. Peloso *Evoluzione del concetto di assistenza*, in «L'infermiera Italiana», IV, 1-2 (1938), pp. 3-8.

<sup>71</sup> Maria Maraini Guerrieri Gonzaga e Emily Doria Pamphilj conoscono entrambe il lavoro e il pensiero di Florence Nightingale. Delle due Doria Pamphilj, di origini britanniche, aveva anche frequentato la scuola dell'Ambulatorio S. Giuseppe. Sironi, *L'infermiere in Italia*, cit., p. 134.

<sup>72</sup> Turton era in diretto contatto con Nightingale, come dimostra la loro corrispondenza. *Florence Nightingale, extending nursing. Collected works of Florence Nightingale*, a cura di L. Mc Donald, WLU Press, 2009, pp. 480 e sgg.

genere – nel caso degli uomini – quanto soprattutto di classe. Non stupisce che esso vi opponga una strenua resistenza<sup>73</sup>. E non è forse un caso che questa resistenza si manifesti a Roma con tanta veemenza.

Negli anni appena precedenti la nascita della scuola convitto Regina Elena la posizione degli infermieri degli ospedali, e in particolare di quelli del Policlinico, di fronte all'opinione pubblica è piuttosto delicata. Se i medici ospedalieri e i riformatori parlano già dell'inadeguatezza dell'assistenza prestata da infermieri 'rozzi e ignoranti' nonché privi della necessaria vocazione, un pubblico più vasto viene continuamente raggiunto dagli 'scandali' sollevati sui giornali<sup>74</sup> e dalle interrogazioni parlamentari sui presunti maltrattamenti di malati<sup>75</sup>. Non è un caso che gli infermieri della capitale cerchino di cogliere ogni occasione per riscattare il proprio operato dalle critiche. L'annuncio della prossima apertura di una scuola che «che risolvesse il credito e ridestasse la stima verso la classe degli infermieri di Roma»<sup>76</sup> viene pertanto accolta positivamente sulle pagine de «L'Infermiere». La Regina Elena viene letta come l'ennesima scuola privata, anticipata dalle iniziative del personale infermieristico. Nulla insomma di radicalmente difforme o dissonante rispetto a quanto gli infermieri chiedevano da anni. Scuole per il personale di assistenza in ogni ospedale provinciale, possesso di un diploma come requisito per l'assunzione, riconoscimento legale della professione infermieristica e distinzione tra personale ausiliario e di assistenza sono, infatti, tra le rivendicazioni contenute nel Regolamento tipo – stilato nel 1904 – la cui approvazione sarà rivendicata con pervicacia dalla Federazione fino agli anni '20. Proprio portando avanti la campagna di promozione del Regolamento tipo, però, gli infermieri di Roma si rendono conto che persino nel mondo medico, dimostratosi nei primi anni del '900 un valido appoggio per le rivendicazioni del personale di assistenza, col passare del tempo si sta affermando un modello di 'modernizzazione'

<sup>73</sup> Geertie Boschma ha condotto un'interessante analisi della resistenza condotta dagli infermieri uomini degli ospedali psichiatrici olandesi di fronte all'arrivo a capo dei reparti di infermiere istruite in scuole convitto sul modello inglese Geertie Boschma, *The rise of mental health nursing: a history of psychiatric care in Dutch Asylums, 1890-1920*, Amsterdam University Press, 2003. Pur non trattando di assistenza infermieristica, bensì di lavoro domestico, Raffaella Sarti ha invece analizzato le reazioni degli uomini impiegati al principio del ventesimo secolo nel lavoro domestico alla crescente femminilizzazione simbolica e pratica del loro settore di impiego. Si veda Raffaella Sarti, *Fighting for Masculinity: Male Domestic Workers, Gender, and Migration in Italy from the Late Nineteenth Century to the Present*. In «Men and Masculinities», XIII, 1 (2010), pp.16-43.

<sup>74</sup> Ad esempio *La condanna di due infermieri a Roma*, in «L'Infermiere», II gennaio (1905).

<sup>75</sup> Si veda *L'interrogazione dell'onorevole Monti-Guarnieri alla camera dei deputati*, in «L'Infermiere», IV, luglio (1907), p. 2 e Bartoloni, *Al capezzale dell'ammalato*, cit., p. 229.

<sup>76</sup> Giulio Nardelli, *Sulla erigenda scuola convitto di Roma*, in «L'Infermiere», VI, luglio (1909), p. 1.

dell'assistenza infermieristica che non li contempla. Un modello che di lì a pochissimo sarà incarnato proprio dalla scuola Regina Elena. Nel 1909, infatti, le speranze riposte dai delegati romani della Federazione dei Medici Ospedalieri riuniti a congresso a Napoli, vengono gravemente deluse. La delusione arriva tanto più inaspettata perché nel precedente congresso i sanitari avevano accettato di istituire una commissione per discutere del Regolamento tipo proposto dalla Federazione. Della commissione, in effetti, la Federazione non aveva più avuto alcuna notizia. Nel congresso di Napoli invece, l'unica relazione dedicata alla questione dell'assistenza è quella del dottor Sgambati, che ne auspica la completa femminilizzazione:

Solo chi non vive addentro nella vita ospitaliera – scrive indispettito «L'Infermiere» – non può comprendere quanto ne restino turbati i servizi dai pettegolezzi, attriti, amoretti, ed amorazzi femminili, quante volte per dispetti, invidie, gelosie, favoritismi ecc. si trascurino alcuni doveri, si compiano gravi ingiustizie tutte a scapito del povero ammalato. L'ambiente dell'ospedale dovrebbe essere molto severo: ma purtroppo l'esperienza ci insegna che dove prendono soverchia mano le donne si turba la serenità dell'ambiente e si distoglie non poca gente dal compiere coscienziosamente il proprio dovere<sup>77</sup>.

Il lungo articolo comparso su «L'Infermiere» enuclea alcune delle argomentazioni chiave avanzate dagli infermieri organizzati contro le 'signorine infermiere'. Le donne, che i riformatori ritengono 'superiori' agli uomini nel campo dell'assistenza, sarebbero in realtà addirittura 'inadatte' a lavorare in un ambiente serio e composto come quello dell'ospedale a causa della loro 'naturale' leggerezza, vacuità, mancanza di autocontrollo, tendenza ad abbandonarsi alle emozioni, litigiosità e – naturalmente – seduttività.

Paradossalmente, data la centralità che la sensibilità ha nei repertori della femminilità borghese, anche l'accusa di 'indifferenza' torna con estrema frequenza sulle pagine de «La voce dell'Infermiere» negli anni '10. Esempio in questo senso un articolo comparso nel gennaio del 1915 che racconta i soccorsi speciali organizzati in occasione del terremoto della Marsica:

Non possiamo tacere in questo momento la manifestazione di egoismo e indifferenza data dal personale della *Scuola Convitto Regina Elena*. Queste eleganti ed aristocratiche apostolesse di cattedra, che pretendono di poter giudicare mercenaria l'opera del personale di assistenza degli ospedali e si atteggiavano a modelle di infermiere; queste famose *nours* [sic] dalla candida cuffia altro non sono che delle sportrici delicate di una mansione, i cui veri sacrifici cercano sempre di allontanare,

<sup>77</sup> *I congressi dei medici ospedalieri e manicomiali in rapporto al nostro regolamento-tipo: delusione da una parte, valido appoggio dall'altra*, in «L'Infermiere», VI, novembre-dicembre (1909), p. 1.



e che deve a loro procurare onori e *réclame*; queste nordiche e nomadi fanciulle che non disdegnano ballare il tango intorno ai padiglioni dove giace l'umanità sofferente; queste sirene ammirate e corteggiate da medici e da primari le di cui macchine fotografiche ricevono l'impressione delle sorridenti e andalusite figure<sup>78</sup>.

L'articolo contiene una sintesi particolarmente colorita dei discorsi elaborati dal personale infermieristico organizzato del Policlinico nel tentativo di resistere non solo all'«invasione delle *nurs* (sic)» ma anche ad una versione della «modernizzazione dell'assistenza» che, come abbiamo visto, rappresenta i «vecchi infermieri» come non passibili di miglioramento. In primo luogo, come dicevamo, una delle argomentazioni sovente sollevate contro le «signorine infermiere» è quello della loro presunta «leggerezza». Le «*nours*» [sic] non «disdegnano ballare il tango intorno ai padiglioni dove giace l'umanità sofferente», sostiene l'articolo attingendo ad un ricco immaginario sulla vacuità femminile che sarà utilizzato a piene mani nei commenti sarcastici sul lavoro delle infermiere volontarie della Grande Guerra<sup>79</sup>, ma che aveva i suoi antecedenti nei commenti suscitati dall'intervento delle «Dame Infermierie» della Croce Rossa in occasione tanto del terremoto di Messina/Reggio Calabria<sup>80</sup> quanto della campagna di conquista della Libia. Non a caso le «*nours*» sono insistentemente descritte come «elegantissime»<sup>81</sup>, oltre che aristocratiche. La continua contrapposizione della loro eleganza alla povertà dell'abbigliamento dei «veri infermieri» cui nulla è riconosciuto e sui quali l'amministrazione ospedaliera non vuole investire<sup>82</sup> – che svolgono comunque il proprio lavoro con perizia e «spirito umanitario» – se da una parte allude alla vanità delle «signorine», contrapposta all'umanità del vecchio personale, dall'altro iscrive le «signorine infermiere» nel registro dell'apparenza e i «vecchi infermieri» in quello dell'autenticità. L'immagine delle «sirene», appellativo con il quale le allieve della scuola convitto sono chiamate in più di un articolo<sup>83</sup>, allude forse, d'altra parte, proprio all'idea che dietro l'apparenza piacevole e la buona impressione offerta dalle «signorine» si nasconda un pericoloso inganno, come dimostrerebbero innumerevoli episodi denunciati sulle pagine de «La voce

<sup>78</sup> *La dignità della classe*, in «L'Infermiere», XII, gennaio (1915), p. 4.

<sup>79</sup> De Giorgio, *Le italiane dall'unità a oggi*, cit., pp. 115 e sgg.

<sup>80</sup> *Ivi*.

<sup>81</sup> Ne *L'Espansionismo della scuola convitto Regina Elena*, in «La Voce dell'Infermiere», III, 19 marzo (1915), p. 3, le allieve del Convitto vengono definite «le eleganti *nours*».

<sup>82</sup> Si veda ad esempio *Policlinico*, in «L'Infermiere», X, settembre (1914), p. 1.

<sup>83</sup> Ad esempio un articolo intitolato *Policlinico. L'invasione delle *nurs* [sic]*, in «La voce dell'infermiere», II, 4 novembre (1914), p. 1, si legge «L'omertà professionale, la mancanza di controllo, lascia ignorati ed impuniti innumerevoli gravi incidenti. [...] Là, *nell'olimpico delle sirene*, si fanno le cose in famiglia; nessun sa e nessuno vede. Là non ci è controllo; Là non vi è disciplina».

dell'Infermiere». Le «sirene ammirate e corteggiate da medici e da primari» sono in realtà prive di sentimento, dis-umane se non addirittura pericolose<sup>84</sup>. Ribaltando ancora una volta, il discorso dei riformatori e delle riformatrici dell'assistenza infermieristica, che nella qualifica di «mercenario»<sup>85</sup> ha condensato una serie di presunti difetti del vecchio personale che vanno dalla mancanza di vocazione all'insensibilità nei confronti dei malati, gli infermieri reindirizzano sulle proprie 'antagoniste' l'accusa di cinismo e mancanza di umanità. Non a caso nell'articolo dedicato alla situazione dei soccorsi in occasione del terremoto della Marsica le signorine infermiere sono definite «nordiche e nomadi». Se da una parte tali aggettivi fanno riferimento al fatto che esse sono incarnazione di un modello «nordico» di assistenza, impraticabile in Italia a causa del «temperamento della nostra razza»<sup>86</sup> – e qui il riferimento è alla spiccata sensualità che caratterizzerebbe la «razza latina» – dall'altra essi rimarcano l'estraneità, la non familiarità delle «nurs». Queste ultime sono letteralmente delle «estrane» rispetto alla vita dell'ospedale.

La dicotomia tra apparenza/falsità/inganno delle «signorine infermiere» e autenticità/verità dei «vecchi infermieri», al quale abbiamo già fatto riferimento, sostiene inoltre un assunto fondamentale del contro-discorso prodotto dagli infermieri organizzati. Nonostante le «nurs» facciano sfoggio di professionalità e si proclamino professioniste dell'assistenza, i «veri professionisti» della cura sono proprio i «vecchi infermieri», che hanno alle spalle una lunga esperienza, conoscono la vita dell'ospedale e svolgono il proprio lavoro in condizioni durissime<sup>87</sup>. Diversi articoli comparsi su «La voce dell'Infermiere» fanno non a

<sup>84</sup> Ad esempio nel febbraio del 1914 si legge «Vari incidenti e gravosi si sono rilevati nei padiglioni occupati dalle signorine e quanti non è possibile rilevare perché si ha l'interesse di tenerli celati. Vogliamo solo citare un curioso fattarello che ci dimostra il cinismo delle signorine, la poca oculatezza, la mancanza di quella pratica necessaria e anche una abituale negligenza. L'episodio in questione riguarda un muratore di nome Stortoni ricoverato in gravi condizioni [...]. la signorina... ivi addetta, giudicando morto il povero Stortoni, gli toglie i cuscini, lo copre con un lenzuolo, in posizione funebre. Il morto, era tanto morto, che con il solo respiro si fece sentire dal portantino di corsia il quale si è affrettato a scoprirlo e dopo avergli praticata la respirazione artificiale ha cercato di portargli qualche conforto. Intanto la sister rideva per quello che il portantino stava facendo». *Policlinico*, in «La Voce dell'Infermiere», II, 4 febbraio (1914), p. 4.

<sup>85</sup> Tra l'altro un articolo del 1914 fa un raffronto tra i compensi delle 'signorine infermiere' e quelli del 'vecchio personale', sostenendo che le 'nurs' guadagnino di più, con l'intento di rovesciare il discorso dei riformatori, *Il convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali*, in «La Voce dell'Infermiere», II, 19 giugno (1914), p. 1.

<sup>86</sup> *L'espansionismo della scuola convitto Regina Elena*, in «La Voce dell'Infermiere», II, 19 marzo (1915), p. 4.

<sup>87</sup> In un articolo intitolato *Il convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali* si legge «così trattati, con il solo misero profitto pecuniario, gli infermieri nostri, compiono miracoli nel dar prova di una soddisfacente pratica di assistenza che in molti casi raggiunge la manifestazione geniale del vero e bravo infermiere», in «La Voce dell'Infermiere», II, 4 settembre (1914), p. 1.

caso riferimento al fatto che le mansioni più difficili, che richiedono maggior perizia – insieme a quelle più pesanti – siano lasciate al ‘vecchio personale’ «poiché codeste *poseurs* dell’apostolato più difficile e più gravoso, della missione umanitaria che non conosce sacrifici e non può mai essere convenientemente compensata, si limitano a fare mostra delle loro *silouets* [sic] andalusiane, a sorridere quando ci riescono ai malati, e ad eseguire i lavori più leggeri e meno umili. Per tutto il resto pensa l’infermieraccio degli ospedali»<sup>88</sup>.

D’altra parte gli articoli de «La voce dell’Infermiere» tornano continuamente sull’imperizia delle ‘signorine infermiere’ e denunciano frequentemente episodi che testimonierebbero della loro incapacità, mancanza di preparazione, dilettantismo. Non è un caso che il concetto cui più spesso le ‘signorine infermiere’ sono associate nel discorso dei ‘vecchi infermieri’ è quello di *sport*. Esse sono delle ‘sportrici’, si dedicano all’assistenza solamente ‘per sport’. Questo concetto – non certo una prerogativa degli infermieri organizzati<sup>89</sup> – era già stato espresso sulle pagine de «L’Infermiere» in occasione della partecipazione delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana al soccorso dei terremotati di Messina/Reggio Calabria nel 1908<sup>90</sup> e alla campagna di conquista della Libia<sup>91</sup>. Il riferimento allo sport rimanda al gioco, al divertimento e quindi alla mancanza di serietà che al fondo caratterizzerebbe queste «sedicenti professioniste». D’altra parte l’idea che le donne borghesi si dedichino all’assistenza per sport sottolinea la distanza tra il ‘dilettantismo’ di queste ultime e la professionalità degli infermieri ‘autentici’<sup>92</sup>. Distinzione che poggia su un discrimine di classe. Ribaltando ancora una volta il discorso

<sup>88</sup> *Il convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali*, in «La Voce dell’Infermiere», II, 4 agosto (1914), p. 2: si veda anche *L’espansionismo del Convitto Regina Elena*, in «La Voce dell’Infermiere», III, 19 marzo (1915), p. 3.

<sup>89</sup> Nerina Gigliucci, in *Otto infermiere volontarie morte in servizio di guerra. Commemorazione tenuta al ‘Lyceum’ di Firenze il 3 maggio 1919*, Pistoia, Ditta Pacinotti e c. 1919, racconta che una delle commemorate, Tommasina Baldi, aveva in più di un’occasione difeso le volontarie della CRI dalla – a suo dire – frequentissima accusa di prodigarsi nell’assistenza ‘per sport’ (ivi, p. 28).

<sup>90</sup> Si veda Comitato centrale, *Per la dignità della classe*, in «L’Infermiere», VI, gennaio (1909), p. 1.

<sup>91</sup> Ad esempio in un articolo intitolato *Riorganizziamoci*, Pietro Chiesi invitando i colleghi ad iscriversi all’organizzazione, scrive «[...] dobbiamo essere noi unici competenti ed interessati a far capire che una simile missione non si compie né per *sport*, né ad avanzo di tempo, e che coloro che si sono dati a questa opera si difficile e umanitaria debbano essere più rispettati di quello che non lo sono», Pietro Chiesi, *Riorganizziamoci*, in «L’Infermiere», VIII, dicembre (1911), p. 2. In un altro articolo intitolato l’autore insiste ancora sul fatto che le aristocratiche volontarie «non dovrebbero essere prese sul serio perché tutto ciò sembra Sport fuori stagione, ed è un’offesa per coloro (e sono migliaia) che quotidianamente e per anni trascorrono la loro vita tra le più atroci miserie umane, tra l’indifferenza di tutti, e senza un pane assicurato», Pietro Chiesi, *Di riflesso*, in «L’Infermiere», IX, ottobre (1913), p. 3.

<sup>92</sup> Scrive «L’Infermiere» in occasione di un congresso del ICN a Londra «sappiano i compagni che non è un Congresso di infermiere autentiche ma sarà una raccolta di quelle dame tanto

dei riformatori e delle riformatrici dell'assistenza, che ritengono gli infermieri proletari 'irriformali' proprio a causa della loro appartenenza di classe, il 'vecchio personale' sviluppa a proprio favore la tradizionale inconciliabilità tra lavoro salariato e femminilità borghese per affermare invece l'inevitabile dilettantismo delle 'signorine infermiere'. Al contrario gli infermieri proletari, fieramente identificati con la classe operaia<sup>93</sup>, si autorappresentano come naturalmente predisposti ad affrontare l'assistenza come un vero lavoro. Nel tentare di difendere la propria dignità professionale il 'vecchio personale' porta alla luce un'ambiguità di fondo del discorso sull'"infermiera moderna". Nel duplice tentativo di contrapporre la 'nuova infermiera' al vecchio personale 'mercenario' e di consentire l'accesso alla professione di donne di classe media attraverso l'occultamento di ogni riferimento al guadagno – interpretato come l'aspetto 'degradante' del lavoro – i riformatori e le riformatrici dell'assistenza costruiscono infatti un discorso ambivalente. Tale discorso, infatti, da una parte valorizza l'aspetto 'vocazionale' dell'assistenza, dall'altra insiste sul suo carattere di professione. Tale contraddizione di fondo viene giocata a proprio favore dagli infermieri attraverso il continuo rimando alla mancanza di 'professionalità' delle 'signorine'.

Se i medici e più in generale i riformatori e le riformatrici dell'assistenza, nell'assemblare la figura dell'"infermiera moderna", attingono ai repertori della femminilità borghese, si può dire che gli infermieri impegnati a cercare di resistere all'ascesa di questa figura ricorrono, per rappresentarla, al 'lato oscuro' di questi stessi repertori. Nel rappresentare le 'signorine infermiere' non solo come vanitose, vacue e superficiali, ma anche come inadatte al lavoro, prive di attitudine professionale, eternamente dilettanti, essi fanno ricorso in un certo senso all'"altra faccia" della femminilità borghese e del suo legame strutturale con la domesticità e con la sfera privata.

Non possiamo sapere se e in che misura le continue denunce pubbliche degli 'errori' e dell'imperizia delle 'signorine', le proteste levate dagli infermieri ad ogni tentativo di espandere la scuola, i memoriali consegnati alla direzione, le accuse e le più o meno velate forme di 'diffamazione' abbiano potuto in qualche modo ostacolare la scuola o scoraggiare potenziali allieve dall'iscrivervisi<sup>94</sup>. D'altra parte, a causa della lacunosità del materiale e della

bene tratteggiate nella 'Turlupineide' di Renato Simoni», *Il Congresso internazionale delle infermiere*, in «L'Infermiere», VI, giugno (1909), p. 2.

<sup>93</sup> Si vedano a titolo d'esempio «L'Infermiere», IX, marzo (1912); «L'Infermiere», XI, gennaio (1914); «L'Infermiere», XX, agosto (1925).

<sup>94</sup> Dalla relazione di Egle Pilastrini al Convegno sull'assistenza infermieristica organizzato dal CNDI nel 1920, si apprende che la scuola Regina d'Italia di Firenze fondata nel 1914 come 'filiale' della Regina Elena di Roma incontra nel dopoguerra seri problemi con gli infermieri locali che «cedettero a voci fantastiche da parte nostra nell'Ospedale [...] lasciando credere che la scuola, fra le sue finalità, avesse quella di distruggere i diritti del personale

situazione creatasi dopo l'avvento del fascismo, quando le Leghe sono costrette a interrompere le pubblicazioni a causa della persecuzione del regime<sup>95</sup> ai danni delle organizzazioni sindacali, il materiale fin qui esaminato si riferisce soprattutto agli anni a cavallo della prima guerra mondiale, mentre poco sappiamo di quelli seguenti. Nei pochi numeri de «L'Infermiere», dell'omonimo giornale della Federazione Regionale del Lazio degli Infermieri degli Ospedali e dei Manicomi e de «La voce dell'Infermiere» usciti negli anni '20, prima della loro definitiva chiusura sotto la pressione del regime, il riferimento alle «nurs» si affievolisce sino a scomparire. Sui numeri de «L'Infermiere» e de «La voce dell'Infermiere» usciti a ridosso dell'approvazione del regio decreto sulle scuole convitto non vi sono riferimenti a una normativa che pure in qualche modo deve aver colpito la categoria. Probabilmente in questa fase difficile prevale la preoccupazione per i destini delle organizzazioni sindacali.

Sicuramente, però, questi discorsi hanno in qualche continuato a produrre 'senso comune', contribuendo più o meno direttamente a scoraggiare potenziali 'infermiere moderne' dall'intraprendere questa carriera.

#### 4. L'infermiere moderno

Oltre a resistere all'«invasione delle nurs», a partire dal principio del '900 e in modo via via più insistente nel corso degli anni seguenti, gli infermieri organizzati elaborano un discorso autonomo sulla propria professione, sui suoi punti salienti, sui mezzi per migliorarla, sulle attitudini necessarie a svolgerla in modo adeguato. Questo discorso accompagna e sostiene anche le rivendicazioni più direttamente attinenti le condizioni materiali di lavoro e nel corso degli anni guadagna sempre maggiore centralità. Lo annuncia chiaramente Augusto Fanfani, membro del Comitato Centrale della Federazione, in un articolo pubblicato nel 1911: «Gli infermieri d'Italia in un avvenire prossimo allorché lotteranno per conseguire un miglior trattamento economico non dovranno buttare sulla bilancia soltanto le sacrosante ragioni del rincaro della vita o del diritto all'esistenza, ma anche e soprattutto il fatto delle loro cambiate condizioni intellettuali e morali. Il loro tecnicismo professionale»<sup>96</sup>.

esistente, per farsene ragione di minaccia di sciopero generale. Di fronte alla maggioranza minacciosa, poco appoggiati, dovemmo cedere. E dovemmo rinunciare ad ogni forma di propaganda ed a più vasto reclutamento, limitandoci, e limitando il lavoro alla clinica medica soltanto, lavoro talvolta tranquillo, spesso turbato da incompatibilità inevitabili per le diverse ingerenze professionali» CNDI, *Convegno per uno scambio di idee*, cit., pp. 52-3.

<sup>95</sup> De «La Voce dell'Infermiere» si perdono le tracce a ridosso della guerra, ma il giornale ricomincia ad uscire dopo un periodo di chiusura nel marzo del 1925. Anche «L'Infermiere» è costretto dal regime a chiudere nei primi anni '20, ma ricomincia ad uscire nel 1925. Dopo questo anno, però, si perde traccia di entrambi i periodici.

<sup>96</sup> Augusto Fanfani, *I nostri propositi*, in «L'Infermiere», febbraio 1911, p. 1.

Nel periodo in cui riformatori di varia provenienza arrivano ad individuare nell'«infermiera moderna» la vera e propria chiave di volta del rinnovamento dell'assistenza, gli infermieri organizzati in sindacati costruiscono una via alternativa all'«modernizzazione» dell'assistenza stessa. Alla base di questo processo il tentativo di costruire il proprio come un lavoro qualificato e rispettabile, di garantirgli «cittadinanza nella classifica delle professioni»<sup>97</sup>. «La missione dell'infermiere – si legge in un articolo firmato nel 1911 significativamente intitolato *Per la dignità dell'infermiere* – non va confusa con quella manovale che deve semplicemente impastare la calcina o del fattorino tranviario che ha il compito di distribuire dei biglietti e di riscuotere dei denari: l'infermiere non è un manovale, è qualche cosa di più di un mestierante e qualche cosa di meno di un professionista laureato, ma è sempre, in conclusione, un sanitario che esercita le sue mansioni in riguardo all'esistenza del proprio simile»<sup>98</sup>.

Al cuore del discorso sviluppato autonomamente dagli infermieri sulla «modernizzazione» dell'assistenza c'è soprattutto un'immagine ideale di professionista dell'assistenza. La figura del «vero perfetto infermiere»<sup>99</sup> viene delineata dai molti articoli che potremmo definire di «cultura professionale»<sup>100</sup> pubblicati nel corso degli anni sui giornali di categoria, e in particolare su «L'Infermiere». Accanto ai resoconti delle lotte e alle invettive contro i «nemici della classe», questi giornali ospitano infatti con frequenza crescente a partire dai primi anni del '900 articoli che delineano in positivo o in negativo – cioè attraverso l'enucleazione dei comportamenti censurabili – la figura dell'«infermiere moderno».

