

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

**La formazione e il ruolo dell'infermiere
psichiatrico nei manicomi; una rassegna
bibliografica**

Relatore

Dott. Gerardo Favaretto

Correlatore

Dott.ssa Catia Luison

Laureando

Angelica Feltrin

Anno Accademico 2014-2015

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ tel. _____
e-mail _____ matricola _____
laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteria a consegnare presso la biblioteca medica
"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

Laurea Triennale

Anno Accademico _____ Data della tesi _____

Titolo della tesi _____

Parole chiave _____

Abstract _____ inserito nel file _____

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore _____ Correlatore _____

Padova, li _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a _____

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in Padua@thesis, l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in Padua@thesis e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale Padua@thesis mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

Indice

1. Introduzione e metodo	p. 3
2. Excursus storico	p. 4
2.1 La nascita del manicomio	
2.2 Il Novecento	
3. Il manicomio dal 1904: organizzazione e personale	p. 8
3.1 Struttura	
3.2 Personale	
4. La formazione dell'infermiere: analisi dei manuali	p. 10
4.1 Doti morali e fisiche	
4.2 Formazione teorica	
4.3 Formazione pratica	
4.4 Mansioni dell'infermiere nei vari locali del manicomio	
4.5 Responsabilità dell'infermiere	
5. Aspetti della vita reale	p. 17
6. Conclusione: un confronto con la situazione odierna	p. 20
Bibliografia	p. 21
Allegati	

1. Introduzione e metodo

La professione dell'infermiere psichiatrico non solo non è sempre stata quella che conosciamo oggi, ma anzi le differenze rispetto all'attualità sono profonde. Questa tesi si prefigge di analizzare, tramite un'attenta ricerca bibliografica, la figura dell'infermiere nei manicomi e darne un'immagine completa.

La maggior parte dei documenti analizzati proviene dall'archivio del reparto psichiatrico dell'ospedale di Treviso. Il materiale è composto da manuali in cui si illustravano le pratiche infermieristiche e riviste di psichiatria che analizzavano la situazione nei manicomi e la figura dell'infermiere in maniere più critica. Alcuni volumi attinenti all'argomento trattato sono stati pubblicati nel corso degli anni e anche questi sono stati presi in considerazione.

Nello stesso archivio è stato possibile rinvenire alcuni documenti originali, i più interessanti dei quali sono corredano la tesi in forma di allegato.

Lo studio del materiale raccolto ha avuto lo scopo di evidenziare e delineare le funzioni e la figura dell'infermiere di manicomio, e in particolare il suo percorso formativo dopo la Legge Giolitti del 1904.

Questa tesi si articola in diverse parti. Si inizia con un breve excursus storico per capire come si è arrivati alla situazione manicomiale su cui la tesi si focalizza. In seguito si descrivono la struttura dei manicomi e la loro organizzazione, così come testimoniata dai documenti visionati. Poi si prende in considerazione la figura dell'infermiere: le caratteristiche che doveva avere, i compiti e le funzioni che doveva assolvere, come queste venivano spiegate sui manuali di formazione. Alla fine, con lo scopo di fornire un quadro completo, si danno esempi della situazione in cui versavano realmente gli infermieri nei manicomi, cosa che è stata possibile grazie all'analisi di alcuni resoconti di alcune personalità che hanno visitato le strutture manicomiali nel corso degli anni.

In conclusione, ciò che emerge dalla tesi è che la figura dell'infermiere, pur rimanendo importante nell'assistenza psichiatrica, è mutata in ogni suo aspetto. Il percorso formativo era profondamente diverso da quello attuale perché diverse erano le esigenze di una psichiatria ancora in via di sviluppo.

2. Excursus storico

2.1 La nascita del manicomio

Si racconta che nel 1792 a Bicêtre, a sud di Parigi, lo psichiatra Philippe Pinel liberò gli alienati dalle catene. Con questo gesto egli inaugura una nuova epoca nella storia della follia, gettando le basi per la nascita sia del manicomio che della psichiatria. Pinel predica l'abbandono delle cure dettate da superstizione religiosa e delle pratiche mediche basate su pregiudizi filosofici e dà per la prima volta una veste scientifica alla psichiatria, con una classificazione delle malattie che si ispira ai principi introdotti da Linneo in botanica: ordini, sotto-ordini e generi.

Il *trattamento morale* viene ben presto incorporato in un approccio pedagogico: Pinel crede che il disordine mentale si possa curare dando una nuova personalità, più strutturata, al malato di mente; il medico dovrà diventare educatore, istituendo un rapporto simile a quello tra adulto e bambino. Come dice Giovanni Jervis nel suo libro:

secondo queste nuove idee si trattava in sostanza di far assorbire più fiduciosamente ai malati di mente una personale autodisciplina e autorepressione; anche a loro si poteva insegnare la comprensione delle regole democratiche, l'assimilazione disciplinata della tolleranza reciproca, lo sviluppo della civile bontà, senza passare attraverso il terrore, l'umiliazione e la violenza.¹

Pinel, come detto, spezza le catene che tenevano legati i pazzi negli ospizi, e li trasferisce nei primi manicomi (Bicêtre per gli uomini e Salpêtrière per le donne, entrambi a Parigi e diretti dallo stesso Pinel).

L'obiettivo dichiarato da Pinel e dai suoi seguaci è liberare i folli dalle catene. I pazzi diventano *malati di mente* e devono essere curati. La cura è l'internamento, stabilito per legge da un certificato medico. Negli ospizi, di fatto, si finiva segregati per puro arbitrio del potere o del potente, nel manicomio invece si entra con le regole dello stato di diritto.