Questa figura ha una prima fondamentale caratteristica: è un uomo<sup>101</sup>. Gli articoli de «L'Infermiere» sembrano infatti prevalentemente parlare a un pubblico maschile. È agli infermieri che implicitamente si riferiscono gli ammonimenti e i consigli che compaiono sulla rivista, è *in primis* a loro

<sup>97</sup> *L'infermiere e la sua scuola*, in «L'Infermiere», XI, febbraio 1914, p. 3.

<sup>98</sup> *Per la dignità dell'infermiere*, in «L'Infermiere», VIII, febbraio (1911), p. 1.

<sup>99</sup> «Noi [...] dimostreremo come, malgrado i mezzi di cui dispone la Scuola Convitto, le infermiere *nurs* non siano al di sopra di noi e dimostreremo che le nostre richieste per una scuola perfetta fossero state dalla Amministrazione accolte, invece di allargire (sic) centinaia di migliaia di lire a beneficio di quella Convitto, noi potremmo avere negli ospedali il vero perfetto infermiere», *Il Convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali*, in «La Voce dell'Infermiere», XI, 19 giugno (1914), p. 1.

<sup>100</sup> «[...] tutto ciò era confortante e ci faceva accarezzare l'idea di trasformare la organizzazione degli infermieri in un circolo di coltura sociale e professionale, poiché gli scopi di una resistenza, della lotta economica per la vita sembravano venir meno», *La situazione degli infermieri*, in «La Voce dell'Infermiere», I, 19 dicembre (1913).

<sup>101</sup> Per un'illuminante analisi del rapporto tra genere, costruzione della nozione di classe operaia e rappresentazione della classe si veda Scott, *On language, gender, and working class history*, in Scott, *Gender and the Politics of History*, cit., pp. 53-67.



che si intende offrire una figura nella quale identificarsi. I riferimenti alle infermiere donne che pure compaiono non infrequentemente, soprattutto nei primi anni del '900, sulle pagine de «L'Infermiere», le delineano chiaramente come l'eccezione rispetto al pubblico cui si rivolgono la Federazione e il suo giornale. Le infermiere che fanno la loro comparsa sulle pagine del giornale – raramente protagoniste di qualche vertenza sindacale – sono generalmente<sup>102</sup> oggetto di un discorso rivolto ad infermieri uomini: devono essere rispettate dai propri compagni e da questi coinvolte nell'attività delle Leghe<sup>103</sup>, educate<sup>104</sup>, strappate al controllo delle suore e ai richiami del lusso e della frivolezza<sup>105</sup>. Il soggetto ideale cui «L'Infermiere» si rivolge

<sup>102</sup> Nei primi anni di vita della rivista sulle pagine dell'infermiere appaiono alcuni articoli che hanno per tema 'la donna infermiera': ne è esempio un articolo che porta proprio questo nome firmato Fosca Stangher Contin, comparso sul numero di settembre ottobre 1906 nel quale si avanza l'idea che le donne siano particolarmente adatte ad assistere gli infermi. Tuttavia le idee sollevate in questo articolo sono talmente isolate da non essere evidentemente percepite come minacciose.

<sup>103</sup> In un articolo di Elena Pensuti paradossalmente intitolato *Alle infermiere*, l'autrice scrive: «Quando gli uomini avranno compreso tutta l'importanza d'aver associata la donna nelle lotte per la emancipazione sociale, e si proporranno seriamente di aprire l'animo delle loro compagne agli ideali nuovi, allora esse non saranno più strumento cieco di oppressione, ma combattenti volenterose nelle file della classe lavoratrice. In buona parte agli uomini spetta il compito di sottrarre le donne ai pregiudizi e di rendersele compagne coscienti, oltre che nella vita intima della famiglia, anche nelle aperte battaglie del lavoro», in «L'Infermiere», II, maggio (1905), p.1.

<sup>104</sup> Rosa, *Bisogna educare la donna*, in «L'Infermiere», VII, gennaio-febbraio (1910), p. 3.

<sup>105</sup> «Intendo parlare delle Infermiere, le quali nella grandissima maggioranza, sono completamente apatiche per quanto sa di organizzazione e di emancipazione, e preferiscono occupare la loro libertà recandosi in balli pubblici ed in altre occupazioni inutili e dannose. È ben vero che in parecchi centri anche qualche infermiera fa parte delle nostre leghe; a Genova per esempio abbiamo nella nostra lega un discreto numero di Infermiere, ma esse non costituiscono neppure un terzo del numero totale di Infermiere di tutti gli ospedali e manicomi di Genova e circondario. Pure le compagne fiorentine (non so in quale quantità) sono organizzate e così pure in qualche centro ma moltissimi sono però gli ospedali e i manicomi ove l'infermiera è ancora oggi lo strumento cieco e passivo del clericalismo rappresentato da quelle pie ancelle che sono le monache. Queste nostre sorelle di fatica il più delle volte non sentono il bisogno di emanciparsi o perché mai giunge fino a loro una voce ammonitrice che le scuota dalla loro apatia, procurata principalmente da quella sequela di vietati pregiudizi inoculati nelle loro semplici menti da una educazione basata sull'oscurantismo clericale. Ciò non toglie però che anch'esse abbiano diritto a un migliore tenore di vita, e se esse ancor non sentono il bisogno di scuotere il giogo che le opprime, è nostro dovere cercare di avvicinarle e convincerle che il trattamento che loro vien fatto è un trattamento ingiusto perciò necessario che le convinciamo che le loro ore di libertà non devono impiegarle inutilmente, che devono disertare i balli, abbandonare i ninnoli inutili e ridicoli e tante altre occupazioni il più delle volte dannose, ma devono invece frequentare le sale di lettura, ascoltare conferenze istruttive, occupare insomma il loro tempo libero in modo da formarsi un concetto giusto della vita vera e reale, con tutti i suoi inganni e le sue brutture; e che devono unirsi a noi per combattere le belle battaglie per la rivendicazione dei loro e

è insomma chiaramente un infermiere uomo – possibilmente padre di famiglia<sup>106</sup> – rispetto al quale le infermiere donne rappresentano l'alterità o un'irrelevante eccezione.

Non solo l'«infermiere moderno» delineato dal contro-discorso sulla professionalizzazione dell'assistenza prodotto dalle Leghe Infermiere è, come abbiamo visto, un modello implicitamente maschile, concepito per un pubblico di uomini. Molte delle doti che lo dovrebbero caratterizzare sono pensate come antitetiche rispetto all'idea della «natura femminile» delineata dalla maggior parte degli articoli de «L'Infermiere». Il «buon infermiere» deve infatti essere serio, composto, dotato di forte autocontrollo, ma non indifferente alle sofferenze altrui, caratteristica – quest'ultima – come abbiamo visto attribuita alle «signorine infermiere». Deve tenere un contegno sobrio e astenersi «dal vaniloquio che spesso degenera in pettegolezzo» e mostrare «sobrietà e temperanza di modi» verso il malato e verso i compagni, come specifica un articolo dedicato all'«elevazione morale» dell'infermiere<sup>107</sup>. «Deve essere prima cura dell'infermiere – specifica un articolo de «La voce dell'Infermiere» del maggio del 1915 – di non abbandonarsi a discussioni inopportune; di non tenere un contegno scorretto e irriverente; di non fare schiamazzi ed atti che indichino una cattiva educazione e la interna indifferenza alle altrui sofferenze. Nelle corsie è bene abituarsi a non parlare troppo forte, specialmente durante la notte, a non fare troppo chiasso nell'eseguire le pulizie, e a tener conto dello stato degli infermi che spesso esige completa tranquillità»<sup>108</sup>. Si tratta di comportamenti che invece, come abbiamo visto negli articoli che abbiamo analizzato, secondo i compilatori delle riviste delle Leghe, caratterizzerebbe le donne, inclini al pettegolezzo e alle gelosie, alla litigiosità, alla frivolezza, alla vacuità, incapaci di quell'autocontrollo che è costruito come una caratteristica precipuamente maschile. Come sintetizza un già citato articolo pubblicato su «L'Infermiere»: «dove prendono soverchia mano le donne si turba la serenità dell'ambiente». Inoltre il «buon infermiere» deve essere caratterizzato da abnegazione e pietà nei confronti dei «fratelli» ammalati e rispetto nei confronti dei medici non «per virtù di disciplina» – la condanna del «servilismo» è netta negli articoli della stampa sindacale – ma «per lo ascendente emanato da una scienza

dei nostri diritti», Attilio Vannucci (Genova) *Organizziamo le infermiere*, in «L'infermiere», VIII, dicembre (1911), p. 1.

<sup>106</sup> «La bandiera dell'organizzazione è il nostro standard of life, come dicono gli inglesi, la bandiera della nostra vita, la bandiera della vita delle nostre donne, dei nostri bambini, di tutte le nostre famiglie che è ancora troppo misera e grama e che dovrà essere dimani, per l'opera dell'organizzazione, più elevata e più degna». A. Lazzari, *Eroi oscuri*, in «L'Infermiere», II, marzo (1905), p. 4.

<sup>107</sup> Salvatore Tirabassi, *Elevazione spirituale*, in «L'Infermiere», XVI, maggio (1920).

<sup>108</sup> *Il dovere dell'infermiere*, in «La Voce dell'Infermiere», III, 19 maggio (1915), p. 1.

acquista faticosamente». L'«infermiere moderno» deve insomma essere un essere un soggetto libero, pensante, padrone di sé e dei propri atti: insomma un soggetto maschile<sup>109</sup>.

L'autocontrollo e la sobrietà fanno dell'«infermiere moderno» il miglior candidato a svolgere un lavoro difficile e delicato, sebbene mai sufficientemente riconosciuto, all'interno di un luogo «di dolore che non deve mai mancare della calma, della serenità, dello spirito umanitario, che soli possono renderlo adatto a sostituire la propria casa, la propria famiglia, per l'infermo che al male fisico aggiunge il dolore di essere lontano dai suoi cari»<sup>110</sup>. Quest'ultimo brano che delinea *I doveri dell'infermiere* è particolarmente interessante perché evoca, cambiandola di segno, una delle argomentazioni utilizzate dai sostenitori della femminilizzazione dell'assistenza. Come abbiamo visto nel capitolo 2, una delle ragioni mobilitate a favore dell'idea di affidare quest'ultima alle donne sarebbe proprio la loro presunta naturale capacità di sostituirsi, per il malato, alla famiglia lontana grazie ad una «innata predisposizione alla maternità». L'articolo, al contrario, individua come unici elementi che possono rendere l'ospedale uno spazio adatto a sostituire per l'infermo la casa e la famiglia lontane quella calma e quella serenità che solo un personale serio, composto e sobrio – e «quindi» preferibilmente maschile – possono garantire.

Ma a caratterizzare la figura dell'«infermiere moderno» devono essere anche l'abnegazione<sup>111</sup>, lo «spirito umanitario»<sup>112</sup>, la gentilezza, la pazienza, la pietà nei confronti dei sofferenti. Alcune di queste doti – le cosiddette «virtù passive»<sup>113</sup> – sono proprio quelle che molti e riformatrici dell'assistenza hanno identificato come tipicamente femminili nel tentativo di sostenere la maggior predisposizione delle donne per il lavoro infermieristico. Eppure se guardiamo da vicino al modo in cui queste «virtù» sono ri-declinate nel discorso prodotto dalle Leghe Infermiere, possiamo notare che esse vengono accuratamente separate da ogni rimando alla femminilità. Nel paragrafo precedente abbiamo visto come nella rappresentazione dell'opposizione binaria tra «si-

<sup>109</sup> Sandro Bellasai, *La mascolinità contemporanea*, Roma, Carocci, 2004. Si veda Thierry Pillon, *Virilité ouvrière*, in *Histoire de la virilité*, a cura di Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello, Paris, Seuil, 2011, vol. III, pp. 303-26.

<sup>110</sup> *Modificare l'ambiente. I doveri dell'infermiere*, in «La Voce dell'Infermiere», III, 19 aprile (1915), p. 2.

<sup>111</sup> *Rubrica educativa: l'infermiere professionale e la necessità della scuola*, in «L'Infermiere», III, settembre-ottobre (1906), p. 7.

<sup>112</sup> Fin dal principio del '900 diversi articoli comparsi sul «L'Infermiere» mettono l'accento sul carattere vocazionale della professione. Si veda ad esempio *Altra vittoria*, in «L'Infermiere», IV, giugno (1907), p. 2.

<sup>113</sup> Fosca Stegher Contin, *La donna infermiera*, in «L'Infermiere», III, settembre-ottobre (1906), p. 1.

gnorine infermiere' e 'vecchi infermieri', lo 'spirito umanitario', la gentilezza e la sollecitudine siano ascritti a questi ultimi, mentre le prime sono accusate di cinismo, indifferenza, leggerezza, disumanità. Anche la pietà è una 'dote' che il discorso prodotto dagli infermieri rideclina e ridefinisce, rendendola pienamente 'virile'. Il primo numero del redivivo «L'infermiere» nel dicembre del 1924 dedica l'articolo di fondo al commento del nuovo stemma della Federazione. Del precedente simbolo dell'organizzazione sappiamo solo che era verde e recava la scritta 'humanitas'. La frase riportata sul nuovo stemma, invece, è «la pietà è la virtù dei forti». L'articolo di fondo del numero così commenta la nuova bandiera federale: «Volle Sebastiano del Buono<sup>114</sup> che in calce al simbolo federale, vi fosse impresso, coi colori della fede, su dorato sfondo, il motto che attribuisce ai forti la più alta delle virtù umane: 'Pietà!'. E volle che nella mente di ognuno di noi restasse incisa la visione plastica del dovere che esige il sacerdozio: porgere al fratello che piega vinti i ginocchi il braccio onusto, ridonar col sorriso amoroso la speme al core oppresso, sciogliere il gelo dall'anima derelitta col manto caldo della fede»<sup>115</sup>. L'accostamento tra 'pietà' e 'forza', tra il 'sorriso amoroso' e il braccio energetico che sostiene il «fratello che piega vinti i ginocchi» ricolloca la pietà – virtù 'femminilizzata' dai discorsi dei sostenitori della 'donna infermiera' – in un terreno pienamente praticabile per gli infermieri uomini.

Oltre ad essere implicitamente maschile, quella dell'«infermiere moderno» è inoltre costruita dalle Leghe Infermiere come una figura fieramente appartenente alla classe operaia. Esso è, per la precisione, rappresentato come un operaio specializzato, dotato di una formazione tecnica qualificante, che lavora in un contesto particolare come quello ospedaliero, nel quale deve appunto mettere a frutto non solo questa educazione specifica ma anche particolari doti spirituali, ma che nondimeno ha una forte e definita appartenenza di classe. Questa insistenza sull'appartenenza di classe del 'buon infermiere' produce una rappresentazione del rapporto tra «proletari dell'assistenza ospedaliera»<sup>116</sup> e i «compagni operai»<sup>117</sup> ricoverati negli ospedali orizzontale, paritario, definito generalmente nei termini della 'fratellanza'.

<sup>114</sup> Come si apprende da «Ospedale Maggiore», Del Buono era un rappresentante della Federazione. Cfr *Esame del memoriale unico della federazione salariati ospedali e manicomi da parte di alcune amministrazioni ospedaliere*, in «Ospedale Maggiore», VII, 11 (1920), p. 187-200.

<sup>115</sup> Articolo di testa senza titolo, in «L'Infermiere», dicembre (1924), p. 1.

<sup>116</sup> *Terzo congresso nazionale*, in «L'Infermiere», VIII, ottobre (1911), p. 1.

<sup>117</sup> Ad esempio in un articolo dedicato a *La grave agitazione degli ospedali di Roma*, pubblicato su «L'Infermiere» nell'aprile del 1909, si specifica che gli infermieri romani non usano lo sciopero come arma di lotta perché se lo facessero «recherebbero un grave danno alla salute dei loro compagni proletari. Ed essi amano i loro compagni operai, e, per amore verso di loro, non li abbandoneranno mai», ivi, p. 1.

Da quanto fin qui detto appare chiaro quanto il modello del 'buon infermiere' che sostiene il discorso sulla 'modernizzazione' dell'assistenza prodotto dalle Leghe Infermiere sia distante da quello che ha al centro 'l'infermiera moderna', donna di 'civile condizione', che svolge una professione 'di concetto', inserita in una relazione con il malato verticale, generalmente definita nei termini della 'maternità'. Tale figura, così come è concepita dai medici ospedalieri, cioè in una relazione di complementarità subordinata a questi ultimi modulata sul modello della coppia borghese, si inserisce molto meglio dell'"buon infermiere" – così come è delineato dalle Leghe Infermiere – ad essere inserita nel disegno dell'ospedale moderno così come è immaginato dai medici. Eppure la Federazione e le Leghe infermiere tentano, soprattutto nel periodo precedente la prima guerra mondiale di delineare la propria via alla 'modernizzazione' dell'assistenza di concerto con i sanitari, o almeno con alcuni di loro. Nel mondo medico le Leghe Infermiere e in particolare la Federazione non cercano solo una sponda per promuovere il proprio Regolamento tipo<sup>118</sup> – presentato come abbiamo visto a più riprese ai Congressi degli ospedalieri –, ma anche un interlocutore ed una fonte di legittimazione autorevole<sup>119</sup>. Le pagine de «L'Infermiere» soprattutto nei primi anni testimoniano di una collaborazione piuttosto assidua tra medici, soprattutto socialisti<sup>120</sup>, e infermieri organizzati. Sulle pagine della rivista compaiono con relativa frequenza articoli firmati da sanitari – ad esempio il socialista Tullio Rossi Doria – che ribadiscono la necessità di creare un personale di assistenza qualificato e ben preparato al fine di dare vita all'ospedale moderno<sup>121</sup>. Più in generale, «L'Infermiere» dà

<sup>118</sup> Che peraltro era stato scritto con la consulenza di alcuni medici tra i quali Rossi Doria, Manin e Montesano e poi inviato ad altri medici in contatto con il Comitato Centrale della Federazione per essere ulteriormente affinato, come si apprende dall'articolo *Il nostro movimento per il regolamento-tipo innanzi al terzo congresso nazionale dei medici ospitalieri italiani che si tiene a Napoli nei giorni 4, 5 e 6 novembre 1909*, comparso su «L'Infermiere» nell'ottobre del 1909.

<sup>119</sup> Nel numero di novembre-dicembre 1906 de «L'Infermiere», che segue al congresso dei medici ospedalieri di quell'anno, il Comitato Centrale della Federazione risponde a non meglio specificate critiche ricevute per essersi rivolto per appoggio e consiglio ai sanitari, ivi, p. 1. Si tratta di una testimonianza importante *in primis* perché spiega le motivazioni alla base della ricerca di una collaborazione con i medici, in secondo luogo perché mostra indirettamente che questa scelta ha suscitato un dissenso.

<sup>120</sup> A capo della Lega di Resistenza di Milano al principio del '900 c'è un medico, il Dottor Luigi Carcano, che pubblica diversi articoli su «L'Infermiere». Tra questi: *Sulle cause che ostacolano l'organizzazione della classe a Milano*, in «L'Infermiere», III, agosto-settembre (1906), p. 2; *Come provvedere ai mezzi finanziari per risolvere la questione degli infermieri senza nuovo aggravio al bilancio dello stato*, in «L'Infermiere», gennaio 1914, p. 1. Ramacciatì, *Infermieri nello Spedale Grande*, cit., p. 33.

<sup>121</sup> Dott. Bayda, *Gli infermieri*, in «L'infermiere», III, febbraio-marzo (1906). Dott. Augusto Borchì, *L'arte di assistere gli infermi*, in «L'Infermiere», VIII, 4 maggio (1911), p. 1. Tullio Ros-

spazio sulle sue pagine alle pubblicazioni di medici e accoglie i loro pareri sulle forme che dovrebbe assumere la 'moderna assistenza' negli ospedali. Inoltre la rivista affronta diversi dei temi che vengono dibattuti nel mondo medico o discussi più generalmente nell'arena pubblica ma problematizzati in termini medici<sup>122</sup>.

D'altra parte l'infermiere ospita anche numerosi articoli che potremmo definire di carattere 'educativo' che divulgano in forma piana e pedagogica gli argomenti più 'in voga' nel discorso igienista<sup>123</sup>. Argomenti di stampo medico-igienico, poi, sono spesso utilizzati a sostegno delle richieste formulate dagli infermieri<sup>124</sup>. Ad esempio nel 1913 un articolo comparso su «L'Infermiere» sostiene che sia necessario migliorare «la situazione degli infermieri» e le condizioni materiali nelle quali svolgono il proprio lavoro perché l'ospedale possa espletare pienamente la propria funzione, ovvero «il soccorso pronto e sincero al malato povero, la cura e l'assistenza efficaci quali impone la scienza moderna, con l'obiettivo benefico di ricondurre nell'ingranaggio produttivo della vita umana quelle energie che una transitoria avaria aveva sottratto»<sup>125</sup>. Non si fatterà qui a riconoscere le stesse parole d'ordine che come abbiamo visto nel secondo capitolo animano il dibattito nel mondo medico. «L'infermiere moder-

si Doria, *Il regolamento tipo per il servizio di infermeria negli ospedali e nei manicomi*, in «L'Infermiere», III, Gennaio-febbraio (1906), p. 1. Sull'impegno di Rossi Doria al fianco della Federazione sociale si veda anche Rossi Doria, *Medicina sociale socialismo*, cit.

<sup>122</sup> Ad esempio nel numero de «L'Infermiere» del marzo 1921 si commenta il testo del dott. Mario Varanini, *Disorganizzazione e riorganizzazione ospedaliera*, Bologna, Zanichelli, 1920. Nel 1922 la rivista pubblica un articolo intitolato *Rigenerazione fisica della gioventù*. Questo testo è particolarmente interessante perché elenca molte delle questioni che come abbiamo visto nel capitolo 3 sono centrali nel dibattito pubblico nel primo dopoguerra e tocca persino una delle tematiche che l'eugenetica sta discutendo in questa fase, ovvero gli effetti della guerra sul patrimonio biologico della nazione: «la vita umana, è noto – si legge nell'articolo – oltre che un valore morale ha un 'valore economico', rappresenta un capitale che è destinato a dare frutti alla società umana; ma può anche rappresentare per la Società Umana una passività quando la vita umana per ragioni fisiche o morali è incapace di produrre. [...] Interesse materiale, interesse morale vogliono dunque che tutti, di ogni ceto, di ogni condizione, si dedichino alle opere di difesa e di rigenerazione umana, intese a scongiurare, ad attutire, ad alleviare, in quanto è possibile, i tanti malanni che gravitano sull'umanità; oggi specialmente che, usciti da un'atroce tragedia guerresca che ha immiserito, logorate, martirizzate, devastate nazioni intere, assistiamo ad uno spaventoso rincrudimento di tutti questi malanni», *Rigenerazione fisica della gioventù*, in «L'Infermiere», febbraio 1922.

<sup>123</sup> *Per la salute proletaria*, in «L'Infermiere», III, luglio (1906), p. 1; *Decalogo igienico-morale per l'infermiere*, in «L'Infermiere», IX, agosto (1912). Innumerevoli sono anche gli articoli dedicati al problema dell'alcoolismo che portano titoli quali: *Contro l'alcoolismo*, *L'alcool e il lavoro*, *Effetti dell'alcool sul lavoro muscolare*, *I delitti dell'alcoolismo*, *Sui danni dell'alcoolismo*. È significativo che proprio una delle questioni utilizzate più frequentemente per denigrare il 'vecchio personale' sia discussa con tale frequenza.

<sup>124</sup> Ado Tarabusi, *A chi ci deve giudicare*, in «L'Infermiere», XII, maggio (1915), p. 1.

<sup>125</sup> *La situazione degli infermieri*, in «La voce dell'infermiere», I, 19 dicembre (1913), p. 2.



no» si candida insomma ad essere strumento del rinnovamento degli ospedali e della loro modernizzazione. Ma uno strumento attivo e soprattutto autonomo. Non a caso, spiega un articolo significativamente intitolato *L'infermiere moderno*, quest'ultimo «oggi non deve essere più il complice involontario di sistemi medievali, ma deve *sentire il dovere ed avere il diritto di denunziare tutto ciò che succede di anormale* [nell'ospedale N.d.A.]»<sup>126</sup>. Ribaltando il discorso dei 'riformatori' che vedono nel vecchio personale 'rozso e ignorante' uno degli impedimenti al miglioramento, alla 'modernizzazione' dell'ospedale, gli infermieri rivendicano invece la propria competenza a farsi giudici dell'ospedale stesso e attori principali del rinnovamento dell'assistenza. Di più, essi si rappresentano in ultima istanza come i *veri* artefici della modernizzazione dell'assistenza e dei servizi ospedalieri, come afferma un'editoriale de «L'Infermiere» nel marzo del 1925, poco dopo la difficile ripresa della pubblicazione e del lavoro della stessa Federazione: «Fino a poco tempo a questa parte l'assistenza pubblica aveva, nel nostro paese, carattere caritativo e filantropico. Fu per merito precipuo della nostra organizzazione che gradatamente venne ad assumere i caratteri di una questione sociale [...] così come si addice ai popoli civili. [...] Gli uomini preposti alla dirigenza delle nostre case di cura, dei nostri stabilimenti, non possono misconoscere l'influenza esercitata dall'azione sindacale per il miglioramento dei servizi, per il perfezionamento del personale di assistenza»<sup>127</sup>.

Non stupisce che l'autonomia e il protagonismo proposte dalle Leghe Infermiere al personale di assistenza come elemento centrale della propria identità professionale *in fieri* abbiano contribuito a far sì che la via alternativa alla 'modernizzazione' dell'assistenza preconizzata da queste ultime non sia stata abbracciata e difesa con troppo entusiasmo dai medici ospedalieri<sup>128</sup>. Nondimeno la cultura e l'identità professionale delineate per gli infermieri dalle Leghe hanno senz'altro rappresentato un contraltare rispetto al consenso apparentemente unanime raccolto dalla figura dell'"infermiera moderna" e dall'idea di riforma dell'assistenza a essa legata. Esse hanno creato uno spazio di appartenenza forte per il personale ospedaliero generico

<sup>126</sup> Gli infermieri organizzati intorno a «La voce dell'infermiere» di Roma prendono effettivamente in considerazione questo suggerimento. Nel febbraio del 1915 *Modificare l'ambiente. Le vere cause del disservizio* inaugura una serie di articoli dedicati a tutti gli elementi che rendendo l'ambiente ospedaliero negativo e provocano i disservizi la cui colpa è attribuita agli infermieri. Tra gli imputati anche la direzione sanitaria, colpevole di conflitto di interessi e di eccesso di competenze (si veda *La voce dell'infermiere*, 19 marzo 1915).

<sup>127</sup> L'editoriale è firmato da Pietro Chiesi, segretario della Federazione, in «L'Infermiere», marzo 1925, p. 1.

<sup>128</sup> Nonostante la Federazione godesse dell'appoggio di alcuni medici, come abbiamo visto nel capitolo 2 i congressi dei medici ospedalieri e quella dei direttori sanitari abbracciano in modo progressivamente più risoluto la prospettiva della femminilizzazione dell'assistenza e il modello dell'"infermiera moderna" diplomata in una scuola convitto facente capo all'ospedale, evidentemente incompatibile con gli obiettivi della Federazione degli infermieri.

che forse ha contribuito a impedire che si creasse uno spazio pienamente legittimo per le 'signorine' all'interno degli ospedali. In qualche modo questi discorsi possono aver contribuito a strutturare il 'senso comune' della professione assistenziale, un 'senso comune' incompatibile con l'idea che la professione infermieristica fosse 'adatta' a donne 'di civile condizione'.

Tuttavia è a questo punto fondamentale sottolineare che il dualismo tra le figure contrapposte dell'infermiere e dell'infermiera 'moderno/a' e dei due modelli di 'modernizzazione' ad esse connessi si è costruito a spese delle infermiere proletarie. Delle strategie discorsive di resistenza alle 'signorine infermiere' le 'vecchie infermiere' hanno spesso finito per fare le spese – come abbiamo visto parlando di alcuni degli articoli de «La voce dell'Infermiere» o de «L'Infermiere» – denigrate dalle considerazioni misoginiche dei propri stessi compagni di lavoro e di lotta. D'altra parte, come si è avuto modo di dire nel primo capitolo, l'«infermiera moderna» viene costruita dalle riformatrici dell'assistenza prima di tutto in contrapposizione con i presunti difetti e vizi delle infermiere proletarie.

Nel complesso poi, la contrapposizione duale tra le figure dell'infermiere e dell'infermiera 'moderni' si costruisce anche attraverso un'operazione di forclusione della voce delle 'vecchie' infermiere, resa pressoché 'inaudibile'. Le poche fonti disponibili non permettono di individuare un discorso strutturato prodotto dalle donne che lavoravano negli ospedali sulla propria professione. Su «L'Infermiere», come abbiamo detto, le infermiere proletarie sono generalmente raccontate di volta in volta dai redattori della rivista o dalle riformatrici borghesi come Anna Celli, Ada Negri, Fosca Stangher Contin. O ancora dai medici. Le loro aspirazioni e convinzioni, i loro 'limiti' e le loro qualità sono generalmente espresse da tutti questi attori. Rara eccezione a questa 'inaccessibilità' di un discorso prodotto in prima persona dalle infermiere sono le situazioni in cui le rivendicazioni delle infermiere, o almeno di alcune di queste, arrivano ad essere registrate dalle fonti. Ad esempio nel resoconto dell'accesa discussione tenutasi nel 1908 al Congresso delle Donne Italiane in seguito alla relazione dell'infermiera volontaria Rita Sciamanna emergono le posizioni della rappresentante degli infermieri di Roma – questa volta una donna, dato il contesto – che si ribella animatamente alle affermazioni denigratorie nei confronti delle donne che lavorano negli ospedali pronunciate dalla relatrice e alla proposta da questa avanzata di vietare alle infermiere l'iscrizione alle Leghe di Resistenza.

*La sig.na Dentice, infermiera* – si legge negli atti del Convegno – protesta contro il quarto comma dell'ordine del giorno<sup>129</sup>, col quale si nega alle infermiere il diritto di associazione, riconosciuto oramai a tutti, e di cui tutti si valgono

<sup>129</sup> Il punto 4 dell'ordine del giorno proposto da Sciamanna prevede che «per avere una infermiera conscia della sua missione, e per l'umano e disciplinato andamento del servizio non si ammettano

per la tutela dei loro interessi. Osserva poi che se vi sono fra le infermiere elementi pessimi, se ne deve far risalire la responsabilità, almeno in parte, all'Amministrazione, che nei momenti di urgenza, recluta ogni specie di personale; nei momenti di calma accoglie intere associazioni religiose ed esclude con futili pretesti le madri di famiglia e le ragazze. Contesta che le madri non possano adempiere bene l'ufficio di infermiera, essendo anzi meglio preparate a comprenderne la delicata missione. L'oratrice aggiunge che i più ignorano gli eroismi di molte infermiere, come ignorano le gravi fatiche a cui esse sono sottoposte, rimanendo 20 ore su 24 nell'ospedale. Lamenta da ultimo l'ingiusta disparità di trattamento fra le infermiere e gli infermieri; e conclude con voti per il pareggiamento degli stipendi. [...] La dottoressa *Labriola*, favorevole alla proposta, si preoccupa peraltro di un grave pericolo che può derivare da una lega fra le infermiere: l'abbandono dei malati, nel caso di uno sciopero generale. Ma *l'infermiera Dentice* rassicura la sig.na Labriola: una disposizione a questo riguardo è stata presa dalla Federazione stessa degli infermieri<sup>130</sup>.

L'«infermiera Dentice» rivendica dunque in primo luogo il diritto per le donne di organizzarsi e lottare<sup>131</sup> per i propri diritti di lavoratrici, rifiutando il modello borghese dell'«infermiera moderna» proposto dalle riformatrici dell'assistenza per il personale femminile, le quali – enfatizzando l'aspetto vocazionale del lavoro assistenziale – tendono a rifiutare ogni forma di sindacalizzazione. Inoltre Dentice rivendica per le infermiere la parità salariale con i colleghi uomini e la legittimità dell'accesso alla professione per le donne con figli. Di più, svelando un'ambiguità di fondo del discorso delle riformatrici e dei riformatori dell'assistenza – i quali se da una parte dipingono l'assistenza infermieristica come un lavoro essenzialmente «materno», dall'altro vorrebbero escluderne proprio le madri – essa rivendica la maggior attitudine di queste ultime a comprendere la «delicata missione». D'altra parte alcune delle «vecchie infermiere», al principio del Novecento, protestano anche contro l'obbligo di prestare assistenza agli uomini, mettendo in luce un altro degli elementi che ostacolano la piena affermazione del modello di riforma dell'assistenza basato sull'«infermiera moderna».

infermiere ascritte a nessuna lega, la quale nel caso specifico ha per unico effetto di intralciare l'opera benefica dell'assistenza all'infermo», CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., p. 672.

<sup>130</sup> CNDI, *Atti del primo congresso*, cit., p. 673. Si veda anche il resoconto offerto da L'Infermiere sull'intervento di Dentice (chiamata invece Dentici sulle pagine del giornale), *Primo congresso delle donne italiane*, in «L'Infermiere», V, maggio (1908), p. 3.

<sup>131</sup> Un interessante articolo comparso su «L'Infermiere» nel settembre 1911 e intitolato *Il congresso della federazione romagnola* spiega che le donne sono particolarmente rappresentate in quella federazione. Il presidente della Federazione Fanfani si augura che esempio degli infermieri romagnoli – che hanno eletto delle rappresentanti donne – sia seguito in tutta Italia.

## 5. Intimità proibite

«Parma. Ospedale. Ai primi di gennaio la nostra amministrazione apriva un nuovo reparto cronici e nel medesimo tempo ordinava alle nostre compagne infermiere di prestare la propria opera oltre che al reparto donne anche al nuovo reparto cronici. Le donne organizzate risposero rifiutandosi a tale servizio, facendo osservare quanto sia immorale la cura di uomini con personale femminile. L'amministrazione di fronte a tale rifiuto minacciò che avrebbe chiamato del personale femminile appartenente ad ordini religiosi. Questo, ci sembra, tende ad iniziare l'opera di sostituzione graduale del personale femminile a quello maschile, e ciò oltre essere una concorrenza sleale (da addebitarsi però unicamente all'Amministrazione) è anche, come osservano le nostre stesse infermiere una cosa riprovevole siano queste maritate o no»<sup>132</sup>. Nel 1905 «L'Infermiere» pubblica questa notizia dando inizio – con il significativo riferimento ad una protesta condotta dalle infermiere stesse contro l'impiego di personale femminile nei reparti maschili<sup>133</sup> – ad una serie di articoli che fanno riferimento ai 'rischi morali' connessi all'assistenza prestata da donne a uomini. Il nubilitato richiesto a gran voce da riformatrici e riformatori dell'assistenza – sostengono diversi articoli pubblicati su «L'Infermiere»<sup>134</sup> – non può che aggravare invece che diminuire tali rischi. Esso infatti, sostengono gli infermieri, «favorisce certi vizi e tende a far sostituire alla gioie serene e oneste della famiglia, i piaceri prodotti artificialmente con abusi dell'uno o dell'altro genere»<sup>135</sup>, come dimostrerebbe il comportamento delle suore che «fanno professione di celibato e che perciò sono vittime delle curiosità e dei desideri inseparabili dal loro sesso»<sup>136</sup>. D'altra parte le religiose, donne 'di potere' che per di più si sottraggono al ruolo legittimo di mogli – sfuggendo a molte delle norme che definiscono una femminilità accettabile – sono con estrema frequenza caratterizzate sulle pagine del giornale della Federazione da una sessualità abnorme e vorace e da desideri 'devianti': non a caso l'accusa di 'tribadismo'

<sup>132</sup> *Parma. Ospedale*, in «L'Infermiere», II, marzo (1905), p. 3.

<sup>133</sup> Non abbiamo modo di sapere quanto fosse diffusa tra il personale di assistenza femminile l'avversione per l'idea di assistere anche gli uomini. La Federazione degli infermieri e più in generale il personale maschile avevano infatti, come è evidente, un interesse diretto ad enfatizzare e forse esagerare tale avversione, per preservare il personale maschile.

<sup>134</sup> Tra l'altro «La voce dell'Infermiere» riporta anche notizia di alcune concrete proteste contro i tentativi di imporre l'obbligo di nubilitato al personale femminile. Ad esempio *L'assemblea degli infermieri* auspica tra le altre cose che la commissione ministeriale che deve studiare il riordino degli ospedali romani non accetti la proposta di impedire alle infermiere di sposarsi, in «La Voce dell'Infermiere», 3 giugno 1914 p. 4.

<sup>135</sup> *Il Convitto Regina Elena e gli infermieri degli ospedali*, cit.

<sup>136</sup> Minosse, *Laicizziamo gli ospedali, anche la legge è con noi*, in «L'Infermiere», IX, agosto (1912).

è quasi un *topos*<sup>137</sup>. Nelle pagine precedenti abbiamo visto che ‘le signorine’ – le quali in questo senso rappresentano l’esatto contrario delle ‘brave infermiere’ che si rifiutano di prestare servizio nei reparti maschili – non si sottraggono a questo tipo di rappresentazione sessualizzata. Un articolo de «L’Infermiere» denuncia ad esempio il fatto che dietro «la moda delle infermiere dilettanti», molto in voga tra «signore e signorine» si nascondano innumerevoli ‘secondi fini’ tra i quali «il bisogno morboso di emozioni potenti, e per le signorine brutte, che danno a questa categoria di dilettanti un discreto contingente, la speranza di trovar marito in qualcuno dei dottori addetti al dispensario»<sup>138</sup>. E ancora: un articolo de «La voce dell’Infermiere» accusa le allieve della Regina Elena di fuggire la notte dal convitto per «fuggare le conseguenze di quegli effetti che sono dovuti al temperamento della nostra razza e al grado morale dei protagonisti»<sup>139</sup>. Più in generale le riviste delle Leghe sottolineano frequentemente la tendenza ad abbandonarsi ad «amoretto e amorazzi» ‘tipica’ del personale femminile. Non a caso il rappresentante degli infermieri di Roma Verdecchi, durante la già citata audizione presso la Commissione per la riforma dell’assistenza insiste proprio sui «rischi morali» connessi all’assistenza prestata dalle donne a pazienti uomini, alimentando ‘ad arte’ le ansie connesse a questa questione: «numerosi – afferma minaccioso il portavoce degli infermieri – sono gli scandali che si verificano per il contatto delle donne cogli infermi»<sup>140</sup>.

Sono diversi, dunque, gli ‘ingredienti’, per così dire, che rendono il lavoro di assistenza ‘sospetto’ e rischioso per il pudore femminile, e quindi potenzialmente pericoloso proprio per le donne che dovrebbe incarnare l’im-

<sup>137</sup> Nel numero di luglio 1905 de «L’Infermiere» l’articolo *Porcherie monacali* (ivi, p. 5) denuncia le molte ‘imprese’ delle suore appartenenti a varie istituzioni. Nel reparto di isolamento dell’ospedale di Padova «si danno all’orge più pazze ubriacandosi di vino e di piaceri come volgari femmine da trivio: alla scuola Arria due disgraziate capovolgono la nozione del tempo e ritornano a Lesbo, a ‘Lesbo dove le frini tra loro si adescano’ e si danno ciecamente alla più turpe depravazione dei sensi, mentre una turba di docenti alla quale è affidato l’avvenire dei nostri figli, spia con occhio avido e gode dal buco della serratura per giorni e giorni indisturbata, nella foia cretina dello scandalo il ributtante spettacolo. Che schifo!». Nel numero di aprile-maggio 1906 de «L’Infermiere» l’articolo *Gli scandali nel manicomio di Firenze* parla del ritrovamento di ‘priapi’ tra la biancheria delle suore e degli atti di ‘tribadismo’ praticati da una di queste con un’infermiera. Nell’aprile del 1909, «L’Infermiere» riporta dei brani di un articolo comparso su *Siena Nuova* scritto da Maria Rygier intitolato *Gli amori delle suore nei reclusori femminili*, dedicato al carcere di Firenze, dove «tre suore erano indicate dalle recluse, come praticanti il vizio infame del tribadismo con detenute compiacenti», ivi, p. 1.

<sup>138</sup> Comitato Centrale, *Per la dignità della classe*, in «L’Infermiere», VI, gennaio (1909), p. 1.

<sup>139</sup> *L’espansionismo della Scuola Convitto Regina Elena*, in «La Voce dell’Infermiere», III, 19 marzo (1915).

<sup>140</sup> *Commissione per lo studio della riforma dell’assistenza infermieristica, seduta del 29 marzo 1919*, ACS, Ministero dell’Interno, Direzione Generale di Sanità (1910-20), b. 601.

magine ideale dell'«infermiera moderna». *In primis* l'incancellabile residuo sessuale che si immagina abiti la 'natura femminile' che all'occasione può riemergere prepotentemente. Che si tratti di proletarie – 'caratterizzate' da una sessualità spigliata e volgare – o di 'signorine' – vacue e sempre a caccia di emozioni forti, di marito o di entrambe le cose – la profonda intimità con corpi estranei e soprattutto maschili che il lavoro assistenziale comporta può sempre essere un elemento conturbante e 'pericoloso'. Dall'altra parte la minaccia più forte viene dalla presunta 'natura predatoria' della maschilità, soprattutto di quella proletaria 'naturalmente' meno 'civilizzata' e 'addomesticata', ma si tratta di un elemento 'caratterizzante' della sessualità degli uomini in senso lato – al quale non si sottraggono di certo i medici, giovani o meno<sup>141</sup>. Tale minaccia caratterizza, certo, tutti gli ambienti 'promiscui' – in cui uomini e giovani donne entrano in contatto – ma è tanto più forte in un ambiente in cui l'intimità corporea, la nudità, il forzato abbassamento delle soglie del pudore, sono la norma.

Sono queste, tra le altre, le ansie e le fantasie che accompagnano la mobilitazione di migliaia di donne che si candidano a curare i soldati feriti o malati durante la Grande Guerra<sup>142</sup>. Come abbiamo accennato nel primo capitolo, durante e subito dopo il conflitto lo sforzo di addomesticare tali ansie e fantasie è trasversale. La rappresentazione 'ufficiale' della crocerossina e più in generale dell'infermiera volontaria come un essere puro, irraggiungibile e materno ha la meglio sulla stampa<sup>143</sup> e nelle rappresentazioni

<sup>141</sup> In uno dei più popolari romanzi erotici pubblicati al principio della Grande Guerra, *Mimi Bluette, fiore del mio giardino*, di Guido da Verona – un vero e proprio best seller, il primo libro italiano a superare le 100 mila copie di tiratura iniziale, molto in voga tra i soldati dell'esercito italiano (Emilio Franzina, *Il tempo libero dalla guerra. Case del soldato e postriboli militari*, in *La grande Guerra*, a cura di Leoni e Zadra cit., p. 169) – il primo uomo ad approfittare della protagonista è, significativamente uno studente di medicina. Guido De Verona, *Mimi Bluette, fiore del mio giardino*, Cosenza, Pellegrini, 2007, p. 23.

<sup>142</sup> Fiorilli, *La calma e vigile biancovestita*, cit.

<sup>143</sup> Anche sulla stampa medica questo tipo di rappresentazione ha la meglio. Si prenda a titolo d'esempio un articolo comparso su il «Policlinico» nel dicembre del 1915: «[le infermiere volontarie] Affondano le mani nelle piaghe gangrenose senza manifestare segni di raccapriccio, si sobbarcano senza schifiltosità ai servizi più umili e meno decenti, sul corpo dell'uomo martoriato esse nulla vedono che offenda il loro pudore. Tutto esse fanno per ridare la salute e la vita ai figli della patria, per restituirli alle madri doloranti che nei figli hanno dato tutto il loro cuore, alle donne che negli sposi hanno dato tutta la loro esistenza. [...] Sono esse che con il loro sorriso dolce e casto danno al povero paziente un senso di pace e di benessere. Per gli infelici che ritornano dall'inferno delle battaglie il sorriso di una donna è il primo raggio di paradiso, per essi che hanno perduto ogni senso di virilità nei disagi, nelle sofferenze, nella lunga estenuante tensione nervosa, le cure della donna infermiera sono come le premure di una madre. E nella donna al cospetto di quegli esseri sofferenti, abbandonati, si risveglia come un senso di maternità, un senso di sofferenza e di pietà», in «Il Policlinico», XXII, 50 (1915), p. 26.



iconografiche ufficiali. Le memorie prodotte da infermiere volontarie, che iniziano ed essere pubblicate nel penultimo anno di guerra e continuano ad uscire negli anni seguenti<sup>144</sup>, rappresentano immancabilmente le 'signorine infermiere' come buone mamme o caste sorelle dei soldati. I 'fantaccini' che esse accudiscono e assistono sono immancabilmente rappresentati come 'ragazzoni'<sup>145</sup> o 'fanciulloni' – l'espressione è di Elisa Majer Rizzioli, che dedica il suo *Fratelli e sorelle*, uscito nel 1919<sup>146</sup>, ai soldati, «figlioli senza la mamma» – o come bravi popolani, coscienti dell'incolmabile distanza che li separa dalle loro infermiere<sup>147</sup>. Nelle memorie delle volontarie della Grande Guerra lo spettro del desiderio e quello del possibile pericolo rappresentato dalla sessualità dei soldati vengono disinnescati non solamente attraverso forme di infantilizzazione o con il ricorso a toni classisti e maternalisti<sup>148</sup>

<sup>144</sup> Per un inquadramento generale si veda Bartoloni, *Le italiane alla guerra*, cit., p. 155 e sgg.

<sup>145</sup> «E continuerebbero coi 'compà' per un bel pezzo, da veri ragazzoni che si divertono, se l'Infermiera non li richiamasse ognuno al proprio letto», scrive Mojoli Barberis descrivendo le conversazioni serali tra i soldati ricoverati. M. Bianca Mojoli Barberis, *Dal taccuino di un'infermiera della Croce Rossa*, Rocca S. Casciano stabilimento tipografico Licinio Cappelli 1917, p. 13.

<sup>146</sup> Elisa Majer Rizzioli, *Fratelli e sorelle, libro di guerra 1915-18*, Milano, Libreria editrice Milanese, p. 63. Nel 1915, alla vigilia dello scoppio della guerra, Rizzioli pubblica anche *Accanto agli eroi*. cit. Il libro si propone esplicitamente di incitare le donne ad arruolarsi come infermiere volontarie. Scrive nella prefazione Sofia Bisi Albini: «[...] è bene rammentare quale preparazione sia stata la guerra di Libia a quest'altra più grande e più santa guerra; [...] è bene sappiano le donne italiane con quale spirito di sacrificio e con quale purezza di cuore devono andare incontro all'opera di assistenza che le attende». In questo testo Rizzioli chiarisce, quasi a sgombrare il campo da ogni possibile ansia sulle implicazioni sessuali del contatto tra infermiere e soldati «E qui si rivela l'infermiera di vocazione, che sa diventare semplicemente una mamma, anche con ragazzoni che hanno quasi la sua età [...] [infermiera e soldato N.d.A.] non sono più un uomo e una donna, di fronte l'uno all'altro: sono due creature, unite nello stesso spirito e nello stesso sentimento [...]», ivi, p. 80.

<sup>147</sup> Interessante a questo proposito una delle lettere selezionate per la pubblicazione nella già citata raccolta *Lettere di soldati alle loro infermiere* firma da un caporale del 30°. «Ci giuro – scrive il militare alla sua infermiera – che se fosse una contadina l'avrei sposata ma lei invece è troppo alto locata, e io resterò col crepacuore tutta la vita». *Lettere di soldati alle loro infermiere*, cit., p. 47.

<sup>148</sup> Si veda ad esempio Perduca, «O soldato d'Italia, grande fanciullo. È perché ti ho guardato, è perché ti ho veduto così semplice, così buono, così sano, che non ho mai tremato, anche nell'ora aspra e triste, quando la minaccia austriaca incombeva su di noi dal Trentino contaminato... [...] Tu con la tua anima tenace e pura, con la tua sorridente pazienza; ci sei tu con la tua fede in qualcosa di grande, ci sei tu con la tua fede nelle piccole cose del focolare, ci sei tu che senti ancora la santità del riso de' tuoi fanciulli, dell'onore della donna, della tua vita. Ci sei tu, in cui la virtù del suolo s'è come incarnata, magnificata, in cui rivive la suprema e inconsapevole grandezza della razza. Tu, la parte migliore d'Italia, la terra, la vita, semplice, sana, buona; e con le tue braccia infantili sai rivoltare le zolle sino a scoprire la vena, percuotere le montagne e trovare il filone d'oro compatto, frangere il ramo sino a vedervi il succo impetuoso», Perduca, *Un anno d'ospedale*, cit., p. 93.

nei confronti dei militari curati, ma anche – in rari casi – grazie a strategie di ‘femminilizzazione’<sup>149</sup> di questi ultimi che ne depotenziano la ‘minaccio-sa virilità’. La possibilità che il desiderio possa albergare nelle corsie degli ospedali da campo è dunque accuratamente scansata dalle narrazioni pubbliche delle infermiere volontarie durante il conflitto, mentre non necessariamente lo è in quelle private<sup>150</sup>.

Nonostante gli sforzi profusi per addomesticare lo spettro della sessualità che aleggia sulle infermiere durante la grande guerra, però, la figura della crocerossina non è sempre asessuata come la si vorrebbe. Le infermiere, anzi, «sembrano più di tutte autorizzate ad incarnare il ruolo del ‘riposo del guerriero’»<sup>151</sup>. E in effetti diverse cartoline<sup>152</sup> rappresentano le crocerossine come belle ragazze sorridenti e seduttive. Ad esempio *Angeli in carne dell'età presente*<sup>153</sup>, il cui titolo è già di per sé allusivo, rappresenta una crocerossina giovane e bruna, le labbra truccate schiuse in un sorriso ammiccante, gli occhi languidi rivolti ad un altrove indefinito. *Guerra ed amore* allude invece in modo aperto all'idillio tra un bersagliere ferito e una crocerossina. I due camminano sorridenti, il soldato avvolge l'infermiera con un braccio, mentre quest'ultima tiene familiarmente in mano il suo cappello<sup>154</sup>. Sullo sfondo un piccolo cupido sta per scoccare la sua freccia: «Ebbene, se egli è ferito leggermente al capo, io li ferirò gravemente al cuore...» recita la didascalia. Decisamente più esplicita un'altra cartolina firmata A. Bertiglia, che rappresenta l'appassionato bacio tra una crocerossina e un soldato ferito al quale la prima sta prestando soccorso. La scritta sul retro,

<sup>149</sup> Ancora Perduca scrive che i soldati da lei curati, in occasione di un'uscita collettiva per assistere ad uno spettacolo teatrale, «Si chetano, si assorbono ognuno nella sua toilette, i giovani con un'attenzione scrupolosa da signorine», Perduca, *Un anno di ospedale*, cit., p. 41. Scrive ancora Perduca «M'avvicino ad un giovane friulano gentile come una fanciulla, che non può star senza fiori, e poso sul suo comodino una rosa, l'ultima del giardino», ivi, p. 92.

<sup>150</sup> Patrizia Gabrielli, *La grande guerra, le donne, la scrittura*, in «Bollettino di italianistica. Rivista di critica, storia letteraria, filologia e linguistica», XI, 2 (2014), pp. 129-145.

<sup>151</sup> Lamberto Pignotti, *Guerra e amore formato cartolina*, in Id., *Figure d'assalto. Le cartoline della grande guerra, dalla collezione del Museo storico italiano della guerra di Rovereto*, Rovereto, Museo Storico italiano della guerra, La Grafica stampa, 1985, p. 25. Su questo punto si veda anche Enrico Sturani, *La donna del soldato. L'immagine della donna nella cartolina italiana*, Museo Storico della Guerra, Rovereto 2005, p. 12.

<sup>152</sup> Sulle cartoline durante la Grande Guerra si veda *La guerra in cartolina: cartoline dalla grande guerra 1914-18*, con un saggio di Mario Isnenghi, Galatina, Casa Editrice Salentina, 1982; Enrico Sturani, *La donna del soldato. L'immagine della donna nella cartolina italiana*, Rovereto, Museo Storico della Guerra, 2005.

<sup>153</sup> Il titolo è tratto dai versi che accompagnano l'immagine: «angeli in carne dell'età presente/che i volti degl'eroi ricomponete/dalla tragedia alla speranza sempre/ e che la nuova vita promettete». La cartolina è firmata Nanni. Off. G. Ricordi & C Milano, edita a cura del Comitato Propaganda Croce Rossa, Milano, (ca 1916), fig. 178. In Pignotti, *Figure d'assalto*, cit.

<sup>154</sup> *Guerra e amore* (ca 1917), ivi, fig. 184

*Gli angeli consolatori*<sup>155</sup>, significativamente al plurale, alimenta la *pruderie* che circonda l'esercito di giovani donne impiegate nell'assistenza ai feriti al fronte durante il conflitto. D'altra parte gli amori delle crocerossine saranno un tema abbastanza canonico della letteratura e del cinema ben oltre la fine della guerra. Se *Addio alle armi* di Hemingway subirà la censura fascista e arriverà in Italia solo molti anni più tardi, *Ali*, il film premio Oscar di William Wellman, racconterà nel 1928 anche al pubblico italiano l'amore di un'autista di ambulanze dell'American Red Cross per un pilota.

Lo sforzo di rendere quella dell'infermiera una figura materna, rispettabile, rispettata, moralmente ineccepibile, sembra avere insomma un contraltare – non necessariamente antitetico – nella proliferazione di queste rappresentazioni sessualizzate dell'infermiera stessa<sup>156</sup>.

Nella misura in cui l'associazione tra assistenza e femminilità diventa senso comune, lo spettro della sessualità legato all'intimità corporea che il lavoro implica – lungi dall'essere neutralizzato – viene dislocato, prendendo strade secondarie. Estremamente interessante in questo senso il romanzo scritto dal napoletano Alfredo Moscardiello, alla vigilia del conflitto. *Memorie di un'infermiera*, pubblicato alla fine del 1914, è presentato nella prefazione come una 'storia vera' scritta dalla protagonista dei fatti narrati. Moscardiello sostiene di aver semplicemente editato il testo e di essersi limitato ad espungerne gli episodi «di sapore eccessivamente piccante»<sup>157</sup>. Già dalla prefazione, infatti, *Memorie di un'infermiera* non fa mistero del ruolo che la sessualità occupa fantasmaticamente – e talvolta alquanto esplicitamente – nella narrazione<sup>158</sup>. Il romanzo, ambientato a Napoli e nei suoi dintorni, narra in prima persona le vicende di una ragazza 'di civile condizione', Evelina, che rimasta precocemente orfana del padre medico prima e poi della madre, è costretta a guadagnarsi da vivere cercando un lavoro 'onesto'. La protagonista del romanzo frequenta dapprima un corso per ostetriche, ma abbandona la professione inorridita dalle 'conseguenze dell'amore'. La ra-

<sup>155</sup> *Gli angeli consolatori* (ca 1917), firmata A. Bertiglia, ivi, Fig. 182.

<sup>156</sup> Secondo Pascucci e Tavormina l'icona dell'infermiera sexy non entra nell'immaginario collettivo che negli anni '50 e '60. La figura dell'infermiera entra nella cinematografia soft-porno italiana negli anni '70 '80 con film come *L'infermiera* (1975), *L'infermiera di notte* (1979), *L'infermiera nella corsia dei militari* (1979).

<sup>157</sup> Alfredo Moscardiello, *Memorie di un'infermiera*, Napoli-Roma-Milano, Società editrice Dante Alighieri, 1914, p. VII.

<sup>158</sup> «La cosa di cui c'interessa [...] è il viso arcigno che possono fare i padri di famiglia, i quali potrebbero scorgervi una fonte di immoralità [...]. [a questi si risponde che] avendo la società delle meravigliose frasi fatte le quali rappresentano delle vere ancore di salvezza per tutti i mari perigliosi, – noi, per non naufragare, ne scegliamo una che faccia al caso nostro e la stampiamo a caratteri cubitali in fondo a questa cicalata: – QUESTO LIBRO NON È ADATTO PER SIGNORINE E PER QUANTI FANNO CONSISTERE LA MORALE NELLA RANCIDA MENZOGNA», ivi, p. IX.

gazza perde infatti la sua purezza e 'ingenuità' assistendo a due cruenti parti finito l'uno con la morte della madre, l'altro con quella del feto, e dopo questa esperienza decide di rinunciare tanto alla professione di ostetrica quanto all'amore degli uomini. Le nozioni di ginecologia che la ragazza apprende sono esse stesse implicitamente presentate dall'autore come elementi conturbanti e minacciosi per la purezza della fanciulla: non a caso esse saranno oggetto della 'curiosità morbosa' di una ragazza 'depravata' assistita più avanti nel romanzo dalla protagonista.

Fuggito il lavoro di ostetrica, Evelina segue un corso per infermiere organizzato dalla Croce Rossa e frequentato in maggioranza da aristocratiche annoiate – come abbiamo visto uno stereotipo molto comune all'epoca – che flirtano con i professori o intrattengono con questi relazioni adulterine<sup>159</sup>. Dopo il corso la protagonista lavora per un periodo in una clinica privata e poi presso l'ambulatorio di un medico. È qui che hanno inizio le avventure che conducono l'infermiera Evelina verso il tragico finale. Dopo aver subito un tentativo di violenza sessuale da parte del medico che gestisce lo studio, la protagonista, la quale nel frattempo ha iniziato ad assistere pazienti a domicilio, si trova ad accudire la figlia di un senatore, Cecilia, vittima di una misteriosa malattia nervosa. Dopo aver fatto sfoggio di molti dei tratti canonici attribuiti dall'immaginario dell'epoca alle 'invertite'<sup>160</sup> – la ragazza ha una sensibilità acutissima, è cresciuta in collegio, odia violentemente gli uomini, ha istinti sessuali esuberanti –, Cecilia rivolge le proprie 'morbose' attenzioni verso Evelina, la quale d'altra parte corre il rischio di essere soggiogata dalla «forza suggestiva» della ragazza: «La signora Cecilia era dotata di una potenzialità emotiva sorprendente e – quel che più dava pensiero, – questa potenzialità si traduceva, nei suoi rapporti con gli altri, in altrettanta forza suggestiva, che minacciava di travolgere chiunque non avesse l'anima ben corazzata. Alle volte io diventavo un giocattolo nelle sue mani e nei limiti dell'onesto, contro la mia stessa volontà, ella giungeva a fare di me ciò che voleva, ma senza arie autoritarie, bensì con un tono di mollezza e di arrendevolezza da cui si finiva sempre con l'essere soggiogati, salvo poi a ribellarsi contro di sé e contro di lei quando, passato il momento di suggestione, si ritornava padroni della propria psiche»<sup>161</sup>. In seguito alle attenzioni troppo esplicite della ragazza, Evelina fugge dalla casa del senatore trovandosi nuovamente senza lavoro.

La protagonista del romanzo giunge infine, grazie ad una amica e collega, a lavorare in un grande ospedale pubblico cittadino, rimanendo pro-

<sup>159</sup> Moscariello, *Memorie di un'infermiera*, cit., pp. 43-45.

<sup>160</sup> Maya De Leo, 'Un'eccezione molto frequente', *rappresentazioni del lesbismo in Italia tra Otto e Novecento: la norma, lo stigma e l'identità*. Comunicazione presentata al convegno 'Storia lesbica e studi GLBT in Italia', Università di Firenze, 25 febbraio 2011.

<sup>161</sup> Moscariello, *Memorie di un'infermiera*, p. 141.

fondamente turbata dalla durezza del luogo, della quale la compagna non si rende conto a causa del «cinismo che le veniva dalla lunga abitudine contratta a vivere in quell'ambiente»<sup>162</sup>. È in ospedale che, durante i giorni concitati dei soccorsi speciali prestati alle vittime del terremoto di Messina/Reggio Calabria, la protagonista conosce un giovane ferito grave del quale si innamora. Il ragazzo, rivelatosi un ricco ereditiere norvegese, avendo perso tutta la famiglia sotto le macerie del terremoto, le chiede di accudirlo personalmente. Durante la convalescenza trascorsa sull'isola di Capri, i due finiscono per abbandonarsi alla passione, pur senza giungere al «supremo compimento dell'amore»<sup>163</sup>. Il giovane norvegese, però, è tormentato da una segreta angoscia che lo porta infine a fuggire l'amore della protagonista e a suicidarsi, lasciandole tutti i suoi averi.

*Memorie di un'infermiera* è un libro particolarmente interessante perché profondamente ambivalente oltre che decisamente 'ambiguo'. Da una parte esso contribuisce a dare al lavoro di assistenza una dignità professionale: «anche quella dell'infermiera è una professione»<sup>164</sup>, afferma Moscariello. Inoltre, scegliendo come protagonista un'onesta ragazza di 'civile condizione', il narratore contribuisce a far posto nell'immaginario collettivo alle 'signorine infermiere'.

D'altra parte, però, le avventure della protagonista del romanzo costituiscono una summa delle ansie morali – e delle pruriginose fantasie – che circondano la professione di infermiera. La formazione da levatrice prima e da infermiera poi fa perdere alla fanciulla, almeno in parte, la sua innocenza e la sua purezza ed è trattata dall'autore con malcelata ambivalenza: la passione della protagonista per lo studio delle materie scientifiche da una parte è descritta come una dimostrazione della sua serietà, dall'altra è definita come un probabile «principio di atavismo»<sup>165</sup>. In questo senso Evelina è trattata con la stessa ambiguità che la cultura del suo tempo riserva alle 'donne nuove'<sup>166</sup>. E non è un caso, forse, che su di lei aleggi lo 'spettro lesbico'<sup>167</sup>, incanalato

<sup>162</sup> Ivi, p. 178.

<sup>163</sup> Ivi, p. 229.

<sup>164</sup> Ivi, p. 66.

<sup>165</sup> Ivi, p. 4. Nella prefazione, Moscariello ci tiene inoltre a specificare che la 'vera autrice' delle memorie «non è una scienziata [...]», p. VIII.

<sup>166</sup> Sandro Bellassai, *Il nemico nel cuore. La Nuova donna nell'immaginario maschile novecentesco*, in «Storicamente», 1 (2005), consultabile on line all'indirizzo <http://www.storicamente.org/bellassai.htm>, ultimo accesso settembre 2015. Si veda anche De Giorgio, *Dalla 'donna nuova' alla donna della 'nuova Italia'*, in D. Leoni, C. Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienze, memoria, immagini*, Bologna, Il Mulino, 1986, pp. 307-329.

<sup>167</sup> Maja De Leo ha analizzato le rappresentazioni fantasmatiche del lesbismo che proliferano nella narrativa e nella letteratura scientifica così come nella pornografia in Italia a cavallo tra Otto e Novecento. Tali rappresentazioni hanno, tra le altre, una funzione regolativa dei confini di una femminilità accettabile. Si veda Maya De Leo, *Frammenti di un discorso mor-*

dall'autore nell'incontro con la 'depravata' Cecilia. La 'funzione' narrativa di questo incontro è duplice: da una parte esso serve a segnalare i rischi di 'contaminazione' associati all'intimità con le 'miseria' e la 'depravazione' che il lavoro di assistenza comporta; dall'altra, a un livello più sottile, esso può essere letto come un ammonimento contro le fantasie di emancipazione<sup>168</sup> che accompagnano l'ingresso di giovani donne di classe media nel mondo del lavoro in generale e nella professione infermiera<sup>169</sup> in particolare: tali fantasie sono percepite come 'un'aberrazione' e un 'attentato' alla femminilità.

Un'altra delle ansie che circondano l'accesso delle donne alla professione infermiera, in effetti, è legata proprio alla possibile perdita di alcuni tratti 'caratteristici' della femminilità – la sensibilità, la gentilezza d'animo, la delicatezza – a causa della continua esposizione al dolore fisico e morale. È quanto rischia di succedere a Evelina che in ragione del costante contatto con la malattia e la morte – nonché con la disonestà e talvolta la ferocia<sup>170</sup> di molti medici – rischia di lasciarsi andare al cinismo e alla 'frigidità'<sup>171</sup>. Infine, naturalmente, il percorso della protagonista di *Memorie di un'infermiera* mette in scena le ansie legate all' 'integrità' morale e sessuale delle ragazze che si dedicano al lavoro di assistenza: un mestiere che impone 'pericolose intimità'. Se la protagonista riesce a districarsi e a non soccombere ai molti

boso. *Rappresentazioni dell'omosessualità tra Otto e Novecento*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, M. E. Landini, E. Passalia, DISMEC, Genova, 2010, pp. 71-84. Laura Schettini ha letto anche in questo senso l'interesse della stampa popolare – esploso tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento – per il travestitismo femminile. Si veda Laura Schettini, *Il gioco delle parti, travestimenti e pature sociali tra Otto e Novecento*, Firenze, Le Monnier, 2011.

<sup>168</sup> D'altro canto la stessa protagonista del romanzo è guidata, oltre che dal bisogno, anche dalla volontà di emanciparsi guadagnandosi da sola da vivere, anche contro la volontà dei parenti più prossimi.

<sup>169</sup> Inoltre è interessante notare che il luogo della 'perdizione' di Cecilia è individuato nel collegio. L'esperienza intensamente omosociale dell'internato – generalmente ritenuta densa di rischi per giovani donne, (si veda Michela De Giorgio, *Primi sintomi di un carattere appassionato, dal collegio*, in «Memoria», I, 1 (1981), pp. 94-102) – è d'altra parte quella proposta alla giovani donne intenzionate ad intraprendere la carriera di infermiere dai riformatori impegnati a promuovere le scuole convitto.

<sup>170</sup> Moscariello, pur presentando alcuni sanitari come personaggi molto positivi, ne disegna moltissimi in modo assolutamente inclemente. Si tratta di medici superbi, resi disumani dalla febbre della ricerca scientifica, di professionisti disonesti o semplicemente poco capaci. Sulla rappresentazione negativa dei medici ospedalieri si veda Clerici, *Oltre i confini del realismo: la rappresentazione dell'ospedale nella narrativa ottocentesca*, cit.

<sup>171</sup> Non a caso il turbamento provocato nella protagonista dall'ospedale e dai moltissimi agonizzanti che vi giacciono, è da questa accolto quasi con piacere «la mia emozione [...] d'altronde non mi dispiacque affatto per la convinzione che mi diede che il mio animo non si era per nulla mutato e che la frigidità, di cui fino a quel giorno mi ero quasi gloriata, non rappresentava altro che la vernice sotto la quale avevo voluto – in un momento di sconforto – mascherare il mio cuore e la mia sensibilità per nulla attutita dalle traversie della vita», Moscariello, *Memorie di un'infermiera*, cit., p. 178.



attentati mossi alla sua purezza, alla fine essa si vede nondimeno negata la possibilità di condurre la passione che la lega al suo paziente verso un finale onesto e felice, sebbene si ritrovi inaspettatamente ricca.

Nel corso degli anni '20 e soprattutto degli anni '30<sup>172</sup> le ansie che circondano l'impiego delle donne nell'assistenza, almeno apparentemente, vanno scemando. Nella misura in cui la figura dell'«infermiera moderna» guadagna sempre maggiore legittimità e sostegno, sembrano diminuire le recriminazioni, le paure legate alla femminilizzazione dell'assistenza e all'idea che giovani donne di classe media si prestino ad un lavoro come quello dell'infermiera. Tuttavia possiamo ipotizzare che tali ansie abbiano continuato a lavorare sotterraneamente, contribuendo a tenere molte «signorine» lontane dalla carriera infermieristica.

## 6. Un lento cammino

Come si è visto nelle pagine precedenti sono diversi gli ostacoli, le resistenze, i discorsi che possono aver rallentato e reso difficoltoso il reclutamento di giovani donne della classe media tra le fila delle infermiere diplomate: la persistenza della percezione del lavoro di assistenza infermieristica come degradante da un punto di vista sociale, la resistenza di alcuni medici timorosi di una possibile limitazione della propria autorità e autorevolezza, il «contro-discorso» prodotto dagli infermieri organizzati per difendere la propria legittimità a svolgere il lavoro di assistenza con competenza e professionalità, le ansie generate dalle «pericolose intimità» legate a tale lavoro.

Tuttavia, sebbene come si è visto all'inizio del capitolo, le diplomate presso una scuola convitto continuino ad essere poche per tutti gli anni '30 – e tale carenza persisterà anche nei decenni seguenti – si può forse ipotizzare che l'affermazione de «l'infermiera moderna» nell'immaginario collettivo abbia sostenuto e favorito un processo di progressiva femminilizzazione dell'assistenza che ancora oggi è particolarmente visibile. Se tale processo è più facilmente quantificabile nell'Italia repubblicana – grazie alla trasformazione dei criteri di rilevazione statistica – esso può però forse essere indirettamente evidenziato anche nel corso degli anni '20 e '30. Secondo Domenico Preti, il quale basa le proprie osservazioni sull'andamento di alcuni grandi e importanti nosocomi quali l'Ospedale Maggiore di Milano, nel primo dopoguerra si rileva una netta tendenza da parte delle amministrazioni ospedaliere ad assumere personale femminile<sup>173</sup>. Inoltre, sebbene i criteri di rilevazione adottati nelle statistiche dell'ISTAT negli anni '20 e '30 non consentano di stabilire

<sup>172</sup> De Giorgio, *Le italiane dall'unità ad oggi*, cit., p. 116.

<sup>173</sup> Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia fascista*, cit., pp. 337-383.

con esattezza il numero degli infermieri<sup>174</sup> – questi non sono infatti distinti dalle altre categorie di lavoratori degli Istituti di beneficenza – uno schema di *Determinazione della popolazione attiva nella classe dei servizi sanitari secondo le cifre originarie del censimento del 1936*<sup>175</sup> prodotto da Ornello Vitali nel 1970 permette di verificare a quella data una netta femminilizzazione del personale degli ospedali nel suo complesso<sup>176</sup>. È Alla voce ‘integrazione del personale degli istituti di beneficenza’, nel cui novero sono contati gli istituti di cura, si apprende che a svolgere professioni sanitarie in questo contesto sono 17089 uomini contro 28530 donne. Tra il personale impiegatizio, gli operai e i subalterni di tali istituti si contano 17407 uomini e 33774 donne. In queste categorie è evidentemente compreso senza distinzioni tutto il personale delle IPAB – medici, infermieri e infermiere, suore, personale ausiliario e amministrativo etc. – tuttavia possiamo ipotizzare che la netta prevalenza in entrambi i campi del personale femminile sia dovuta almeno in parte all’aumento del numero di infermiere. Le donne che esercitano professioni sanitarie sono infatti a questa data prevalente levatrici e infermiere, in misura nettamente inferiore dottoresse<sup>177</sup>. Probabilmente la stessa cosa si può dire per il personale subalterno, nel novero del quale potrebbero rientrare le infermiere generiche, non dotate cioè di diploma di scuola convitto.

Amnesso che la femminilizzazione del personale di assistenza sia stata motivata, come sostenuto da Preti, dal minor costo del personale femminile<sup>178</sup> – elemento molto importante per le amministrazioni ospedaliere che nel primo dopoguerra fronteggiano una forte crisi di liquidità – possiamo nondimeno affermare che ‘l’ascesa’ della figura dell’‘infermiera moderna’ deve aver contribuito ad incentivare questo processo e a legittimarlo tanto sul piano igienico-sanitario quanto su quello morale.

<sup>174</sup> Secondo i dati estrapolati dalle rilevazioni statistiche il numero di infermieri passa, tra il 1921 e il 1936, da 27.264 a 39.646 unità, senza contare le suore. Tuttavia questi dati non sono disaggregabili per genere. Vitali, *Aspetti dello sviluppo economico italiano alla luce della ricostruzione della popolazione attiva*, cit., p. 105.

<sup>175</sup> Ivi, p. 106.

<sup>176</sup> Secondo lo stesso schema anche l’assistenza privata è un’occupazione prevalentemente femminile: la svolgono 748 uomini e 3379 donne. E ancora: nelle case di cura lavorano 3116 uomini e 6418 donne (ma le loro mansioni non sono specificate).

<sup>177</sup> Nel 1938 secondo De Grazia le donne che esercitano la professione medica sono 297. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, cit., p. 265.

<sup>178</sup> Effettivamente il personale femminile costa meno, come dimostra Ramacciati, *Infermieri nello Spedale Grande*, cit., pp. 49 e sgg.



## Conclusioni

Quella che si è venuta tratteggiando in questo lavoro sembra per molti versi la storia di progetto solo parzialmente realizzato. Sebbene sull'“infermiera moderna” convergano le aspettative, gli interessi, le fantasie, i progetti di diversi attori sociali – non tutti, come abbiamo visto, appartenenti al mondo della sanità in senso stretto – nonostante diverse circostanze e congiunture storiche favoriscano l'ascesa di questa figura paradigmatica, nel momento in cui si è reso finalmente necessario dar corpo a questo sogno le donne ‘adatte’ a farlo non hanno risposto in massa all'appello. Sebbene nella figura dell'“infermiera moderna” convergano molte istanze e idee che caratterizzano profondamente la fase storica nella quale essa viene immaginata e propagandata, nonostante sul suo corpo siano mappabili i discorsi che alimentano e inquadrano nuove tecnologie di gestione della salute pubblica, «i soldati di pace mobilitati per la grande campagna di profilassi igienico-sociale» evocati da Irene Di Targiani Giunti in un opuscolo della Croce Rossa Italiana pubblicato in occasione del congresso di Milano del 1928, ancora a metà degli anni '30 non formano un esercito numeroso.

Eppure quella che abbiamo definito l'ascesa dell'“infermiera moderna” non è stata senza conseguenze. Tutt'altro. In primo luogo, se ci atteniamo strettamente agli effetti sortiti nell'ambito dell'assistenza infermieristica, possiamo fare una prima chiara constatazione: l'ascesa dell'“infermiera moderna” ha aperto la strada, sul lungo periodo, ad un nettissimo processo di femminilizzazione di questo settore d'impiego<sup>1</sup> che ha retto a tutte le

<sup>1</sup> Secondo il congresso della Federazione dei collegi IPASVI tenutosi a Bologna nel 2012 il 78.7 per cento del personale di assistenza è composto da donne. *‘Infermieri: identikit di*

trasformazioni intervenute nel campo della professione, *in primis* la liberalizzazione dell'accesso alla carriera per gli uomini, iniziata nel 1971<sup>2</sup> con l'apertura delle scuole convitto alla presenza maschile.

Sembra di poter affermare che quello a cui si è assistito è prima di tutto una femminilizzazione *simbolica* dell'assistenza infermieristica: è questa, probabilmente, la prima ragione che guida questa netta 'genderizzazione' della professione<sup>3</sup>. È forse anche nel processo che abbiamo esaminato in queste pagine che dobbiamo cercare uno dei fattori che hanno favorito la stretta dell'abbraccio tra femminilità e cura. È anche in questo processo che affondano le radici la familiarità che oggi abbiamo con l'idea che le professioni che implicano una profonda intimità corporea<sup>4</sup> siano in genere 'tipicamente femminili'. Non si tratta qui solo dell'assistenza infermieristica, ma più in generale di quella a persone non autosufficienti: questa parte del settore dei cosiddetti 'servizi alla persona' è profondamente femminilizzata. È analizzando e dissezionando il processo di costruzione dell'infermiera moderna nel suo compiersi, sviscerandone i passaggi, mostrando il fatto che non sono stati per nulla scontati, ma anzi hanno incontrato forti resistenze, che nei capitoli precedenti si è provato a *denaturalizzare* questa familiarità.

Nel corso di questo lavoro abbiamo visto che ciò che sembra a prima vista un passaggio diretto e lineare, ossia l'idea che le professioni legate

*una professione' dati raccolti per il XV congresso Ipasvi nel 2009*, [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/pagine/141/schedaprofessione.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/141/schedaprofessione.pdf). Si tratta comunque di una percentuale inferiore a quella riscontrabile in paesi quali la Gran Bretagna, dove il 90 per cento del personale infermieristico è composto da donne, l'Irlanda, dove tale percentuale sale al 92 per cento, o la Francia (87%), Inps, *Un fenomeno complesso: il lavoro femminile immigrato*, 2006 ([http://www.inps.it/news/Il\\_lavoro\\_femminile\\_immigrato.pdf](http://www.inps.it/news/Il_lavoro_femminile_immigrato.pdf)) p. 31. Secondo uno studio commissionato dal Ministero della Sanità nel 2010 e intitolato *Il fenomeno della femminilizzazione della sanità in Italia: ricerca quali-quantitativa sulle caratteristiche e i trend dell'ultimo decennio*, il fenomeno della femminilizzazione riguarda in maniera crescente tutta il servizio sanitario nazionale. Tra il 2001 e il 2009 la percentuale di donne impiegate nel settore è salita dal 59.08% al 63.41%. Tuttavia le percentuali più alte di donne sono concentrate nel settore dell'assistenza infermieristica, dell'assistenza sociale (92%). Sono donne solamente il 37% dei medici. Inoltre i ruoli direzionali (direttori generali, amministrativi, sanitari e dei servizi sociali) sono coperti solo per il 10 per cento da donne.

<sup>2</sup> Legge 124 del 25 febbraio 1971.

<sup>3</sup> È bene comunque considerare che quella infermieristica resta oggi una professione svalutata sul piano sociale ed economico e al contempo un mestiere che richiede una alta formazione: si tratta forse anche di una delle ragioni per le quali in Italia si lamenta una costante carenza di personale di assistenza.

<sup>4</sup> Wolkowitz raduna sotto la definizione di 'lavoro corporeo' quelle attività che implicano un «contatto intimo con i corpi spesso nudi o supini di altre persone, con i loro orifizi e con i loro 'fluidi' organici, con i quali si entra in contatto o si stabilisce quanto meno una vicinanza», Carol Wolkowitz, *Bodies at work*, Londra/Thousands Oaks, Sage, 2006, cit. in Sabrina Marchetti, *Le ragazze di Asmara, lavoro domestico e migrazione postcoloniale*, cit., p. 41.

all'assistenza siano socialmente costruite come 'femminili' semplicemente perché rappresenterebbero la proiezione al di fuori della sfera domestica del lavoro di cura svolto tradizionalmente dalle donne in famiglia<sup>5</sup>, abbia invece alle spalle un processo molto più complesso e multiforme. Un processo nel quale rientrano a pieno titolo le idee e i progetti di attori sociali diversi come il movimento femminile e i medici ospedalieri, le progressive trasformazioni dei paradigmi di gestione dei corpi e dei discorsi sul *management* della popolazione e delle sue risorse biologiche, ma anche le nuove forme della cooperazione internazionale in tema di salute pubblica.

In questo processo la prima guerra mondiale ha rappresentato un momento di svolta cruciale. Il conflitto ha funto da catalizzatore e da incubatrice per i nuovi discorsi sulla gestione della salute pubblica, ma ha anche rappresentato un laboratorio e uno spazio di inedita visibilità per la figura dell'«infermiera moderna».

Il noto adagio «al medico la malattia all'infermiera il malato» colloca il baricentro del lavoro infermieristico nel rapporto individuale e 'umano' col malato e situa il *quid* dell'assistenza nella presa in carico della totalità della persona complementare (o contrapposto, a seconda dei punti di vista) all'approccio più impersonale, tecnico, settoriale della biomedicina. Nei capitoli precedenti, però, si è cercato di mostrare che nella genealogia dell'assistenza 'moderna', o almeno della sua idea, perché di questo stiamo parlando in questa sede, figurano in prima linea i discorsi sulla rigenerazione della società, sulla 'bonifica umana razionale', sull'ottimizzazione del 'capitale umano' della nazione.

A prima vista la 'bonifica umana' e il *management* delle funzioni vitali della popolazione sono orizzonti del tutto alternativi rispetto a quello dentro il quale si collocano l'idea di rapporto individuale, relazione umana che è al cuore di un certo modo di intendere l'assistenza. Tuttavia, come abbiamo avuto modo di vedere nel corso di questo lavoro, esiste un nesso tra queste due dimensioni. L'«infermiera moderna» – e soprattutto la sua declinazione extraospedaliera, l'assistente sanitaria visitatrice – è paradigmatica di questo nesso. In qualche modo, possiamo ormai affermare, la figura dell'«infermiera moderna» è stata immaginata, sognata, concepita come l'interfaccia attraverso la quale il progetto di *management* e di ottimizzazione del 'patrimonio umano' doveva trovare il suo 'punto di accesso' privilegiato

<sup>5</sup> D'altra parte, come abbiamo visto, il 'lavoro di cura svolto dalle donne in famiglia' è in questo periodo – ma già dal XIX secolo – sottoposto ad un intenso tentativo di disciplinamento portato avanti sotto il segno della diffusione dell'igiene e dell'economia domestica e della puericultura. Semmai, quindi, si potrebbe dire che la produzione dell'assistenza infermieristica come 'lavoro femminile' e il lavoro di cura in famiglia si costruiscono reciprocamente in questo periodo.



all'individuo. È proprio sul piano del rapporto personalizzato, umano con l'individuo – malato ma anche sano, come si è visto – che le donne sono state chiamate a offrire la loro «stretta efficace collaborazione» sia all'interno che all'esterno dello spazio domestico «per la bonifica igienica del Paese e quindi per il suo migliore assetto produttivo», rispettando e anzi valorizzando e mettendo a lavoro – nell'«indispensabile specificazione e divisione del lavoro» per usare le parole del dottor Angelo Signorelli – proprio le caratteristiche attribuite alla femminilità<sup>6</sup>.

Se quanto fin qui detto è vero per l'«infermiera moderna» nell'ospedale-officina della salute, all'interno del quale questa figura ideale doveva garantire il lineare svolgimento di tutti i servizi, l'ordine, la disciplina, la regolarità ma anche rappresentare lo «strumento» – per così dire – per favorire una migliore «presa» sul corpo malato, nonché l'educazione igienica di quest'ultimo, questo discorso diventa tanto più evidente se ci si sposta sul terreno dell'assistenza extra-ospedaliera.

Come abbiamo visto nel terzo capitolo il coinvolgimento dell'individuo nella regolazione delle risorse biologiche della nazione è diventato dopo la prima guerra mondiale una priorità. La nuova *ratio* che ha guidato le politiche di gestione della salute pubblica dopo il conflitto privilegiava la prevenzione alla repressione e trovava nell'induzione in ciascun individuo di una «coscienza igienica» – ovvero il desiderio di una corretta e moderna gestione delle proprie risorse biologiche e la conoscenza delle *techniques du corps* atte a praticarla – la premessa indispensabile per l'ottimizzazione del «capitale umano» della nazione.

In questo contesto, se il management delle condotte individuali era un obiettivo vitale e l'educazione igienica il suo mezzo fondamentale, l'«infermiera moderna» è divenuta a sua volta la figura che incarnava o doveva incarnare la possibilità di calibrare questa educazione sull'individuo e di portarla in modo non autoritario bensì persuasivo e «familiare» – e quindi meno facilmente esposto a forme di resistenza –, nello «spazio dell'intimità», in senso sia figurato che materiale: in particolare nella casa, il luogo costruito come il tempio del privato e il reame della femminilità. Il sogno di «penetrare» nella sfera dell'intimità degli individui è stato proiettato sull'assistente sanitaria visitatrice e sulle specifiche caratteristiche a questa attribuite. Ma, come dicevamo, si è diffratto anche su una miriade di altre figure che hanno assunto in un certo senso alcune delle caratteristiche delle assistenti sanitarie visitatrici e ne hanno allargato i compiti, come ad esempio le visitatrici fasciste, le visitatrici di fabbrica, le maestre vigilatrici, le assistenti sociali etc, che meriterebbero di essere studiate anche sotto questa luce.

<sup>6</sup> Signorelli, *Prolusione al corso 1922-23*, cit., p. 3.

Ma questo lavoro suggerisce un'ulteriore considerazione. Portare efficacemente le *techniques du corps* atte ad ottenere una vita sana, produttiva e riproduttiva direttamente «to the ultimate unit: the individual [all'unità finale: l'individuo]»<sup>7</sup>, per usare l'espressione di un *report* della Rockefeller Foundation sulle attività dell'organizzazione nel campo del *nursing*, è stato, come abbiamo visto, un obiettivo che non ha caratterizzato solamente la politica sanitaria in Italia. In questo lavoro, e in particolare nel terzo capitolo, che apre una prospettiva transnazionale sulla storia della 'modernizzazione dell'assistenza' nel paese, abbiamo potuto constatare che le nuove idee sulla gestione della salute pubblica affermatesi dopo la Grande Guerra non sono state una prerogativa italiana, ma hanno circolato a livello transnazionale e influenzato l'azione di agenzie attive nella promozione del *public health nursing*. Questo lavoro pone infatti le basi per rileggere il ruolo di questo tipo di servizio e dell'«infermiera moderna' ad esso preposta nell'orizzonte delle nuove tecnologie transnazionali di gestione della salute pubblica. Se l'educazione igienica è un elemento centrale delle politiche di salute pubblica promosse a livello transnazionale<sup>8</sup>, il 'successo' della figura della *public health nurse*/assistente sanitaria visitatrice ci parla dell'importanza assunta dal sogno di penetrare nella sfera di intimità degli individui (e nel luogo in cui tale intimità è 'spazializzata', la casa) per trasmettere in modo più efficace le nozioni igieniche e favorirne l'interiorizzazione. In questo sogno, come si è cercato di dimostrare in questo lavoro, la messa a lavoro della 'femminilità' così come è rappresentata e idealizzata, dei suoi repertori simbolici e dei bacini di immagini ad essa associati, è un elemento centrale.

<sup>7</sup> 1915-1955 *Rockefeller foundation nursing activities*, October 1955, REC, RG1.1, series 100c, box 38, folder 342.

<sup>8</sup> Per usare le parole della Rockefeller Foundation «the modern health movement is not content with sanitation and the control of communicable diseases; it goes on to the hygiene of groups and individuals. It is not satisfied with a negative prevention of disease; it preaches a gospel of positive, active, vigorous physical and mental well-being. [...] Food, clothing, posture, sleep, occupation, exercise, recreation, social relations, personal adjustments are becoming concerns of public health. [...] the public must be brought, through the education of children, the wide diffusion of information, and the concrete services of clinics, health centers, and visiting nurses, to appreciate and support the idea of preventing diseases and of promoting health [il moderno movimento per la salute non si accontenta della sanitarizzazione e del controllo delle malattie trasmissibili; esso predica il vangelo di un benessere fisico e mentale positivo, attivo, vigoroso [...] il cibo, l'abbigliamento, il sonno, l'occupazione, l'esercizio, il riposo, le relazioni sociali, gli aggiustamenti personali stanno diventando oggetto di interesse della salute pubblica [...] attraverso l'educazione dei bambini, la vasta diffusione dell'informazione, i servizi offerti da cliniche, consultori e infermiere visitatrici, la gente deve essere convinta ad apprezzare e supportare l'idea di prevenire le malattie e di promuovere la salute]», *The Rockefeller foundation annual report*, 1926, consultabile on line all'indirizzo <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/4db335c2-f981-4cba-914e-7de58d969e83-1926.pdf>, ultimo accesso agosto 2015, p. 10.

Nel processo di mobilitazione e messa a lavoro dei repertori simbolici della femminilità che si è cercato di mettere in evidenza nei precedenti capitoli, questi ultimi sono stati riprodotti e rafforzati. I discorsi sull'“infermiera moderna’ e sull’assistente sanitaria visitatrice hanno dato nuovo vigore al tradizionale legame tra femminilità borghese e vocazione educativa e ‘civilizzatrice’. Inoltre essi hanno rinvigorito il nesso tra femminilità e ordine, pulizia, disciplina, moralità. Infine nella costruzione dell’“infermiera moderna’ il lavoro di riproduzione e di cura è stato ridefinito come il terreno di pertinenza delle donne.

Tuttavia in questo processo i repertori della femminilità sono stati anche modificati e complicati. In primo luogo il dibattito sull’“infermiera moderna’ ha arricchito questi repertori di elementi che gli erano stati tradizionalmente estranei come la professionalità, la preparazione, la capacità tecnica. Soprattutto, però, i discorsi sull’infermiera moderna hanno prodotto un nesso potente tra femminilità e ‘scienza’, ‘progresso’, ‘modernità’.

La figura dell’infermiera è tanto una variazione sul tema della femminilità oblativa e materna quanto un potente emblema della modernità, con tutta l’ambiguità di cui questo termine è foriero. Essa è un vessillo di *civiltà* – un ‘moderno’ servizio di assistenza è una *conditio sine qua non* per un ‘paese civile’, dicevano i riformatori e le riformatrici – e un simbolo di *progresso*. D’altra parte compito delle ‘infermiere moderne’ doveva essere quello di aiutare la luce della medicina a brillare più forte negli ospedali, e a essere accolta con reverenza nelle case. Nelle povere e oscure abitazioni del proletariato le assistenti sanitarie visitatrici dovevano portare il lume dell’igiene e la fiducia nella scienza e nei suoi rappresentanti, facendosene araldi. In qualche modo dunque, sebbene quella dell’“infermiera moderna’ sia stata comunque delineata come una figura ancillare rispetto a quella del medico, essa è stata nondimeno chiamata a rappresentare se non a incarnare la ‘scienza’, il ‘progresso’, la ‘modernità’. Questo insieme di significati ha complicato e sfaccettato i tradizionali repertori della femminilità borghese, favorendone ulteriormente l’arruolamento nelle utopie di gestione moderna e razionale del corpo sociale in senso lato.

# Bibliografia

## *Fonti*

### *Archivi*

ACS Archivio centrale dello Stato

Fondi del Ministero degli Interni-Direzione Generale di Sanità

Fondo del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane

ASCRI Archivio storico centrale della Croce Rossa Italiana

Archivio dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale

### *Riviste*

«Bollettino Mensile dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere».

«Il Policlinico. Sezione pratica»

«L'Infermiera Italiana»

«L'Infermiere Laico, organo di propaganda anti-clericale»

«L'Infermiere. Organo mensile della federazione degli infermieri e delle infermiere degli ospedali e manicomi»

«L'Ospedale Maggiore. Rivista mensile illustrata di storia, amministrazione, tecnica edilizia, dottrina e pratica sanitaria in rapporto all'assistenza ospedaliera in genere ed in ispecie all'Ospedale Maggiore di Milano»

«Difesa Sociale: Rivista dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale»

«La Voce dell'Infermiere: organo del personale degli ospedali di Roma»

### *Fonti primarie*

*Al lettore* in «Archivio Fascista di Medicina Politica», I, 1-2 (1927), pp. 1-2.

- ALLEVI G., *La medicina sociale*, Milano, Hoepli, 1909.
- American Red Cross, *Department of civil affairs, July 10, 1918*, Roma, Issued by the Department of public information, 1918.
- American Red Cross, *Department of civil affairs, January 1, 1918-March 1, 1919*, Roma, Issued by the Department of public information, 1919.
- American Red Cross, *Department of civil affairs, Summary of works, Department of civil affairs, American Red Cross in Italy*, Roma, American Red Cross, 1918.
- ANITI, *L'infermiera visitatrice (assistente di sanità)*, [opuscolo senza data né luogo di pubblicazione].
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del primo Congresso nazionale: Napoli 25-29 maggio 1922*, Roma, Menaglia, 1923.
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del secondo Congresso nazionale: Venezia 24-29 giugno 1923*, Roma, Menaglia, 1924.
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del terzo Congresso nazionale: Sardegna, Cagliari-Sassari 5-14 giugno 1925*, Roma, Menaglia, 1925.
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del quarto Congresso nazionale: Torino, 10-19 giugno 1926*, Roma, Menaglia, 1926.
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del quinto Congresso nazionale: Roma, 12-16 ottobre 1927*, Roma, Menaglia, 1927.
- Associazione Italiana per l'Igiene, *Atti del VII Congresso, Siena 29 settembre-5 ottobre 1929*, Roma, Menaglia 1930.
- Atti del primo Congresso nazionale di attività pratica femminile, Milano, 24-28 maggio 1908*, Milano, Società Ed. Di Coltura Popolare, 1909.
- BACCARANI U., *Infermieri e infermiere. L'assistenza ai malati in Italia, Francia e Inghilterra*, Modena, Tipografia Modenese, 1909.
- BICKNELL U., *The American Red Cross in Italy*, New York, McMillan, 1920.
- BARONCHELLI GROSSON P., *La donna della Nuova Italia: documenti del contributo femminile alla guerra (maggio 1915 – maggio 1917)*, Milano, R. Quintieri, 1917.
- BELLUSCHI E., *La vigilatrice sanitaria nelle colonie di cura climatica*, Genova, Stab. Angelo Pagano, 1922.
- BIFULCO C., *Il libro dell'infermiera: manuale ad uso delle scuole convitto professionali e delle assistenti sanitarie*, Firenze, C. Ruffilli, 1937.
- BOSSI, L.M., *Il martirio di un'infermiera, il suo alto significato: conferenza tenuta dal prof. L. M. Bossi al Teatro Niccolini di Firenze il 13 ottobre 1916*, Genova, G. B. Marsano, 1917.
- CAPUANI G., *Nozioni igienico-sanitarie per le assistenti sanitarie di colonia: corso di lezioni tenute nel magio giugno 1934 a Novara per cura dell'Ente Opere Assistenziali, Direttore Sanitario dell'Eoa prof. G.F. Capuani*, Novara, E. Cattaneo, 1934.
- CASARINI, A., *La signora dalla lampada: Fiorenza Nightingale. Firenze, 12 Maggio 1820-Londra, 13 agosto 1910 (V Congresso internazionale di medicina e farmacia militare)*, Roma, Stab. Tipografico di Stato, 1929.

- CASSIOLI C., *La moderna infermiera della Croce rossa italiana: lezioni teorico-pratiche tenute alle dame e agli infermieri nel maggio 1915*, Firenze, Nuovo giornale, 1915.
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di elementi di patologia generale*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di anatomia e fisiologia*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di assistenza agli ammalati*. Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di soccorsi di urgenza*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di patologia speciale e assistenza medica*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di assistenza chirurgica*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene e di assistenza, *Corso di tre lezioni (per uditorio colto, allieve infermiere, infermiere famigliari, insegnanti) di allevamento del bambino (puericultura)*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Cattedre ambulanti d'igiene ed assistenza, *Corso di igiene infantile igiene dell'età prescolastica (da 1 a 6 anni)*, Istituto Italiano di Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- CELLI A., *Per le scuole delle infermiere*, in «Nuova Antologia: rivista di scienze lettere e arti», XLIII, 137 (1908), p. 481.
- CELLI A., *La donna infermiera in Italia*, Roma, Tipografia nazionale Bertero, 1908.
- CHIARABBA U., *L'infermiera: Manuale teorico pratico per l'assistenza degli infermi e per i soccorsi d'urgenza*, Torino, Tip. E. Marietti, 1911.
- CHIARABBA, U. *La donna infermiera: conferenza tenuta il 10 maggio 1908 nell'ospedale Maria Vittoria, inaugurando la scuola per le infermiere*, Torino, G. U. Cassone, 1908.
- CLERICI M.A., *Al di là del Piave, coi morti e coi vivi. Ricordi di prigionia*, Como, Libreria Ed. V. Omarini, 1919.
- Conferenza dell'unione Internazionale contro la tubercolosi, Assistenza e tubercolosi: Convegno Internazionale di infermiere, in occasione della 6. conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi: Roma, 25- 27 settembre 1928*, Roma Tip. Della Camera Dei Deputati, C. Colombo, 1928.



- Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del primo congresso delle donne italiane, Roma 24-30 aprile 1908*, Roma, Stabilimento tipografico della società editrice Laziale, 1912.
- Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, *Atti del convegno per uno scambio di idee sulle questioni relative all'assistenza agli infermi, promosso dal C.N.D.I. sezione di Firenze*, Firenze, Stabilimenti grafici Vallecchi, 1920.
- Corsi femminili di sanità, igiene, soccorsi d'urgenza, assistenza ai malati, cura dei bambini, istituzioni di beneficenza. Statuto e disposizioni*, Torino, Stabilimento tipografico Sella e Guala, 1909.
- Corso d'igiene infantile igiene scolastica (da 6 a 15 anni)*, Istituto Italiano d'Igiene Previdenza e Assistenza Sociale [opuscolo non datato].
- Corso di puericultura per assistenti sanitarie scolastiche/ tenuto in Padova presso la scuola di assistenza all'infanzia dai prof. L. D. Veronese, F. Valtorta, G. Boschì, O. Casagrandi, L. Palmieri*, Padova, Cedam, 1928.
- CRISPOLTI F., BOMPIANI S., *Ambulatorio-Scuola 'S. Giuseppe' relazione del 25° anno della fondazione*, Roma, Istituto Grafico Tiberino, 1931.
- Croce Rossa Italiana, *Le infermiere della Croce rossa italiana in occasione del 6. Convegno infermiere, Roma, 25-28 settembre 1928*, Roma, 1928 [opuscolo].
- DESCOVICH A., *Dei metodi per sviluppare le facoltà osservative delle infermiere in rapporto con l'insegnamento scientifico e le condizioni sociali*, Convegno internazionale di infermiere, Roma 1928, Tip. Camera dei deputati C. Colombo, 1928.
- D'ORMEA A., *L'opera della donna per la prevenzione delle malattie mentali e nervose / prefazione del prof. Ettore Levi*, Roma, Istituto italiano d'Igiene Previdenza e Assistenza Sociale, 1925.
- FADDA G., *Le assistenti sanitarie italiane*, Roma, Croce Rossa Italiana, 1920.
- FERRARINI L., *Per la salute fisica del popolo*, in «Archivio fascista di medicina politica», I, 11-12 (1927), p. 293.
- FERRERO G., *La donna italiana come infermiera: Scuola samaritana*, Recanati, Tip. Simboli, 1915.
- GALASSI C., *L'assistente sanitaria nei dispensari antitubercolari: relazione al Convegno nazionale delle assistenti sanitarie: (Federazione naz. it. per la lotta contro la tubercolosi: 2. Congresso, Milano 23-26 ottobre 1927-5.)*, Pubblicazione Roma, Tip. Della Camera Dei Deputati, C. Colombo, 1927.
- GARDNER M. S., *Servizio delle 'infermiere visitatrici'*, Roma, Tipografia nazionale Bertero, 1919.
- GARDNER M.S., *Public health nursing*, New York, McMillan, 1917.
- GARDNER M. S. e Terni de Gregory G., *L'assistente sanitaria (infermiera visitatrice)*, II ed., pubblicato dall'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere, Sezione Lombarda, Milano, [opuscolo senza data].
- GIACOMELLI A., *Dal diario di una samaritana: ai nostri soldati e alle loro infermiere*, Milano, A. Solmi, 1917.

- GIGLIUCCI N., *Otto infermiere volontarie morte in servizio di guerra: commemorazione tenuta al Lyceum di Firenze il 3 Maggio 1919*, Pistoia, Ditta Alberto Pacinotti & C., 1919.
- GIGLIUCCI N., *Relazione stesa dalla Sig. na Nerina dei conti Gigliucci per incarico del comitato della Scuola convitto Regina d'Italia per Infermiere professionali e letta all'adunanza dell'8 maggio 1917*, Firenze, Stabilimento tipografico Ramella & co, 1917.
- GIGLIUCCI N., *Commemorazione di Florence Nightingale, letta al Lyceum di Firenze il 7 febbraio 1914*, Firenze, Tip. Giuntina, 1914.
- GINEVRA, *Per le infermiere. La prima scuola convitto per le infermiere fondata in Italia*, in «La nostra rivista femminile», IV, 2 (1917), pp. 137-142.
- GINEVRA, *Per le infermiere. Un quesito per la Crusca*, «La nostra rivista femminile», IV, 3 (1917), p. 43-8.
- GINEVRA, *Per le infermiere*, in «La nostra rivista femminile», IV, 8 (1917), pp. 592-597
- GINEVRA, *Per le infermiere*, in «La nostra rivista femminile», IV, 4 (1917), pp. 340-5.
- GINEVRA, *Per le infermiere*, in «La nostra rivista femminile», IV, 7 (1917), pp. 536-540
- GINEVRA, *Per le infermiere*, in «La nostra rivista femminile», IV, 5 (1917), pp. 414-418
- GIORDANO D., *Ausiliari ed impedimenti nostri (Prelezione al corso Minich 3 novembre 1902)*, Estratto dal bollettino della Camera Sanitaria del Marzo 1910, n.3, Venezia, tip. Pellizzano, 1910.
- GOGLIETTINI L., *All'augusta infermiera della Croce rossa in Tripoli, A. R. Duchessa Elena d'Aosta*, Caserta, Tip. A. Saccone, 1912.
- GUICCIARDI FIASTRI V., *La donna infermiera, conferenza tenuta al 'Lyceum' di Roma il 2 maggio 1914 da Virginia Guicciardi Fiastrì*, Roma, Tip. Armani e Stein, 1914.
- GUICCIARDI FIASTRI V., *I nostri feriti: conferenza*, Roma, Direzione della Nuova Antologia, 1916.
- HARING J., *La donna infermiera: guida di pronto soccorso in famiglia, negli ospedali e in guerra*, trad. di Ninina Facchi, pref. del dott. Ambrogio Bertarelli, Milano, Studio editoriale lombardo, 1914.
- Il Primo anno della Scuola samaritana di Roma. Discorso inaugurale del prof. Vincenzo Giudiceandrea e relazione morale e finanziaria*, Roma, Tipografia Cooperativa Sociale, 1914.
- Il quarto anno della Scuola samaritana di Roma (1916-7) relazione morale e finanziaria redatta dal presidente della scuola prof. Dott. V. Giudiceandrea*, Roma, Tipografia Cooperativa Sociale, 1917.
- Il secondo anno della Scuola samaritana di Roma. Discorso inaugurale del prof. Vincenzo Giudiceandrea e relazione morale e finanziaria*, Roma, Tipografia Cooperativa Sociale, 1915.
- Il terzo anno della Scuola samaritana di Roma. Discorso inaugurale del prof. Vincenzo Giudiceandrea e relazione morale e finanziaria*, Roma, Tipografia Cooperativa Sociale, 1916.

- International courses offered by the League of Red Cross Societies in conjunction with Bedford College for women University of London and the College of Nursing London, session 1932-3*, League of Red Cross Societies, Division of Nursing, Paris, 1933
- Isolani C., Gaddi F. *L'infermiera e la sua missione, associazione nazionale italiana tra infermiere*, pubblicazione dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere [opuscolo senza data].
- La donna italiana descritta da scrittrici italiane in una serie di conferenze tenute all'esposizione Beatrice in Firenze*, Firenze, Stabilimento Civelli, 1890.
- La tutela dell'igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-20). Relazione del direttore generale Lutrario al Consiglio superiore di sanità*, Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, 1921, Vol. 1 e 2.
- LEVI E., *Coordinazione degli enti igienici e assistenziali nel campo della medicina sociale*, Roma, Istituto Italiano di Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale, 1924.
- LEVI E., *La difesa dei valori umani, organizzazione nazionale ed internazionale di igiene e assistenza sociale*, Roma, Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, 1924.
- LEVI E., *La medicina sociale in difesa della vita e del lavoro*, Roma, La Voce, 1921.
- LEVI E., *Coordinazione degli enti igienici e assistenziali nel campo della medicina sociale: relazione svolta al Convegno nazionale di igiene promosso dalla Deputazione provinciale di Milano, 25-26 novembre 1923*, Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, Roma, 1924.
- LORIGA G., *Manuale di igiene ed assistenza sociale: ad uso delle scuole medie e delle persone colte*, Roma, Luzzatti, 1923.
- LUCIFERO E., *L'arduo problema*, Roma, Direzione della Nuova Antologia, 1913.
- LÜCKES Eva C., *La donna come infermiera*. Traduzione dall'Inglese di Maria Adelaide Colombo, con prefazione del prof. Ettore Marchiafava, Torino, Ditta G. B. Paravia e C., 1912.
- MAJER RIZZIOLI E., *Accanto agli eroi. Crociera sulla Memfi durante la conquista di Libia*, Milano, Libreria Editrice Milanese, 1915.
- MAJER RIZZIOLI, *Quasi un romanzo... linee di studio e di pratica per le infermiere*, Firenze, Le Monnier, 1926.
- MAJOLI BARBERIS M., *Dal taccuino di un'infermiera della Croce Rossa*, Cappelli, Rocca San Casciano, 1917.
- MESSEA A., *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità intorno agli atti compiuti dall'amministrazione della Sanità Pubblica dal 1 giugno 1925 al 30 giugno 1926 dal Direttore Generale della Sanità Pubblica*, Roma, Provveditorato Generale dello Stato, 1927.
- MEYER CAMPERIO S., *Luci ed ombre di eroi: dal diario d'infermiera in zona d'operazione: guerra italo-austriaca*, Monza, Tipografica Sociale, 2001.
- MORETTI A. (segretaria dei fasci femminili), *Formazione delle infermiere fasciste e loro funzione nelle colonie, negli ambulatori, e nelle altre istituzioni intese come prevenzione antitubercolare*, Roma, Tipografia del Littorio, 1928.

- MORSELLI E., *Le scuole per gli infermieri nel manicomio*, Macerata, 1878.
- MORTARA G., *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, New Heaven, Yale University Press, 1925.
- MOSCARIELLO A., *Memorie di un'infermiera*, Napoli, Roma, Soc. ed. Dante Alighieri, 1914.
- Nightingale Fiorenza: Estratto da una biografia di Elisa Aldridge*. Traduzione di E. C., Lucca, Tip. Del Serchio, 1887.
- ORVIETO L., *Sono la tua serva e tu sei il mio signore: così visse Fiorenza Nightingale*, Firenze, Bemporad, 1936.
- P.N.F. *Gioventù italiana del littorio comando generale, Regolamento delle colonie estive*, Roma, Foro Mussolini, anno XVI, 1938.
- P.N.F. *Gioventù italiana del littorio, Regolamento delle colonie climatiche*, Roma Foro Mussolini, anno XVII, 1939.
- PALAGI E., *La donna infermiera*, in «Vita femminile italiana», I, 4 (1907), pp. 390-397.
- PALAZZI M., *L'infermiera italiana (nota storica per le levatrici)*, Bologna, Stab. Poligrafico Emiliano, 1914.
- PARISCH C., *Gli eroi d'Italia nei ricordi d'un'infermiera della guerra Italo-Turca*, Torino, Libr. Fratelli Treves, 1915.
- Per una nuova scuola professionale per la preparazione delle assistenti sanitarie*, Roma, Tipografia ditta Ludovico Cecchini, 1919.
- PERDUCA M., *Un anno d'ospedale, giugno 1915-novembre 1916*, Milano, Treves, 1917.
- PIERACCIONI A., *L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia: istruzioni elementari per infermieri ed infermiere*, con prefazione del prof. E. Morselli, Milano, U. Hoepli, 1901.
- PILASTRINI E., *Dignità professionale e responsabilità dell'assistente sanitaria, garantite dalla Legge dello Stato: relazione al convegno nazionale delle assistenti sanitarie (Federazione nazionale italiana per la lotta contro la tubercolosi, Il Congresso Nazionale. Milano 23-26 ottobre 1927)*, Roma, Tip. Della Camera dei Deputati, C. Colombo, 1927.
- POLLITZER R., *Come si alleva il bambino sano e come si assiste il malato: guida di puericultura (ad uso delle maestre visitatrici scolastiche, infermiere assistenti infantili, levatrici, bambinaie)*, Roma, Luigi Pozzi, 1927.
- PUGLIESI G., *Il manuale dell'infermiere*, Lodi, Soc. Weimat, 1907 [III edizione].
- PUGLIESI G., *Il manuale dell'infermiere*, Venezia, Soc. Weimat, 1916 [V edizione].
- PUGLIESI G., *La infermiera in famiglia: guida per ben assistere i propri cari infermi*, Città di Castello, Unione Arti Grafiche, 1912.
- QUARTA G., *Vademecum dell'infermiera in casa e negli Ospedali con speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in guerra*, Roma, Il Policlinico, 1916.
- QUARTA G., *Vademecum della infermiera in casa e negli Ospedali, con Speciale riguardo alla cura dei malati e feriti in Guerra*, Roma, Il Policlinico, 1915 Tip. Nazionale, di G. Bertero e C.

- Relazione del Direttore Generale di Sanità Pubblica dott. Alberto Lutrario al Consiglio Superiore di Sanità nella sezione ordinaria del giugno 1922 – Ministero degli interni, Direzione generale della sanità pubblica, Roma, SPER, 1923.*
- Relazione del Direttore Generale di Sanità Pubblica dott. Alberto Lutrario al Consiglio Superiore di Sanità nella sezione ordinaria del luglio 1923, Ministero degli interni, Direzione generale della sanità pubblica, Roma, SPER, 1924.*
- Relazioni riservate alle Congregazioni ospedaliere – sedute di studi della Città del Vaticano 25-9 agosto 1935, Congresso Internazionale delle Infermiere Cattoliche a Roma, 1935.*
- Rockefeller Foundation, *Resume of Rockefeller Foundation Public Health Nursing and Nursing Education Activities, 100 Years: The Rockefeller Foundation*, consultabile on line all'indirizzo <http://rockefeller100.org/items/show/2213>, ultimo accesso settembre 2015.
- Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation Resume of Nursing, 1913-1930, 100 Years: The Rockefeller Foundation*, consultabile on line all'indirizzo, <http://rockefeller100.org/items/show/2212>, ultimo accesso settembre 2015.
- RONZANI E., *Del governo tecnico sanitario degli ospedali*, Padova, Fratelli Druker, 1910.
- RONZANI E., *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste: manuale ad uso del personale di assistenza immediata*, Firenze, Stabilimenti tip. Ramella, 1911.
- RONZANI E., *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste: manuale ad uso del personale di assistenza immediata*, Firenze, Stabilimenti tip. Ramella, 1924.
- ROSSI DORIA T., *Medicina sociale e socialismo: scritti per l'educazione politica e igienica dei lavoratori*, Roma, Mongini, 1904.
- SABATINI G., *L'infermiera a lato del medico nella psicologia dei popoli latini: conferenza, tenuta alla riunione internazionale delle infermiere, convocata in Roma nei giorni 25, 28, settembre 1928*, Roma, Luzzatti, 1928.
- SARTORI C., *L'assistente sanitaria nei dispensari antitubercolari: relazione al Convegno nazionale delle assistenti sanitarie*, Roma, Federazione Nazionale Italiana per la Lotta contro la Tuberculosis, 1927.
- SAVORGNAN F., *Statistica degli ospedali e degli altri istituti privati e pubblici di assistenza sanitaria*, Roma, Istituto Poligrafico, 1932.
- SCLAVO A., *Per la propaganda igienica, scuola ed igiene*, Roma, Paravia, 1924.
- SFORZA M., *Il dizionario vademecum dell'infermiera*, Milano, Hoepli, 1923.
- SHUPFER F., *Estratto dal discorso inaugurale 'Conquiste e aspirazioni della medicina di guerra' letto nella Sala di Luca Giordano, nel Palazzo Mediceo Riccardi il 5 novembre 1917, dal prof. Ferruccio Shupfer*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1918.
- SIGNORELLI A., *Prolusione al corso 1922-23 (Scuola assistenti sanitarie di Roma)*, Roma, Tip. Leonardo da Vinci, 1923.
- Statuto dell'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere*, Roma, Società editrice 'Urbs', 1919.
- TARGIANI GIUNTI I., *Preparazione delle infermiere per la propaganda igienica: relazione della marchesa Irene di Targiani Giunti*, Roma, SPER, 1922.



- TERNI DE GREGORY, *Il posto della donna negli ospedali militari*, in «Nuova Antologia» LII, 7 (1917), pp. 8-13.
- TORRIGIANI, A., *Diario di Guerra, 1915-1919, di Anna Torrigiani, infermiera volontaria della Croce rossa italiana*, Firenze, Tip. L'arte Della Stampa, Succ. Landi, 1923.
- TROPEANO G., *La medicina sociale: avviamento*, Napoli, Morano, 1933.
- TROPEANO G., *Prolusione al corso per infermiere*, Napoli, Officine arti grafiche G. Cangiano, 1919.
- VANTI M., *S. Camillo de Lellis, apostolo di carità infermiera*, Torino, Società Editrice Internazionale, 1929
- ZEFFIRINO R., *Al letto dell'infermo: istruzioni morali ad un'infermiera*, Sampierdarena, Tipografia del Bosco, 1926.
- FRENCH CINI E., *Vita sociale e politica*, in «Attività femminile sociale», anno VIII, 10 (1919), p. 1.
- GARELLI, L., *Lettere di Lucia Garelli, infermiera volontaria Croce Rossa Italiana, decorata di due medaglie d'argento*, Cuneo: Tip. Operaia G. Franchino, [dopo il 1917]
- KELLOG P., *Seven weeks in Italy: the response of the American Red Cross to the emergency*, Paris, Office of the Commissioner for Europe, 1918.
- La città dell'infanzia. Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*. Roma giugno-settembre XV-II, Unione Tipografica Milano, 1937.
- Programma di insegnamento per una nuova scuola professionale per la preparazione delle Assistenti sanitarie. Ispettorato generale dell'istruzione professionale – Ministero degli Interni Roma [non datato].*
- Programmi di insegnamento e di esame per le scuole convitto professionali per infermiere e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, approvati con decreto ministeriale 30 settembre 1938*, Napoli, E. Pietrocola, 1938.
- Relazione della Commissione, nominata con decreto 8 aprile 1919 dal Ministero dell'interno, per lo studio della Riforma dell'assistenza infermiera*, Roma, Tipografia Bertero, 1919.
- RICCI C., *Politica sanitaria*, Torino, Gobetti, 1925.
- SCLAVO A. (a cura di), *Conferenze di igiene scolastica*, Torino, Paravia, 1925, vol. I.
- SFORZA M, *Il piccolo dizionario vademecum dell'infermiera*, Milano, Economica, 1916.

### Bibliografia

- ABRAMS S. E., *Seeking jurisdiction: a sociological perspective on Rockefeller foundation activities in nursing in the 1920's* in *Nursing history and the politics of welfare*, a cura di A. Rafferty, R. Elkan, J. Robinson, London, Routledge, 1997, pp. 208-225.
- ABU GIDEIRI H., *Colonizing Mother Egypt, domesticating Egyptian mothers*, in *Bio-medicine as a contested site, some revelations in imperial contexts*, a cura di P. Bala, Lexington, Lexington Books, 2009, pp. 9-27.



- ADDIS SABA M., *La corporazione delle donne. Ricerche e studi sui modelli femminili nel ventennio fascista*, Firenze, Vallecchi, 1988.
- AHMED S., *Happy objects*, in *The affect theory reader*, a cura di M. Gregg, G. J. Seigworth, Durham, Duke University Press Books, 2010, pp. 29-51.
- ALAGUER E., *La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España*, in «Dynamis», XV, 15 (1995), pp. 177-192.
- ALBERICO F., FRANCHINI G., LANDINI M. E., PASSALIA E. (a cura di), *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova, DISMEC, 2010.
- ALBERTI S., *Da guardiani ad attori della riabilitazione: il personale d'assistenza in manicomio*, in *San Niccolò di Siena: storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozzi, Milano, Mazzotta 2007, pp. 155-175.
- ANDERSON W., *Colonial pathologies, American tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*, Durham, Duke University Press, 2006.
- ANDERSON W., *Excremental colonialism. Public health and the poetics of pollution*, in «Critical Inquiry», XXI, 3 (1995), pp. 640-669.
- ANGELERI M.C., *Dall'emancipazionismo all'interventismo democratico: il primo movimento politico delle donne di fronte alla Grande Guerra*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», VIII, 1 (1996), pp. 199-216.
- APPLE R., *Constructing mothers: scientific motherhood in the Nineteenth and Twentieth centuries*, in «Social History of Medicine», VIII, 2 (1995), pp. 161-178.
- APPLE R., *Mothers and medicine. A social history of infant feeding (1890-1950)*, Madison, University of Wisconsin Press, 1987.
- ARMSTRONG D., *Public Health spaces and the fabrication of identity*, in «Sociology», XXVII, 3 (1993), pp. 393-410.
- ARRU A., *La costruzione dell'identità maschile nell'età moderna e contemporanea*, Roma, Biblink, 2001.
- Ascoli Vittorio, in *Dizionario Biografico degli italiani*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 1962, pp. 379-384.
- AUDENINO P., *Cinquant'anni di stampa operaia. Dall'Unità alla guerra di Libia*, Milano, Guanda, 1976.
- AUDOIN-ROUZEAU S., BECKER A., *La violenza, la crociata, il lutto: la Grande Guerra e la storia del Novecento*, Torino, Einaudi, 2002.
- BABINI V., LAMA L., *Una donna nuova, il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Bologna, Franco Angeli, 2003.
- BAER E., *Nurses*, in *Women health and medicine in America*, a cura di R. Apple, New York, Rutgers University Press, 1990, pp. 459-476.
- Baglioni Silvestro, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 1963, pp. 247-249.
- BANTI A., *Storia della borghesia italiana. L'età liberale 1861-1922*, Roma, Donzelli, 1996.
- BARNES D., *The making of a social disease: tuberculosis in Nineteenth-century France*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 1995.

- BARTOLONI S., *Il fascismo femminile e la sua stampa: 'Rassegna femminile italiana' (1925-1930)*, in «Nuova DWF», VII, 21 (1982), pp. 143-169.
- BARTOLONI S., *Dalla crisi del movimento delle donne alle origini del fascismo. L'Almanacco della donna italiana' e la 'Rassegna Femminile Italiana'*, in *Atti del seminario Esperienza storica femminile nell'età moderna e contemporanea*, a cura di A. M. Crispino, Roma, Udi La Goccia, 1988, pp. 125-152.
- BARTOLONI S., *Donne al fronte. Le infermiere volontarie nella Grande Guerra*, Roma, Jouvenance, 1998.
- BARTOLONI S., *Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*, Venezia, Marsilio, 2003.
- BARTOLONI S., *Donne della Croce Rossa tra guerra e impegno sociale*, Venezia, Marsilio, 2005.
- BARTOLONI S., *Da una guerra all'altra. Le infermiere della Croce Rossa fra il 1911 e il 1945*, in *Guerra e pace nell'Italia del Novecento. Politica estera, cultura politica e correnti dell'opinione pubblica*, a cura di L. Goglia, R. Moro, L. Nuti, Bologna, Il Mulino, 2006.
- BARTOLONI S. (a cura di), *Per le strade del mondo, laiche e religiose tra Otto e Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2007.
- BARTOLONI S., *La asistencia a los enferos en Italia: religiosa y laicas en la práctica de la enfermería*, in Gonzales C., *La trasformción de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*, Granada, Editorial Comares, 2010.
- BARTOLONI S., GONZÁLES CANALEJO C., *Percorsi di formazione per 'l'infermiera moderna': Italia e spagna 1870-1920*, in «Medicina&Storia», X, 21-22 (2011), pp. 39-61.
- BARTOLONI S., *La mobilitazione femminile*, in *Dizionario storico della Prima guerra mondiale*, in N. Labanca (a cura di), Roma-Bari, Laterza, 2014, pp. 279-290.
- BARTOLONI S., *Women's mobilitation for war (Italy), in 1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*, in U. Daniel, P. Gatrell, O. Janz, H. Jones, J. Kenée, A. Kramer and B. Nasson, Berlin, Freie Universität Berlin, <http://dx.doi.org/10.15463/ie1418.10653> (ultimo accesso novembre 2014).
- BASHFORD A., *Purity and pollution: gender, embodiment and Victorian medicine*, London, MacMillian, 1998.
- BASHFORD A., HOOKER C. (a cura di), *Contagion. Historical and cultural studies*, New York, Palgrave, Routledge, 2002.
- BASHFORD A., *Imperial Hygiene. A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*, New York, Palgrave Macmillan, 2004.
- BASHFORD A., *Global biopolitics and the history of world health*, in «History of the human sciences», XVIII, 19-1 (2006), pp. 167-188.
- BAZZICALUPO L., *Biopolitica, una mappa concettuale*, Roma, Carocci, 2010.
- BELLASSAI S., *Il nemico nel cuore. La Nuova donna nell'immaginario maschile novecentesco*, in «Storicamente», 1 (2005), <http://www.storicamente.org/bellassai.htm>, ultimo accesso settembre 2015.
- BELLASSAI S., *La mascolinità contemporanea*, Roma, Carocci, 2004.

- BELLASSAI S., MALATESTA M. (a cura di), *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, Roma, Bulzoni, 2000.
- BENADUSI L., *Il nemico dell'uomo nuovo: l'omosessualità nell'esperimento totalitario fascista*, Milano, Feltrinelli, 2005.
- BERLIVET L., *De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. La santé publique face aux accusations de moralisme*, in *La santé dans tous ses états*, a cura di A. Garrigou, Paris, Atlantica, 2000, pp. 243-270.
- BERLIVET L., *Médicalisation*, in «Genèses», LXXXII, 1 (2011), pp. 97-121.
- BERLIVET L., *Une biopolitique de l'éducation pour la santé*, in *Le gouvernement des corps*, a cura di D. Fassin, D. Memmi, Paris, Éditions de l'ÉHÉSS, 2004, pp. 37-75.
- BERNABEU MESTRE J., GASCON PEREZ E., *El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud española (1923-1935): La visitadora sanitaria*, in «Dynamis», XV, 15 (1995), pp. 151-176.
- BERSANTI G. (a cura di), *Misura d'uomo. Strumenti, teorie e pratiche dell'antropometria e della psicologia sperimentale tra 800 e 900*, Firenze, Istituto e museo di storia della scienza, 1986.
- BETRI A., GIGLI MARCHETTI A., *Salute e classi lavoratrici dall'unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982.
- BETTA E. (a cura di), *Biopolitica e biopotere*, in «Contemporanea», XII, 3 (2009), pp. 507-554.
- BETTA E., *La biopolitica cattolica*, in *Scienza e cultura nell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, *Storia d'Italia*, Torino, Einaudi, 2011, vol. XXVI, pp. 949-974.
- BETTA E., *Animare la vita. Disciplina della nascita tra medicina e teologia nell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- BETTA E., *Eugenetica, eugenetiche*, in «Contemporanea», IX, 4 (2006), pp. 787-794.
- BIGARAN M.P., *Mutamenti dell'emancipazionismo alla vigilia della Grande Guerra*, in «Memoria», II, 4 (1982), pp. 130-145.
- BIGARAN M.P., *Per una donna nuova. Tre giornali di propaganda socialista tra le donne*, in «Nuova DWF», VII, 21 (1982), pp. 53-72.
- BIRKHOFF Jutta M., TAVANI M., *La formazione del personale infermieristico dopo la legge manicomiale del 1904 e il Regolamento del 1909*, in *Identità della mente, identità dei corpi*, a cura di A. Giuseppe, P. Cattorini, Varese, Insubria University Press, 2008, pp. 61-74.
- BOCK G., *Le donne nella storia europea, dal Medioevo ai nostri giorni*, Roma, Laterza 2006.
- BOCK G., *Storia delle donne, storia di genere*, Firenze, Estro, 1988.
- BONETTA G., *Corpo e nazione. L'educazione ginnastica, igienica e sessuale nell'Italia liberale*, Milano, Franco Angeli, 1990.
- BONETTA G., *Igiene e ginnastica femminile nell'Italia liberale*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli, 1991, pp. 273-293.

- BOSCHMA G., YONGE O., MYCHAJLUNOW L., *Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-75*, in «Nursing Inquiry», XII, 4 (2005), pp. 243-55.
- BOSCHMA G., *'The gender specific role of male nurses in Dutch asylums'*, in «International History of Nursing Journal», IV, 3 (1999), pp. 13-9.
- BOSCHMA G., *The rise of mental health nursing: a history of psychiatric care in Dutch asylums, 1890-1920*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2003.
- BOURDELAIS P., *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques: (XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle)*, Paris, Belin, 2001.
- BRANDIMARTE R., CHIANTERA STUTTE P., DI VITTORIO P., MARZOCCA O., ROMANO O., RUSSO A., SIMONE A., *Lessico di biopolitica*, Roma, Manifestolibri, 2006.
- BRIGID L., ROBERTSON J., *US organized medicine's perspective of nursing. Review of the journal of the American medical association 1883-1935*, in *New directions in nursing history: international perspectives*, a cura di S. Mc Gann, B. Mortimer, London, Routledge, 2005, pp. 86-108.
- BROWN B., NOLAN P., CRAWFORD P., *Men in Nursing: Ambivalence in Care, Gender and Masculinity*, in «International History of Nursing Journal», V, 3 (2000), pp. 4-13.
- BRUCHAUSEN W., *'Practising hygiene and fighting the natives' diseases'. Public and child health in German East Africa and Tanganyika territory, 1900-1960*, in «Dynamis», XXIII, 8 (2003), pp. 85-113.
- BRUNI A., *Attraverso la maschilità: posizionamenti e sconfinamenti di genere in sala operatoria*, in *AG About Gender. Rivista internazionale di studi di genere*, I, 2 (2012), pp. 152-174.
- BRUSH B., *The Rockefeller agenda for American/Philippines nursing relations*, in *Nursing history and the politics of welfare*, a cura di A.M. Rafferty, J. Robinson, R. Elkan, London, New York, Routledge, 1997, pp. 45-63.
- BUFALINO G., *La cura igienica nel pensiero e nell'opera educativa di Achille Sclavo*, in «Medicina&Storia», X, 19/20 (2010), pp. 77-99.
- BUHLER WILKINSON K., *False Dawn, the rise and decline of public health nursing 1900-1930* in *Nursing history, new perspectives new possibilities*, a cura di E. C. Lageman, New York, Teacher College Press, 1983.
- BUHLER WILKINSON K., *No Place like home, a history of nursing and home care in the United States*, Baltimora, John Hopkins University Press, 2001.
- BURNS C., *'A man is a clumsy thing who does not know how to handle a sick person. Aspects of the History of Masculinity and Race in the Shaping of Male Nursing in South Africa, 1900-1950*, in «Journal of Southern African Studies», XXIV, 4 (1998), pp. 695-717.
- BUTTAFUOCO A., *'In servitù regine'. Educazione ed emancipazione nella stampa politica femminile*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli, 1989, pp. 363-391.
- BUTTAFUOCO A., *Cronache femminili, temi e momenti della stampa emancipazionista in Italia dall'Unità al fascismo*, Arezzo, Dipartimento di studi storico-sociali e filosofici Università degli Studi di Siena, 1988.

- BUTTAFUOCO A., *La filantropia come politica. Esperienze dell'emancipazionismo italiano nel novecento*, in *Ragnatele di rapporti. Patronage e reti di relazioni nella storia delle donne*, a cura di L. Ferrante, M. Palazzi, G. Pomata, Torino, Rosenberg&Sellier, 1988, pp. 166-187.
- BUTTAFUOCO A., *Le Mariuccine, storia di un'istituzione laica, l'asilo Mariuccia*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- BUTTAFUOCO A., *Le origini della Cassa nazionale di maternità*, Siena, Dipartimento di Studi Storico-Sociali e Filosofici, Università degli studi, 1992.
- BUTTAFUOCO A., *Questioni di cittadinanza, donne e diritti sociali nell'Italia liberale*, Siena, Protagon, 1997.
- BUTTAFUOCO A., *Tra cittadinanza politica e cittadinanza sociale. Progetti ed esperienze del movimento politico delle donne nell'Italia liberale*, in G. Bonacchi, *Il dilemma della cittadinanza. Diritti e doveri delle donne*, a cura di A. Groppi, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 104-127.
- BUTTAFUOCO, *Straniere in patria. Temi e momenti dell'emancipazione femminile italiana dalle Repubbliche giacobine al fascismo*, in *Atti del seminario Esperienza storica femminile nell'età moderna e contemporanea*, a cura di A. M. Crispino, Roma, UDI, 1988, pp. 91-124.
- CALAMANDREI C., *L'assistenza infermieristica: storia, teoria e metodi*, Firenze, La Nuova Italia Scientifica, 1993.
- CALVI G. (a cura di), *Innesti, donne e genere nella storia sociale*, Roma, Viella, 2004.
- CANOSA R., *Sesso e stato: devianza sessuale e interventi istituzionale nell'Ottocento italiano*, Milano, Mazzotta, 1981.
- CAREY J., *Gender and compulsory sterilization programs in America 1907-1950*, «Journal of Historical Sociology», XI, 11 (1998), pp. 75-105.
- CASSATA F., *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.
- CASSATA F., *Verso l'uomo nuovo: il fascismo e l'eugenetica latina*, in *Scienza e cultura nell'Italia unita*, a cura di C. Pogliano, F. Cassata, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, vol. XXVI, pp. 131- 156.
- CASSATA F. *Il lavoro degli 'inutili'. Fascismo e igiene mentale*, in *Manicomio, società, politica*, a cura di F. Cassata, M. Moraglio, Pisa, Biblioteca Franco Serantini, 2005, pp. 41-58.
- CASULA C. F., *Lo stato sociale. Origini e percorsi*, in «La rivista del servizio sociale», XLV, 1 (2000), pp. 59-73.
- CAVALLO S., STOREY T., *Healthy living in late Renaissance Italy*, Oxford, Oxford University Press, 2013.
- CHATTERTON C., *Women in mental health nursing: angels or custodians?*, in «International History of Nursing Review», V, 2 (2000), pp. 11-19.
- CHIMENTI C., *Le categorie di igiene e decoro nella casa degli anni Cinquanta. Continità e rottura*, in «Nuova DWF», VII, 19/20 (1982), pp. 27-38.
- CIAMPANI A., PELLEGRINI G., *La storia del movimento sindacale nella società italiana. Vent'anni di dibattiti e di storiografia*, Bologna, il Rubettino, 2005.



- CICCONE G., *Storia ed evoluzione della ricerca e dell'assistenza infermieristica*, Roma, Aracne, 2009.
- CLERICI L., *Oltre i confini del realismo: la rappresentazione dell'ospedale nella narrativa italiana ottocentesca*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e novecento*, a cura di M.L. Betri, E. Bressan, Milano, Franco Angeli, 1992, pp. 499-526.
- CONNELL R., *Maschilità: identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Milano, Feltrinelli, 1996.
- CONNERTON W., *American nurses in colonial settings: imperial power at bedside*, in *Handbook for the history of nursing*, in P. D'Antonio, London-New York, Routledge, 2013.
- CONFORTI M., *Snervando la fibra marziale*, in *A un piede fu ferito, medicina e chirurgia risorgimentale*, a cura di V. Gazzaniga, Roma, Clueb, 2011, pp. 10-38.
- COSMACINI G., *La vita nelle mani, storia della chirurgia*, Roma-Bari, Laterza, 2003.
- COSMACINI G., *Medici nella storia d'Italia, per una tipologia della professione medica*, Roma-Bari, Laterza, 1996.
- COSMACINI G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo, dalla 'spagnola' alla II guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1989.
- COSMACINI G., *Problemi medico-biologici e concezione materialistica nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Scienza e tecnica nella cultura e nella società dal Rinascimento ad oggi*, a cura di G. Micheli, Torino, Storia d'Italia, Einaudi 1980, vol. III, pp. 815-64.
- COSMACINI G., DE FILIPPIS M., SANSEVERINO P., *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945)*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste nera ai nostri giorni*, Roma-Bari, Laterza, 2005.
- CRESPI M., *Arcangelo Ilvento*, in *Dizionario biografico degli italiani*, Roma, Istituto per l'Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, 2004, vol. LXII, pp. 252-255.
- CUTRO A., *Biopolitica, storia e attualità di un concetto*, Verona, Ombre Corte, 2005.
- D'ANTONIO P., *American nursing: a history of knowledge, authority and the meaning of work*, Baltimora, John Hopkins University Press, 2010.
- DARROW M. H., *French volunteer nursing and the myth of war experience in World War I*, in «The American Historical Review», CI, 1 (1996), pp. 80-106.
- DAU NOVELLI C., *Società, chiesa e associazionismo femminile. L'Unione fra le donne cattoliche d'Italia (1902-1919)*, Roma, AVE, 1988.
- DAVIES C., *Gender and the professional predicament in nursing*, Buckingham, Open University Press, 1995.
- DAVIES C. (a cura di), *Rewriting Nursing History*, London, Croom Helm, 1980.
- DE BERNARDI A. (a cura di), *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne, il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980.
- DE GIORGIO M., *Donne e professioni*, in *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, Storia d'Italia, Torino, Einaudi, 1996, pp. 439- 490.



- DE GIORGIO M., *Le italiane dall'unità ad oggi, modelli culturali e comportamenti sociali*, Roma-Bari, Laterza 1992.
- DE GIORGIO M., DI CORI P., *Le organizzazioni femminili cattoliche dall'età giolittiana al fascismo*, in «Rivista di storia contemporanea», IX, 3 (1980), pp. 337-371.
- DE GIORGIO M., *Primi sintomi di un carattere appassionato dal collegio*, in «Memoria», I, 1 (1981), pp. 94-102.
- DE GRAZIA V., *La nazionalizzazione delle donne, modelli di regime e cultura commerciale nell'Italia fascista*, in «Memoria» X, 33 (1992), pp. 95-111.
- DE GRAZIA V., *Femminismo latino, Italia (1922-1945)*, in *La sfera pubblica femminile*, a cura di M. Salviati, Bologna, Clueb, 1992.
- DE GRAZIA V., *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 2007.
- DE LAURETIS T., *Sui generis*, Milano, Feltrinelli, 1996.
- DE LEO M., *'Un'eccezione molto frequente', rappresentazioni del lesbismo in Italia tra Otto e Novecento: la norma, lo stigma e l'identità*. Comunicazione presentata al convegno 'Storia lesbica e studi GLBT in Italia', Università di Firenze, 25 febbraio, 2011.
- DE LIGUORI G., *Materialismo inquieto, vicende dello scientismo in Italia 1868-1911*, Roma, Laterza 1988.
- DE LONGIS R., *In difesa della donna e della razza*, in «Nuova DWF», VII, 19-20 (1982), pp. 149-177.
- DE LONGIS R., *Scienza come politica: 'Vita femminile' (1895-1897)*, in «Nuova DWF», VII, 21 (1982), pp. 35-52.
- DE LONGIS R., *Patriote e infermiere*, in *Fondare la nazione. I repubblicani del 1949 e la difesa del Gianicolo*, a cura di L. Rossi, Fratelli Palombi Editore, 2001, pp. 99-108.
- DE LUCA G., *La 'metafora sanitaria' nella costruzione della città moderna in Italia*, in «Storia Urbana», XIX, 57 (1991), pp. 43-62.
- DEL BOCA A., LEGNANI M., ROSSI M., *Il regime fascista, storia e storiografia*, Roma-Bari, Laterza, 1995.
- DE LUNA G., *Donne in oggetto. L'antifascismo nella società italiana*, Torino, Bollati Boringhieri, 1995.
- DELLA PERUTA, F. (a cura di), *Malattia e medicina*, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, Annali VII, 1984.
- DELLA PERUTA F., MISIANI S., PEPE A. (a cura di), *Il sindacalismo federale nella storia d'Italia*, Milano, Franco Angeli, 2000.
- DELLA PERUTA F., *Salute pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in Id., *Società e classi popolari nell'Italia dell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- DESSERTINE D., *Les infirmières visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930)*, in «Bulletin du centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale», XXVII, 2-3 (1995) pp. 55-63.
- DETTI T., *Salute, società e stato nell'Italia liberale*, Milano, Franco Angeli, 1993.

- DI CORI P. (a cura di), *Altre storie: la critica femminista alla storia*, Bologna, Clueb, 1996.
- DI CORI P., BELLAGAMBA A., *Generi di traverso, culture, storie e narrazioni attraverso i confini tra le discipline*, Vercelli, Mercurio, 2000.
- DI CORI P., *La donna rappresentata, il corpo, il lavoro e la vita quotidiana nella storia e nella società*, Roma, Ediesse, 1993.
- DIANI M., *Antinomie e ambiguità nel controllo sociale: la medicalizzazione dello spazio urbano*, in «Storia urbana», VIII, 13 (1980), pp. 530-578.
- DIEBOLT E., FOUCHÉ N., *Devenir infirmière en France, une histoire Atlantique*, Paris, Publibook, 2011.
- DIMONTE V., *Da servente a infermiere: una storia dell'assistenza infermieristica ospedaliera in Italia*, Torino, Cespi, 2007.
- DINGWALL R., RAFFERTY A. M., WEBSTER C., *An introduction to the social history of nursing*, London, Routledge, 1988.
- DITTRICH-JOHANSEN H., *Le 'militi dell'idea'. Storia delle organizzazioni femminili del partito nazionale fascista*, Firenze, Olschki, 2002.
- DORLIN E., *La matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, 2009.
- DOZON J. P., FASSIN D. (a cura di), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* Paris, Éditions Balland, 2001.
- DUBY G., PERROT M. (dir.), *Storia delle donne in Occidente, Il Novecento*, a cura di F. Thébaud, Roma-Bari, Laterza, 1996.
- DUBY G., PERROT M. (dir.), *Storia delle donne in Occidente, L'Ottocento*, a cura di G. Fraisse, Roma, Laterza 1996.
- DUDEN B., *Il ventre della donna come luogo pubblico, sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri, 1994.
- DUDEN B., *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.
- EMCH-DÉRIAZ A., *L'epidemiologia e la medicina di stato*, in *Dal nome al numero. Malattie, classificazioni mediche, epidemiologia*, a cura di M. Capocci, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2012, pp. 29-44.
- EVANS J., *Men nurses: an historical and feminist perspective*, in «Journal of Advanced Nursing», XLVII, 3 (2004), pp. 321-328.
- EWALD F., *Norms, discipline and the law*, in *Law and the order of culture*, a cura di E. Post, Berkeley, University of California Press, 1991.
- FALREY J., *To cast out disease, a history of the International division of the Rockefeller foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, 2004.
- FANTINI B., *Lo studio eziopatologico delle malattie infettive*, in *Dal nome al numero. Malattie, classificazioni mediche, epidemiologia*, a cura di M. Capocci, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma, 2012, pp. 79-120.
- FASSIN D., MEMMI D. (a cura di), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.

- FAZIO I, *Gender history*, in *Dizionario degli studi culturali*, a cura di R. Cometa, F. Mazzara, Roma, Meltemi, 2003, pp. 218-224.
- FERRO F. M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia: protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e pensiero, 1989.
- FILIPPINI N., PLEBANI T., *La scoperta dell'infanzia, cura educazione e rappresentazione 1750-1930*, Venezia, Marsilio, 1999.
- FIORILLI O., 'Un organismo scientificamente e praticamente perfetto': l'ospedale moderno e l'infermiera nel discorso medico del primo Novecento, in «Contemporanea», XVIII, 2 (2015), pp. 221-244.
- FIORILLI O., 'La calma e vigile biancovestita': fantasie, paure sociali e norme di genere nella creazione di un'icona della Grande Guerra, in «Bollettino di Italianistica», XI, 2 (2014), pp. 168-182.
- FIORILLI O., *Insegnare a vivere e bonificare la società. Assistenza infermieristica e discorso igienista nel primo dopoguerra*, in *Costruire una nazione. Politiche, discorsi, rappresentazioni che hanno fatto l'Italia*, a cura di S. Aru, V. Deplano, Verona, Ombre Corte, 2013, pp. 107-124.
- FIORILLI O., *Intimate encounters: public health nursing and the hygienic disciplinment of conducts*, in «ICS, Working Papers», 8 (2014) consultabile in linea all'indirizzo [http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2014/wp2014\\_8.pdf](http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2014/wp2014_8.pdf), ultimo accesso settembre 2015.
- FIORILLI O., *Public health nursing in Italy: a postcolonial perspective*, in «Bulletin of the British Association for the History of Nursing», II, 11 (2013), pp. 16-23, consultabile on line all'indirizzo (<http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/UKAHN/Bulletin/thebulletinVolumetwo.pdf>), ultimo accesso settembre 2015.
- FIORINO V., *Le officine della follia, il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011.
- FIORINO V., *Matti, indemoniate, vagabondi: dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.
- FIUMI A., *Infermieri e ospedale: storia dell'assistenza infermieristica tra '800 e '900*, Verona, Nettuno, 1993.
- FOSSATI R., *Attiviste sociali di primo novecento: un mondo coeso?*, in *Politica e amicizia, relazioni conflitti e relazioni di genere (1860-1915)*, a cura di E. Scaramuzza, Bologna, il Mulino 2010, 115-130.
- FOUCAULT M. et al (a cura di), *Les Machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Mardaga, 1979.
- FOUCAULT M., *Difendere la società: dalla guerra delle razze al razzismo di Stato*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1990 (ed. orig. 1997).
- FOUCAULT M., *Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-75*, Milano, Feltrinelli, 2004 (ed. orig. 1999).
- FOUCAULT M., *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Milano, Feltrinelli, 2009 (ed. orig. 1976).
- FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1969 (ed. orig. 1963).

- FOUCAULT M., *Sicurezza, territorio, popolazione, Corso al Collège de France (1977-78)*, Milano, Feltrinelli, 2008 (ed. orig. 2004)
- FOUCAULT M., *Nascita della biopolitica, Corso al Collège de France (1978-79)*, Milano Feltrinelli, 2008 (ed. orig. 1979).
- FRANCO S., *Legislazione e politica sanitaria del fascismo*, Roma, Apes, 2001.
- FRANZINA E., *Casini di guerra: il tempo libero dalla trincea e i postriboli militari nel primo conflitto mondiale*, Udine, Gaspari, 1999.
- FRASCANI P. *I medici dall'Unità al fascismo*, in *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, 1996, pp. 147-192.
- FRASCANI P., *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, Il Mulino, 1987.
- FRATICELLI V., *Parva sed apta mihi: note sulla cultura e sulla politica della casa negli anni Venti in Italia*, in «Nuova DWF», VII, 19/20 (1982), pp. 39-47.
- FREVERT U., *The civilizing tendency of hygiene: working-class women under medical control in imperial Germany*, in *German women in the nineteenth century: a social history*, a cura di J. Fout, New York, Holmes & Meier, 1984, pp. 320-344.
- FREZZA A., *Storia della Croce Rossa italiana*, Roma, Istituto pubblicazioni culturali, 1956.
- GABRIELLI P., *Emancipazioniste, socialiste e femministe a Roma: frammenti per una possibile storia*, *Atti del convegno di studi – Roma 1-2 dicembre 1999*, in «Rivista storica del Lazio», VIII-IX, 13-14 (2000-2001), pp. 307-329.
- GABRIELLI P., *Fenicotteri in volo. Donne comuniste nel regime fascista.*, Roma, Carocci, 1999.
- GABRIELLI P., *I luoghi e l'impegno sociale di un'educatrice. Giuseppina Le Maire tra Roma, Cosenza, Gorizia*, in «Storia e problemi contemporanei», XV, 31 (2002), pp. 75-102.
- GAJOTTI DE BIASE P., *Le origini del movimento cattolico femminile*, Brescia, Morcelliana, 1963.
- GALZIGNA M., *La malattia morale, alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.
- GENTILE E. (a cura di), *Modernità totalitaria, il fascismo italiano*, Roma-Bari, Laterza, 2008.
- GIANNECCHI E., TARICONE F., MONTEVECCHI L., *L'archivio del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane. Inventario*, Roma, Publiprint Service, 2000.
- GIBELLI A., *L'officina della guerra. La grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.
- GIBSON M., *Nati per il crimine: Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Mondadori, 2004.
- GIOVANNINI C., *Risanare la città. L'utopia igienista di fine ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1996.
- GISSI A., *Le segrete manovre delle donne, levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Roma, Biblink, 2006.

- GRMEK M., *Storia del pensiero medico occidentale, Dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma, La Terza, 1998.
- GROPPI A. (a cura di), *Il lavoro delle donne*, Roma-Bari, Laterza, 1996 (Storia delle donne in Italia).
- GUARNIERI P., *La volpe e l'uva. Cultura scientifica e filosofia nel positivismo italiano*, «Physis», XXV, (1983), pp. 601-636.
- GUARNIERI P., *Piccoli, poveri e malati. Gli ambulatori per l'infanzia a Roma nell'età liberale*, in «Italia contemporanea», XXX, 223 (2001), pp. 225-257.
- GUARNIERI P., POGLIANO C., *Il positivismo*, in *L'età contemporanea, la cultura*, a cura di N. Tranfaglia, N. Firpo, Torino, Utet, 1987, Vol VII, pp. 283-331.
- GUARNIERI P., *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra '800 e '900*, in «Contemporanea», IX, 2 (2006), pp. 253-284.
- GUARNIERI P., *La storia della psichiatria, un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991.
- GUIDI L. (a cura di), *Vivere la guerra, percorsi biografici e ruoli di genere tra Risorgimento e primo conflitto mondiale*, Napoli, Clío Press, 2007.
- HALBERSTAM J., *Female masculinity*, Durham, Duke University Press, 1998.
- HALBERSTAM J., *Maschilità senza uomini: saggi scelti*, Pisa, ETS, 2010.
- HARDING T., *The construction of men who are nurses as gay*, in *Nursing & health*, «Journal of Advanced Nursing», XLI, 60-6 (2007), pp. 636-644.
- HAWKINS S., *Nursing and women's labour in the nineteenth century London: the quest for independence*, London, Routledge, 2010.
- HELMSTADTER C., GODDEN J., *Nursing before Nightingale 1815-1899*, London, Ashgate 2010.
- HENRY S., *Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938)*, in «Recherches et Soins Infirmières», II, 109 (2012), pp. 44-56.
- HEWA S., *British colonial politics and public health: the Rockefeller foundation effort to develop public health nursing in Sri Lanka*, in «Galle Medical Journal», XVII, (2012), pp. 27-31.
- HINE D., *The Intersection of Race, Class, and Gender in the Nursing Profession*, in *Enduring Issues in American Nursing*, a cura di E. Baer, P. D'Antonio, S. Rynker, J. Lynaugh, New York, Springer Publishing Company, 2001, pp. 210-257.
- HORN D., *Social bodies, science, reproduction, and italian modernity*, Princeton, Princeton University Press, 1993.
- IRWIN J., *Sauvons les Bébés: child health and U.S. humanitarian aid in the First World War era*, in «Bulletin of the History of Medicine», LXXXVI, 1 (2012), pp. 37-65.
- IRWIN J., *Nation building and rebuilding: the american Red Cross in Italy during the Great war*, in «The journal of the Gilded Age and Progressive Era», VIII, 3 (2009), pp. 407-439.
- IRWIN J., *Making the world safe: the american Red Cross and a Nation's humanitarian*, Oxford, Oxford University Press, 2013.



- KAVADI S., *Wolves come to take care of the lamb: the Rockefeller foundation's hookworm campaign in the Madras Presidency, 1920-28*, in *The politics of healthy life, an international perspective*, a cura di E. Rodriguez Ocaña, United Kingdom, EAHMH Publications, 2002, pp. 89-80.
- KNIBIEHLER Y., *La 'lutte antituberculose' instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930)*, in «Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest», XCIII, 86-2 (1979), pp. 321-336.
- KNIBIEHLER Y., LEROUX-HUGON V., DUPONT-HESS O., TASTAYRE Y., *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, 1984.
- La guerra in cartolina: cartoline dalla grande guerra 1914-18*, con un saggio di Mario Isnenghi, Galatina, Casa Editrice Salentina, 1982.
- LAPEYRE J., *'The idea of better nursing': the American battle for control over standards of nursing education in Europe, 1915-1925*, PhD dissertation, Graduate department of nursing science, University of Toronto, 2013.
- LATOUR B., *I microbi. Trattato scientifico-politico*, Milano, Editori Riuniti, 1991.
- LE COUR GRANDMAISON O., *L'empire des hygiénistes, vivre aux colonies*, Paris, Fayard, 2014.
- LEWENSON S., *'Of logic necessity... they hang together' Nursing and the woman's movement 1901-1912*, in «Nursing History Review», III, (1994), pp. 190-210.
- LEWENSON S., *Thaking charge, nursing, suffrage and feminism in America 1873-1920*, New York, NLN Press 1996.
- LONG V., *Industrial homes, domestic factories: the convergence of public and private space in interwar Britain*, in «Journal of British Studies», L, 2, (2011), pp. 434-64.
- LONNI A., *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- LUPTON D., *The imperative of health. Public health and the regulated body*, London, Sage, 1993.
- MAIOCCHI R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, Scandicci, La Nuova Italia, 1999
- MALATESTA M., *Corpi e professioni tra passato e futuro: l'ordine dei medici*, in «Salute e Società», I, (2004), pp. 86-105.
- MANTOVANI C., *Rigenerare la società, l'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni '30*, Firenze, Il Rubettino, 2004.
- MANZONI E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Milano, Masson, 2001.
- Marchiafava Ettore*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2007, vol. LXIX, pp. 687-692.
- MARKS S., *The Gender Dilemma in Nursing History: The Case of the South African Mine Hospitals*, Online UKCHN, 2001.
- MARTELOTTI E. (a cura di), *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*, Roma, Federazione dei collegi IPASVI, 1993.
- MAUSS M., *Le techniques du corps*, in «Psychologie», XXXII, 3-4 (1936), pp. 365-386.



- McLAREN A., *Gentiluomini e canaglie: l'identità maschile tra Otto e Novecento*, Roma, Carocci, 1999.
- MERICLE B., *The male as a psychiatric nurse*, in «Journal of Psychosocial Nursing», III, 21-11 (1983), pp. 28-34.
- MINESIO M. (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea: origini, sviluppo e fine dell'Onmi, 1925-1975*, Bologna, il Mulino, 2007.
- MOLINARI A., *Medicina sociale e medici socialisti: il caso genovese*, in «Ventesimo secolo», XIV, 15 (1995), pp. 337-356.
- MOLINARI A. *Una patria per le donne. La mobilitazione femminile nella grande guerra*, Bologna, Il Mulino, 2014.
- MONNAIS L., *Rejected or elected? Processes of therapeutic selection and colonial medicines in French Vietnam 1905-39*, in *Biomedicine as a contested site, some revelations in imperial contexts*, a cura di P. Bala, Lexington, Lexington Books, 2008, pp. 115-135.
- MONTALDO S., TAPPERO P., *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Torino, Utet, 2009.
- MONTESI B., *'Se non viene presto la chiamata schiatto!'. Infermiere in zona di guerra nel primo conflitto mondiale*, in *In viaggio per una 'causa'*, a cura di P. Gabrielli, Roma, Carocci, 2010, pp. 145-164.
- MORTIMER B., MCGANN S., *New directions in the history of nursing: international perspectives*, London, Routledge, 2005.
- MOSSE G., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Torino, Einaudi, 1997.
- MURARD L., ZYLBERMANN P., *L'autre guerre, 1914-18: la santé publique sous l'œil de l'Amerique*, in «Revue historique», CX, 570 (1986), pp. 367-98.
- NANI M., *Fisiologia sociale e politica della razza latina. Note su alcuni dispositivi di naturalizzazione negli scritti di Angelo Mosso*, in *Studi sul razzismo italiano*, a cura di A. Burgio, L. Casali, Bologna, Cooperativa libraria Università editrice Bologna, 1996.
- NAVA P. (a cura di), *Operai, serve, maestre, impiegate. Atti del convegno internazionale di studi-il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea, continuità e rotture*, Torino, Rosenberg&Sellier, 1996.
- NEWMAN J., *Critical theory and the history of women: what's at stake in deconstructing women's history*, «Journal of Women's History», II, 3 (1991), pp. 58-68.
- NITTO A., *Come funzionava l'ospedale di S. Spirito di Roma un secolo fa*, in *Atti del secondo congresso italiano di storia ospitaliera, Torino-St. Vincent 7-9 giugno 1961*, Reggio Emilia, Centro Italiano di Storia Ospitaliera, 1962, pp. 479-487.
- Ogilvie M., HARVEY J. (a cura di), *The biographical dictionary of women in science, pioneering lives from ancient times to the mid-20<sup>th</sup> century*, London, Routledge, 2000.
- Ospedale, l'assistenza ospedaliera in Italia dalle origini al 1940*, Roma, Il Parnaso, 2001.
- PADOVAN D., *Biopolitica, razzismo e trattamento degli anormali durante il regime fascista*, in *Manicomio, società, politica*, a cura di F. Cassata, M. Moraglio, Pisa, Biblioteca Franco Serantini, 2005, pp. 59-82.

- PALAZZO, E., *Da F. Nightingale a S. Caterina: Dorotea Snell e la Riforma dell'assistenza ospedaliera in Italia*, Messina, Ed. A-Elle-Di, 1957.
- PALLOTTA A., 2003, *Infermieri dal 1900*, in *L'ospedale psichiatrico di Roma: dal manicomio provinciale alla chiusura*, a cura di A. Iaria, T. Losavio, P. Martelli, Bari, Dedalo, vol. III, pp. 236-237.
- PANCINO C., *Questione ospedaliera e igiene nella seconda metà dell'ottocento*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, a cura di M. L. Betri, E. Bressan, Milano, Franco Angeli, 1992, pp. 343-352.
- PANCINO C., *Politica e salute: dalla polizia medica all'igiene*, Bologna, Clueb, 2003.
- PANSERI G., *Il medico: un intellettuale scientifico nell'Ottocento*, in *Intellettuali e potere*, a cura di R. Vivanti, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, 1981, vol. IV, pp. 1135-1160.
- PAPA C., *Sotto altri cieli: l'Oltremare nel movimento femminile italiano (1870-1915)*, Roma, Viella, 2009.
- PASCUCCI I., TAVORMINA C., *La professione infermieristica in Italia: un viaggio tra storia e società dal 1800 a oggi*, Milano, McGraw-Hill, 2012.
- PASSERINI L., MILLETTI N., *Fuori della norma, storie lesbiche nella prima metà del Novecento*, Torino, Rosenberg&Sellier, 2007.
- PELAJA M., *Relazioni personali e vincoli di gruppo. Il lavoro delle donne nella Roma dell'Ottocento*, in «Memoria», IX, 30 (1990), pp. 45-54.
- PELLONI G., *Tra razza medicina ed estetica: il concetto di degenerazione nella critica culturale della fin de siècle*, Padova, Unipress, 2008.
- PESCAROLO A., *I mestieri femminili. Continuità e spostamenti di confine nel corso dell'industrializzazione*, in «Memoria», X, 30 (1990), pp. 55-68.
- PICCINATO G., *Igiene e urbanistica in Italia nella seconda metà del XIX secolo*, in «Storia Urbana», XXXV, 47 (1989), pp. 47-66.
- PICK D., *Volti della degenerazione, una sindrome europea (1948-1918)*, Scandicci, La Nuova Italia, 1999.
- PIERONI BORTOLOTTI F., *Alle origini del movimento femminile in Italia, 1848-1892*, Torino, Einaudi, 1963.
- PIERONI BORTOLOTTI F., *Femminismo e partiti politici, 1919-1926*, Roma, Editori Riuniti, 1978.
- PIERONI BORTOLOTTI F., *Socialismo e questione femminile in Italia, 1892-1922*, Milano, Mazzotta, 1974.
- PIGNOTTI L., *Figure d'assalto. Le cartoline della grande guerra, dalla collezione del Museo storico italiano della guerra di Rovereto*, Rovereto, Museo Storico italiano della guerra, La Grafica Stampa, 1985.
- PILLON T., *Virilité ouvrière*, in *Histoire de la virilité*, a cura di A. Corbin, J. J. Courtine, G. Vigarello, Paris, Seuil, 2011, vol. III, pp. 303-26.
- PISA B., *Italiane in tempo di guerra in Un paese in guerra, la mobilitazione civile in Italia (1914-1918)*, a cura di D. Menozzi, G. Procacci, S. Soldani, Roma, Unicopli, 2010, pp. 59-86.

- POGLIANO C., *L'utopia igienista (1870-1920)*, in *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi, 1984, vol. VII, pp. 589-633.
- POGLIANO C., *La fisiologia in Italia fra Otto e Novecento*, in «Nuncius», 1 (1991), pp. 97-121.
- POGLIANO C., *Scienza e stirpe: eugenetica in Italia (1912-1939)*, in «Passato e Presente», II, 5 (1984), pp. 61-97.
- POGLIANO C., *Scienze della natura e scienze dell'uomo, momenti di un rapporto*, Milano, Franco Angeli, 1987.
- POPOVA K., *From Visiting Ladies Towards Municipality Female Social Advisors: Women in Home Visiting Practice in Bulgaria (1915 – 1939)*, in *Teaching Gender in Social Work*, a cura di V. Leskosek, Utrecht, ATHENA, 2009, pp. 127-145.
- POPOVA K., *Between public health and social work: visiting nurses in the struggle against poverty and infant mortality in Bulgaria 1923-1934*, in «Social Work and Society International Online Journal», IX, 2 (2011).
- PORTER S., *Men in a Women's Job: The Gendered Experience of Nurses*, in «Sociology of Health and Illness», XIII, 14, 4 (1992) pp. 28-34.
- PRECIADO B., *Testo junkie, sexe drogue et biopolitique*, Grasset & Fasquelle, Paris 2008.
- PRECIADO B., *Manifesto contra sessuale*, Roma, Il Dito e la Luna, 2001.
- PRETI D., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista* in *Malattia e medicina* a cura di Della Peruta F., Torino, *Storia d'Italia*, Einaudi 1984, pp. 337-383.
- PRETI D., *La modernizzazione corporativa (1922-1940). Economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1987.
- PUSTIANAZ M., VILLA L., *Maschilità decadenti, la lunga fin de siècle*, Bergamo, Bergamo University Press, 2004.
- QUINE M. S., *Italy's social revolution: charity and welfare from liberalism to Fascism*, Basingstoke, Palgrave, 2002.
- RAFFERTY A., *Internationalising nursing education during the interwar period, in International health organizations and movements 1918-39*, a cura di P. Weindling, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 266-282.
- RAFFERTY A., ELKAN R., ROBINSON J., *Nursing history and the politics of welfare*, London, Routledge, 1998.
- RAMACCIATI N., *Infermieri nello Spedale Grande di Perugia: contesti generali e profili locali dall'Unità d'Italia all'epoca fascista*, Perugia, Morlacchi, 2003.
- REVERBY S., *Ordered to Care: The Dilemma of American Nursing 1850-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- ROBERTS J. and the Thetis group, *Feminism and Nursing, an historical perspective on power, status and political activism in the nursing profession*, Westport, Praeger, 1995.
- ROCCA G., *La religiosa ospedaliera tra Otto e Novecento*, in *Gli ospedali di area padana fra Sette e Novecento*, a cura di M. L. Betri, E. Bressan, Milano, Angeli 1992, pp. 543-567.

- RODRIGUEZ-OCANA E., *Child health, a paradigmatic issue in modern history*, in «Dynamis» XXIII, 23 (2003), pp. 17-26.
- ROSE N., *La politica della vita: biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Torino, Einaudi, 2008.
- ROSEMBERG C., *Social class and medical care in nineteenth century America: the rise and fall of the dispensary*, in «Journal of the History of Medicine», XXIX, (1974), pp. 32-54.
- ROSSI DORIA A. (a cura di), *A che punto è la storia delle donne in Italia*, Roma, Viella, 2003.
- ROSSI P., *L'età del positivismo*, Bologna, Il Mulino, 1986.
- ROSSI L., *Dalla filosofia alle scienze dell'uomo: riviste scientifiche e origine delle scienze sociali in Italia, 1871-1891*, Milano, Franco Angeli 1988.
- ROSSINI D., *L'America riscopre l'Italia: l'Inquiry di Wilson e le origini della Questione Adriatica, 1917-1919*, Roma, Edizioni Associate, 1992.
- ROSSINI D., *Il mito americano nella Grande Guerra*, Roma-Bari, Laterza, 2000.
- ROSSINI D. (a cura di), *La propaganda nella Grande Guerra tra nazionalismi e internazionalismi*, Milano, Unicopli, 2007.
- ROSSINI D., *Donne e immagini di donne fra Belle Epoque e fascismo*, Roma, Biblink, 2008.
- SALVIATI M., *Tra pubblico e privato: gli spazi delle donne negli anni Trenta*, in «Studi Storici», XXXVIII, 3 (1997), pp. 669-690.
- SANTARELLI E., *Anna Fraenzel Celli e le scuole per contadini dell'agro romano, in Marxismo, democrazia e diritto dei popoli: scritti in onore di Lelio Basso*, a cura di F. Rigaux, S. Rodotà, A. Soboul, Milano, Franco Angeli, 1979, pp. 548-564.
- SARTI R., *Fighting for masculinity: male domestic workers, gender, and migration in Italy from the late Nineteenth Century to the present*, in «Men and Masculinities», XIII, 1 (2010), pp. 16-43.
- SAUNIER P., *Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940: projects et ingénierie de la convergence et de la différence*, in «Genèses», LXXI, 2 (2008), pp. 4-25.
- SAUNIER P., TOURNES L., *Philantropies croisées: a joint venture in public health at Lyon (1917-1940)*, in «French History», XXII, 23-2 (2009), 216-240.
- SCARAFFIA L., BRAVO A., PESCAROLO A., PELAJA M., *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma-Bari, Laterza, 2001.
- SCARAFFIA L., ISASTIA M., *Donne ottimiste, femminismo e associazionismo Borghese Nell'Otto e novecento*, Bologna, il Mulino, 2002.
- SCHETTINI L., *Il gioco delle parti, travestimenti e paure sociali tra otto e novecento*, Firenze, Le Monnier, 2011.
- SCHIAVON E., *L'interventismo femminista*, in «Passato e Presente», XIX, 54 (2001), pp. 59-72.
- SCHIAVON E., *L'interventismo femminile nella grande guerra. Assistenza e propaganda a Milano e in Italia*, in «Italia contemporanea», XXX, 234 (2004), pp. 89-104.

- SCHIAVON E., *Interventiste nella grande guerra. Assistenza, propaganda, lotta per i diritti a Milano e in Italia (1911-1919)*, Firenze, Le Monnier, 2015.
- SCHIEBINGER L. (a cura di), *Feminism in the 20th century: science, technology and medicine*, Chicago, Chicago University Press, 2001.
- SCOTT J., *The fantasy of feminist history*, Durham, Duke University Press, 2011.
- SCOTT J., *The evidence of experience*, in «Critical Inquiry», XVI, (1991), pp.773- 797.
- SCOTT J., *Gender and the politics of history*, New York, Columbia University Press, 1999.
- SEDGWICK E., *Stanze Private, epistemologia e politica della sessualità*, Roma, Carocci, 2011.
- SHULTHEISS K., *Bodies and souls, politics and the professionalization of nursing in France, 1880-1922*, Boston, Harvard Historical Studies, 2001.
- SILEI G., *Lo stato sociale in Italia, storia e documenti*, Manduria, Lacaita, 2003.
- SIRONI C. *L'infermiere in Italia: storia di una professione*, Roma, Carocci, 2012.
- SIRONI C., *Storia dell'assistenza infermieristica*, Roma, Nis 1991.
- SNOWDEN F., *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana 1900-1962*, Torino, Einaudi, 2006.
- SOCRATE F., *Aurea mediocritas: appunti per una storia dell'autorappresentazione dell'impiegato moderno*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 2 (1989), pp. 227-257.
- SORCINELLI P., *Storia e sessualità, casi di vita, regole e trasgressioni tra Ottocento e Novecento*, Milano, Mondadori, 2001.
- SORESINA M., *I medici fra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- SOURNIA J. C. *Storia e medicina. Problemi metodologici e dibattito storiografico*, Milano, Mondadori, 1987.
- STEFANI G., *Colonia per maschi. Italiani in Africa orientale, una storia di genere*, Verona, Ombre Corte, 2007.
- STURANI E., *La donna del soldato. L'immagine della donna nella cartolina italiana*, Rovereto, Museo Storico della Guerra, 2005.
- SUMMERS A., *Angels and citizens. British women as military nurses. An unfinished revolution*, Novato, Presidio press, 1992.
- SVEDBERG G., *Nurses in Swedish psychiatric care', in Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century*, a cura di M. G. Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2007, pp. 359-378.
- SVEN-OLOV WALLERSTIN, *Biopolitics and the Emergence of modern architecture*, New York, Princeton Architectural Press, 2009.
- TARICONE F., *L'associazionismo femminile italiano dall'Unità al fascismo*, Milano, Unicopli, 1996.
- TARICONE F., Pisa B., *Operaie, borghesi, contadine nel XIX secolo*, Roma, Carucci 1985.
- THÉBAUD F., *La femme au temps de la guerre de '14*, Paris, Stock, 1986.



- THOMPSON M., *Nurses' role in prevention of infant mortality in 1884-1925: health disparities then and now*, in «Journal of Pediatric Nursing», XXVII, 5 (2012), pp. 471-478.
- TOMES, N., *The gospel of the germs. Men, women and the microbes in American life*, Cambridge, Harvard University Press, 1999.
- TONELLI A., *Per carità ricevuta. Povertà e assistenza in Romagna tra Otto e Novecento*, Milano, Franco Angeli, 1990.
- TOSH P., *Come devono affrontare la mascolinità gli storici?*, in *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, a cura di S. Piccone Stella, C. Saraceno, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 67-94.
- TOUSIJN P., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- TRANFAGLIA N., *La prima guerra mondiale e il fascismo*, Torino, Utet, 1995.
- TRAVERSO E., *Il totalitarismo, storia di un dibattito*, Milano, Mondadori, 2002.
- TREVES A., *Le nascite e la politica nell'Italia del Novecento*, Milano, LED, 2001.
- VAGLINI G., GENNAI C., *Storia delle istituzioni sanitarie in Italia dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Pisa, Primula, 2002.
- VEZZOSI E. (a cura di), *Modelli di welfare state e interpretazioni di genere*, in «Contemporanea», III, 1 (2000), pp. 123-152.
- VICARELLI D., *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, Il Mulino, 1997.
- VICARELLI G., *Donne di medicina: il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2008.
- VICKERS E., *Frances Elisabeth Crowell and the politics of nursing in Czechoslovakia after the first world war*, in «Nursing History Review», VII (1999), pp. 67-96.
- VIGARELLO G., *Lo sporco e il pulito, l'igiene del corpo dal medioevo a oggi*, Venezia, Marsilio, 1988.
- WANROOIJ B., *Storia del pudore: la questione sessuale in Italia (1860-1940)*, Venezia, Marsilio, 1990.
- WEINDLING P., *Public health and political stabilisation: The Rockefeller foundation in Central and East Europe*, «Minerva», XXXI, 3 (1993), pp. 253-267.
- WERNER M., ZIMMERMAN B., *Beyond comparison: histoire croisée and the challenge of reflexivity*, in «History and Theory», XLV, (2006), pp. 30-50.
- YRJÄLÄ A., *Public health and Rockefeller wealth. Alliance strategies in the early formation of Finnish Public Health Nursing*, Åbo Akademis Förlag – Åbo Akademi University Press, 2006.
- ZIEGLER M., *Eugenic feminism: mental hygiene, the women's movement, and the campaign for eugenic legal reform, 1900-1935*, in «Harvard Journal of Law and Gender», XXVIII, 3 (2007), pp. 212-235.
- ZUCCONI G., *La città contesa: dagli ingegneri sanitari agli urbanisti*, Milano, Jaca Book, 1993.





## Indice dei nomi

- Abrams Sarah Elise, 129 n, 231  
Abu Gideiri Hobba, 156 n, 231  
Accornero Cristina, 75  
Alatri Giovanna, 26  
Alberti Stefano, 8 n, 232  
Amatori Franco, 75  
Anderson Warwick, 132 n, 133 n, 232, 156  
Angeleri Cristina, 31n, 232  
Apple Rima, 55n, 98, 56, 232  
Arfini Elisa, 19n  
Armstrong David, 161, 232  
Ascoli Giulio, 79, 79n, 101, 101n, 102, 102n, 103  
Ascoli Vittorio, 232  
Audoin-Rouzeau Stéphane, 232
- Babini Valeria, 45, 45n, 232  
Baccarani Umberto, 68n, 69n, 70, 70n, 71, 71n, 72, 72n, 80n, 85, 85n, 92, 128n, 224  
Bicknell Ernst, 131n  
Baglioni Silvestro, 123, 123n, 232  
Baldassarri Luigi, 74n, 73, 61n, 87, 87n, 92n, 93, 96, 97n
- Balducci Marco, 145n  
Banfi Giulio, 35, 85  
Barbara Mario, 122n  
Barnes David, 232, 39n, 117n  
Barrett Krieger Blandine, 81n  
Bartoloni Stefania, 9, 9n, 30n, 31, 36n, 233  
Bashford Alison, 46n, 75n, 78n, 97, 97n, 98n, 129, 129n, 155, 155n, 233  
Bastianelli Raffaele, 187  
Baxter Grace, 35, 35n, 53, 173  
Bayda (medico), 200n  
Becker Jean Jaques, 32 n, 232  
Bedford Fenwick Ethel, 27n  
Bellassai Sandro, 49n, 198n, 212n, 233  
Berlivet Luc, 6, 59n, 60n, 154n, 233, 234  
Bersanti Giulio, 50, 234  
Bertiglia A. (illustratore), 209, 210  
Bertolini Pietro, 37, 97, 187n,  
Besasti Violetta (infermiera), 139n  
Betta Emmanuel, 6, 16, 16n, 234  
Bianchi Leonardo, 122n, 121n  
Bigaran Anna Maria, 31n, 234  
Bigazzi Duccio, 75n

- Biondi Teresa, 148, 157n  
 Bisi Albini Sofia, 32n, 33, 33n, 208n  
 Bock Gisela, 156n, 161n, 234  
 Bolt Richard A., 130n  
 Boltanski Luc, 150n, 160, 160n  
 Bonacchi Gabriella, 23n, 236  
 Bonetta Gaetano, 16n, 47n, 126, 126n, 52, 52n, 234  
 Borchì Augusto, 200n  
 Borghi Liana, 19n  
 Boschma Geertie, 13n, 188n, 234, 92n  
 Bourdelais Patrice, 166n, 126, 235  
 Brandimarte Renata, 154n, 235, 16n  
 Brezzi Giuseppe, 37n  
 Brown Bruce, 13, 235  
 Brush Barbara, 27 n, 133n, 235  
 Bufalino Giambattista, 148n, 235  
 Buhler Wilkinson Karen, 38n, 235  
 Burgio Alberto, 50n, 244  
 Burns Catherine, 13n, 235  
 Buttafuoco Annarita, 22, 22n, 23n, 24n, 25n, 29n, 33n, 37n, 45n, 47n, 158n, 236, 235  
  
 Calamandrei Carlo, 8, 8n, 236  
 Calliano Carlo, 31n, 72  
 Calmette Albert, 117n  
 Cammeo Bice, 43n  
 Cantù Gabriella, 140n  
 Capuani Gianfranco, 159, 224  
 Carboni Salvator Angelo, 83n, 86n, 90, 90n, 91, 91n, 93, 94, 94n  
 Carcano Luigi, 200n  
 Carpignano Paolo, 161n, 156n  
 Casali Luciano, 244  
 Cassata Francesco, 16n, 116n, 120n, 121n, 122n, 236, 234, 244  
 Cassioli Cassio, 225  
  
 Castellani Maria, 114n, 116n  
 Celli Angelo, 36n, 114n  
 Celli Anna Fraenzel, 25, 26, 26n, 29, 42, 42n, 67, 67n, 203, 225, 247  
 Chatterton Claire, 92, 236  
 Cherubini Arnaldo, 16n, 73n, 74n  
 Chiesi Pietro, 192n, 202n  
 Colombo Maria Adelaide, 36n, 228  
 Cometa Michela, 19n, 13n, 239  
 Connerton Winifred, 132n, 237  
 Conti Fulvio, 117n  
 Corti Paola, 124n  
 Cosmacini Giorgio, 61n, 117n, 120n, 237  
 Crawford Paul, 13n, 235  
 Crespi Mario, 127n, 237  
 Crispino Anna Maria, 22n, 30n, 233, 236  
 Curli Barbara, 32n  
 Cutro Antonella, 16n, 237  
  
 D'Antonio Patricia, 64, 65n, 132n  
 D'Ormea Antonio, 122, 122n, 123, 123n, 142n, 144, 226  
 Dau Novelli Cecilia, 22n, 237  
 De Benedetti Erminia, 140n  
 Di Benedetti Margherita, 171  
 De Bernardi Alberto, 50n, 237  
 De Filippis Maurizio, 117n, 237  
 De Giorgio Michela, 22n, 30n, 100n, 190n, 212n, 214n, 237, 238  
 De Gregory Terni Ginevra, 34n, 105, 105n, 147, 152n, 177n, 226, 231  
 De Hyeronimis Taddeo, 75n  
 De Leo Maya, 211n, 212n  
 De Longis Rosanna, 43n, 45n, 238  
 De Marchi Adelina, 35  
 De Marchi Curioni Rosa, 172  
 De Napoli Ferdinando, 114n  
 De Sanctis Sante, 122n

- Del Buono Sebastiano, 199, 199n  
 Della Peruta Franco, 16n, 48, 50, 61n,  
 124, 238, 246  
 Della Valle Francesco, 37n  
 Denti Marianna, 177n  
 Despina Karakatsani, 128n  
 Dessertine Dominique, 130n, 238  
 Detti Tommaso, 16n, 59n, 117n, 238  
 Devescovi Ada, 159n, 162n  
 Devito Tommasi Angelica, 26n  
 Di Belgiojoso Cristina, 42  
 Di Cori Paola, 13n, 22n, 237, 239  
 Di Robilant Daisy, 41, 41n  
 Di Targiani Giunti Irene, 173n, 138n,  
 141n, 216  
 Di Vestea Alfonso, 126n, 145n  
 Di Vittorio Pierangelo, 154n, 162n, 235  
 Diebolt Evelyne, 9n, 10n, 239  
 Dimonte Valerio, 8, 8n, 181, 239  
 Dingwell Robert, 39n  
 Dittrich-Johansen Helga, 42n, 140n, 239  
 Dixon Whitaker Elisabeth, 157n, 159n  
 Dock Lavinia, 9n, 131n, 138n, 139n  
 Dogliani Patrizia, 118n  
 Doria Pamphilj Emily, 187n  
 Dorlin Elsa, 17n, 239  
 Dublin Louis I., 130n  
 Duden Barbara, 17n, 64n, 239  
 Durante Francesco, 26n  
  
 Ellena Liliana, 14n  
 Evans Jean, 13n, 239  
  
 Faberj Francesco, 36n  
 Faccio Rina Pierangeli, 40n  
 Farley John, 128n, 239  
 Fambri Elena, 171  
 Fambri Rosanna, 139n, 151, 152n, 165  
  
 Fanfani Augusto, 194  
 Farolfi Bernardino, 50n  
 Fassin Didier, 162n, 239  
 Fazio Ida, 13n  
 Federici Silvia, 156n  
 Ferrari Giulio Cesare, 121n  
 Ferrarini Luigi, 115n  
 Ferrero Giuseppe, 33n, 226  
 Ferro Filippo Maria, 50n, 240  
 Fiastrì Virginia, 43n, 53, 56n, 227  
 Fiorino Vinzia, 6, 84n, 240  
 Fisher Robertson Julie, 73n  
 Fitzgerald Alice, 133n  
 Fiumi Alessandra, 8, 8n  
 Flamini Mario, 46n  
 Foley Edna, 138n  
 Folli Anna, 33n  
 Fortunati Leopoldina, 160, 160n, 161  
 Fossati Roberta, 25n, 240  
 Foucault Michel, 16, 16n, 19n, 51, 61n,  
 78n, 81n, 85, 153, 155, 157n, 161n,  
 162n, 164, 164n, 240  
 Fouche Nicole, 9n, 10n, 239  
 Fout John C., 97n, 241  
 Frascara Itta, 139n  
 French Cini Elena, 29n, 39, 39n, 137n, 231  
 Frezza Agenore, 241, 138n  
  
 Gabrielli Patrizia, 6, 24n, 26n, 31n,  
 40n, 209n, 241  
 Gaddi Frida, 108, 109n, 228  
 Gaiotti De Biase Paola, 22n, 241  
 Galassi Carlo, 30, 147, 147n  
 Galzigna Mario, 50n, 241  
 Gardner Sewell Mary, 69, 69n, 130n,  
 135, 135n, 138n, 141n, 142, 147,  
 147n, 152n, 136, 137n, 226  
 Gattei Giorgio, 48n

- Gemelli Agostino, 177n  
 Gentile Emilio, 169n, 241  
 Giacomelli Antonietta, 108, 108n  
 Giannecchi Elena, 25n, 241  
 Giannetti Renato, 75n  
 Giannini Cesare, 116, 116n  
 Giarri (signorina), assistente sanitaria visitatrice, 142n  
 Gibelli Antonio, 32n, 116, 116n, 241  
 Gibson Mary, 48n, 241  
 Gliucci Nerina, 28n, 36, 43n, 57n, 192n, 227  
 Ginevra, 27n, 49n, 179n, 227  
 Girolamo dottor., 96n  
 Goffman Ervin, 85n  
 Goglia Luigi, 9n, 233  
 Gonzales Carmen, 9n, 233  
 Gori Claudia, 25n, 45n  
 Groppi Angela, 23n, 236, 242  
 Grossi Cinzia, 76n, 140n  
 Guarnieri Patrizia, 9n, 45n, 188n, 242  
 Guidetti B., 142n  
  
 Harding Thomas, 13n, 242  
 Harvey Joy, 135n, 244  
 Hereford William, 131n  
 Hewa Soma, 131, 242  
 Higonet Randolph Margaret, 32n  
 Hofstra Gijswijt Marijke, 13n, 248  
 Hooker Claire, 78n, 98n, 155, 155n  
 Horn David, 17n, 169, 242  
  
 Iaria Antonino, 9n, 245  
 Ilvento Arcangelo, 112n, 127n, 237  
 Irwin Julia, 130, 131n, 132n, 242  
 Isnenghi Mario, 209n, 243  
 Isolani Carolina, 108, 109n, 169n, 228  
  
 Jagose Annemarie, 19n  
  
 Kavadi Shirish, 136n, 242  
 Kellog Paul U., 131n, 231  
 Knibiehler Yvonne, 118n, 130n, 243  
  
 Labriola Teresa, 240  
 Lageman Ellen C., 38n, 235  
 Lama Luisa, 45, 45n, 232  
 Lapeyre Jaime Patricia, 112n, 130n, 243  
 Lazzari A., 197n  
 Le Maire Giuseppina, 23, 24n, 46, 46n, 241  
 Lee Downs Laura, 13n  
 Leonesi Gina, 173n  
 Leoni Diego, 30n, 297n  
 Leskosek Vesna, 130n, 246  
 Levi Ettore, 114, 114n, 115n, 121, 124, 145, 162, 226, 228  
 Lewenson Sandra, 38n, 243  
 Loiacono Cristian, 19n  
 Lonni Ada, 59n, 243  
 Loriga Giovanni, 125n, 228  
 Losavio Tommaso, 9n, 245  
 Lowman John H., 130n  
 Lucifero Elena (marchesa), 28, 47, 48n, 51n, 228  
 Luigioni Valerio, 75n  
 Lükes Eva, 36n, 228  
 Lusignoli Alfredo, 37n, 184  
 Lusk Brigid, 73n  
 Lutrario Alberto, 37n, 87n, 113n, 126n, 186n, 228, 230  
  
 Maiocchi Roberto, 114n, 243  
 Majer Rizzioli Elisa, 32n, 149, 208, 208n, 169n, 228  
 Majno Ersilia, 28n, 45n, 46, 46n, 24n, 25, 25n

- Malaroda Gigi, 19n  
Malatesta Maria, 100n, 241, 233, 237, 243  
Malnati Linda, 47  
Mantovani Claudia, 16n, 243  
Manzoni Edoardo, 8, 8n  
Maraini Guerrieri Gonzaga Maria, 187n  
Marchetti Sabrina, 14n, 16n, 19n, 218n, 234  
Marchiafava Ettore, 36n, 114, 124n, 118, 126, 228, 243  
Mariani Emilia, 29n  
Marks Shula, 12n, 243  
Martelli Pompeo, 9n, 245  
Martinelli Alfredo, 117n  
Martinez Lopez Fernando, 9n  
Mascot Jamila M. H., 14n, 19n  
Mauss Marcel, 158, 158n  
Mayer Camperio Sita, 36  
Mayor S. Adriana, 178, 178n  
Mazzara Federica, 239n  
Mericle Bruce, 244  
Minesso Michela, 118, 117n, 118n, 140n, 175n, 244  
Modigliani Olga, 41n  
Mojoli Barberis M. Bianca, 208n  
Molina Natalia, 31n, 33n, 132n, 139n, 244  
Molinari Augusta, 31n, 33n, 139n  
Montaldo Silvano, 45n, 244  
Montesi Barbara, 30n, 244  
Montessori Maria, 45n  
Montevocchi Luisa, 25n, 241  
Moraglio Massimo, 120n, 236, 244  
Moretti Angiola, 141n, 145, 145n, 170n, 228  
Moro Renato, 9n, 232  
Moscariello Alfredo, 210, 210n, 211n, 229  
Mosso Angelo, 50n, 244  
Murard Lion, 129n, 244  
Murri Augusto, 101n  
Mussolini Benito, 117, 229  
Mychajlunow Lorraine, 13n, 234  
Nani Michele, 50n, 244  
Nardelli Giulio, 188n  
Negri Ada, 33, 33n, 203  
Newman Louise, 7, 244  
Noble Iris, 133n  
Nolan Paul, 13n, 235  
Novello Sabilla, 36n  
Nuti Leopoldo, 9n, 233  
Nutini Stefania, 139n  
Nutting Adelaide, 9n  
Ogilvie Marylin, 135n, 244  
Oosterhuis Harry, 248  
Orvieto Laura, 43n, 174n, 229  
Padovan Dario, 120n, 244  
Palazzo Elena, 186, 186n, 181n, 245  
Pallotta Adriano, 8n, 245  
Pancino Claudia, 62n, 129n, 245  
Papa Catia, 31n, 245  
Pascucci Isabella, 8, 8n, 26n, 184n,  
Pasolini Carolina, 177n  
Paterson Robert D., 130n  
Pelaggio Rina, 157n  
Pelaja Margherita, 157n, 158n, 245, 247  
Pelling Margaret, 78n  
Pende Nicola, 114, 114n, 127, 163n  
Pensuti Elena, 196n  
Perduca Maria Luisa, 107, 108, 208n, 229  
Perez Seismit Doda, 36n  
Perrilli Vincenza, 14n, 19n, 156n  
Piccione Massimo, 19n  
Pick Daniel, 49n, 245



- Pieroni Bortolotti Franca, 22n, 28n, 245  
 Pignotti Lamberto, 209n, 245  
 Pilastrini Egle, 44n, 172, 193n  
 Pillon Thierry, 198n, 245  
 Pironti Alberto, 37n  
 Pittini Federica, 147, 147n, 149, 151n  
 Pogliano Claudio, 16n, 23n, 121n, 234, 236, 242, 246  
 Pollizer Renato, 160n  
 Popova Kristina, 11n, 130n, 246  
 Porter Sam, 13n, 246  
 Preciado Beatriz, 17n, 246  
 Preti Domenico, 16n, 60n, 119n, 214, 214n, 215, 246  
 Pugliesi Giovanni, 68, 73n, 70n, 78n, 80, 80n, 92n, 93n, 229  
 Pustianaz Marco, 19n, 246
- Rafferty Anne Marie, 11n, 38n, 129n, 133n, 231, 235, 239, 246  
 Ramacciati Nicola, 8n, 67n, 181n, 215n, 246  
 Ramirez Bruno, 156n, 161n  
 Ramsey Mattehew, 166n  
 Rava Luigi, 115n  
 Ravicini Serafino, 170  
 Roberts Joan, 38n  
 Rocca Giancarlo, 208n, 246  
 Rodriguez-Ocana Esteban, 126n, 238n, 136n, 243, 247  
 Ronconi Guglielmina, 49, 49n  
 Ronzani Enrico., 68, 68n, 75n, 79n, 82, 83n, 84, 85n, 88n, 92, 93n, 184, 230  
 Rosemberg Charles, 117n, 235, 244, 247  
 Rossi Doria Tullio, 120, 120n, 200, 200n, 201n, 230, 247  
 Rossini Daniela, 6, 49n, 76n, 131n, 133n, 247  
 Rygier Maria, 206n
- Sabatini Giuseppe, 103, 103n, 183, 183n, 185, 186n, 230  
 Salviati Mariuccia, 30n, 238, 247  
 Sanseverino Patrizia, 117n, 237  
 Santarelli Enzo, 26n, 247  
 Sapelli Tullio, 75n  
 Saraceno Chiara, 177n, 249  
 Sarti Raffaella, 188n, 247  
 Scaramuzza Emma, 25n  
 Schettini Laura, 6, 213n, 247  
 Schiebinger Lorna, 17n, 248  
 Scialoja Vittorio, 115n  
 Sciamanna Seismit Doda Rita, 44n, 54n, 203  
 Scimone Wanda, 140n, 151n  
 Sclavo Achille, 126n, 127, 127n, 148n, 230, 231, 235  
 Scott Joan, 13n, 14, 14n, 165n, 195n, 248  
 Sedgwick Eve, 19n, 103n, 248  
 Segreto Lucia, 75n  
 Selvaggi Giovanni, 143, 144, 144n, 149, 150n  
 Senni Maria, 139n  
 Shupfer Ferruccio, 104, 105n, 230  
 Signorelli Angelo, 105, 127, 128n, 164n, 220, 230  
 Silei Gianni, 115n, 116n, 248  
 Silvano Franco, 45n, 117n,  
 Simoncini Susanna, 180n  
 Simoni Renato, 193n  
 Sironi Cecilia, 8, 8n, 36n, 43n, 125n, 140n, 187n, 248  
 Sironi Vittorio, 64n  
 Skulteki Ernesto, 33, 33n, 34n, 70n, 100n, 106, 106n  
 Snell Dorothy, 36n, 181n, 187, 245  
 Snowden Edward, 124n, 248  
 Soldani Simonetta, 23n, 31n, 100n, 234, 235, 245

- Solomon Susan, 129n  
Soresina Marco, 59n, 73n, 74n, 77n, 116n, 248  
Spalletti Rasponi Gabriella (contessa Spalletti), 31n, 41, 41n, 47, 52  
Stangher Contin Fosca, 196n, 203  
Stouman Knud, 129n  
Strongoli Adelaide (principessa Strongoli), 35  
Stuart Mary, 27n  
Sturani Enrico, 209n, 248  
Svedberg Gunnel, 13n, 248
- Tappero Paolo, 45n, 244  
Taricone Fiorenza, 24n, 47n, 52n, 241, 248  
Tavormina Calogera, 8, 26n, 43n, 184n, 187n, 210, 245  
Thalamy Ann, 78n  
Thébaud Françoise, 32n, 239, 248  
Thompson Edward, 86, 86n, 160, 160n  
Thompson Mary, 135n, 249  
Tirabassi Salvatore, 197n  
Tomes Nancy, 75, 75n, 76n, 78n, 99n, 149n, 166n, 249  
Tooley Sarah, 43n  
Torrighiani Anna, 231  
Tournes Ludovic, 130n, 247  
Tropeano Giuseppe, 118n, 115n, 118n, 124, 124n, 125, 125n, 145, 231  
Turin Berta, 48  
Turton Amy, 35n, 36n, 187, 187n
- Valenzano Maria, 125, 125n, 145, 146, 146n  
Van Roojen P. H., 87n  
Vannozzi Francesca, 8n, 232  
Vannucci Attilio, 197n  
Varanini Mario, 201n  
Vassiliki Theodoru, 128n  
Verdecchi (infermiere), 206  
Vicarelli Daniela, 16n, 59, 129n, 249  
Vickers Elisabeth, 11n, 249  
Vidacovich Carmela, 139n  
Vigarello Georges, 78n, 198n, 249  
Vijselaar Joost, 13n, 248  
Villa Renzo, 30n, 246  
Vitali Ornello, 181n, 215, 215n  
Vivante Renato, 148
- Wallerstin Sven-Olov, 84n, 248  
Wanrooij Bruno, 47n, 249  
Webster Charles, 39n, 239  
Weindling Paul, 11n, 129n, 130n, 246, 249  
Wellman William, 210  
Werner Michael, 11n, 249  
White William Charles, 130  
Wood Catherine, 36n
- Yonge Olive, 13n, 234  
Yves Saunier Pierre, 130n
- Zadra Camillo, 30n, 207n  
Zagarese Melchiorre, 37n  
Zancan Marina, 25n, 33n  
Zappi Faustina, 179, 180  
Ziegler Mary, 29n, 249  
Zimmerman Bénédict, 11n, 249  
Zucchi Carlo, 157n  
Zylberman Patrick, 126n, 128n, 244

Finito di stampare nel mese di dicembre 2015  
da Tipografia Monteserra S.n.c. - Vicopisano  
per conto di Pisa University Press

Questo e-book appartiene a  
rosannadelongis@gmail.com