Pinel sostiene inoltre che la cura del malato mentale è possibile solo in un ambiente rigoroso e strutturato, isolato da influenze esterne e con la presenza costante di un medico che segua l'evoluzione della malattia.

¹ G. JERVIS, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1997, p.45.

Questo apparente spirito filantropico nasconde però il germe di una nuova forma di segregazione. I folli, divenuti malati di mente, seppure liberi dalle catene vengono avviati ad un isolamento senza fine.

Ispirate al pensiero di Pinel vengono promulgate, prima in Francia nel 1838, poi in altri stati d'Europa, diverse leggi volte a disciplinare il trattamento del folle, soprattutto per tutelare la società mediante una rigida regolamentazione delle procedure di internamento, di custodia e dei poteri conferiti agli psichiatri.

In Inghilterra si realizzano alcune esperienze aperte. Si tratta di istituti, per lo più privati, dove non viene utilizzato nessun mezzo di contenzione fisica e anzi gli internati vengono sottoposti ad un programma terapeutico detto *trattamento morale*. Il lavoro, le funzioni religiose ed il canto corale si inseriscono all'interno un programma giornaliero molto organizzato e strutturato. Ad ogni modo, si tratta di un caso isolato e molto all'avanguardia, poiché bisognerà aspettare molto tempo prima si arrivi alla diffusione di questo atteggiamento nei confronti della cura mentale.

Nel 1838 il governo francese decreta che tutti i *départements* avrebbero dovuto costruire un manicomio pubblico e fornisce un sistema di classificazione, progetto che ricorda molto i criteri guida per classificare gli indigenti contenuti nel *British Poor Law Amendment Act* del 1834; una grande conquista per Esquirol e i suoi allievi e alleati. Esquirol è stato senza dubbio il più eminente teorico della psichiatria del suo tempo, credeva nei benefici terapeutici che l'isolamento poteva apportare ai pazienti ricoverati nei manicomi, come i suoi contemporanei che volevano riformare le prigioni credendo nei benefici che la reclusione poteva esercitare sulla psiche dei criminali.

Nel corso del XIX secolo perciò, da un sistema di cura aperto, si passa a un sistema di cura chiuso, all'interno delle strutture manicomiali, separate dal resto del mondo da alte mura di cinta. I malati di mente sono sempre più catalogati, raccolti, segregati e allontanati.

Sin dalla creazione dei manicomi la figura centrale nella cura del malato psichiatrico è stata, ovviamente, il medico. Erano però presenti delle figure che, anche se non definibili come infermieri, assistevano il medico e provvedevano alle necessità di base dei malati. Di fatto, la figura dell'infermiere psichiatrico nasce quindi con il manicomio e si evolve con esso.

2.2 Il Novecento

All'alba del XX secolo la situazione manicomiale in Italia era confusa e complicata. Non esisteva ancora una legge che unificasse tutte le realtà, quindi gli ospedali psichiatrici erano nel caos; esistevano infatti varie tipologie di manicomi, ognuna con un sistema organizzativo differente. I problemi comuni a tutte le realtà erano sovraffollamento, scarsità di medici e inadeguatezza della preparazione degli infermieri, fatiscenza dei locali e condizioni generali dei degenti indecorose. Nel 1902 Tamburini scrisse una relazione su alcune strutture che evidenziò anche notevoli e inumani abusi nei confronti degli alienati.

Nel 1904 viene promulgata la legge Giolitti, la quale attribuiva agli psichiatri piena autorità sul servizio sanitario, gestione economica delle strutture e potere disciplinare. Con questa legge venne determinato che i criteri di internamento dovessero essere pericolosità sociale e pubblico scandalo, quindi, come dice Valeria Babini nel suo libro (2009), “si entra dunque in manicomio non perché si è malati, ma perché nocivi, pericolosi, improduttivi, oziosi, di pubblico scandalo”² e non per la malattia mentale in sé. Inoltre, la legge n.36 ammetteva l'internamento in manicomio tramite procedura giudiziaria, quindi il malato mentale veniva considerato un criminale a tutti gli effetti, poiché iscritto al casellario giudiziario. Infine la legge Giolitti alleggeriva di fatto le responsabilità degli psichiatri, poiché le dimissioni dei pazienti erano sottoposte al vaglio del tribunale.

Nel '900 inizia a sentirsi il bisogno di un rinnovamento per quanto riguarda l'approccio allo studio e al trattamento della malattia mentale. Kraepelin e l'ambiente psichiatrico tedesco sono i primi ad offrire una visione nuova; lo psichiatra vede i manicomi come delle strutture riabilitative e predica, ad esempio, il concetto del “no-restraint” assoluto. La psichiatria clinica si incentrava sull'osservazione del malato e sulla raccolta di dati, che dovevano essere confrontati con le teorie esposte sui libri.

La diffusione in Italia della psichiatria clinica per mano di giovani psichiatri gravitanti attorno al manicomio di Ferrara trovò una forte resistenza da parte dei medici

²V.P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

appartenenti alla radicata tradizione anatomico-patologica. La paura del cambiamento provocò il tentativo di screditare il nuovo approccio clinico, in molti casi per mezzo di interventi faziosi, ad esempio l'ignorare completamente Kraepelin nei nuovi trattati psichiatrici che venivano pubblicati. Uno dei problemi principali era costituito dalla volontà dei nuovi medici di abolire i mezzi di restrizione dei malati. Bisognerà aspettare il 1907 perché la psichiatria clinica venga accettata in Italia, con la traduzione del trattato di Kraepelin.

Grazie alla psichiatria clinica, neurologia e psichiatria divennero due branche ben distinte della medicina. Inoltre, si preparò un terreno fertile per la diffusione di nuove teorie psicanalitiche, sviluppate prevalentemente da Freud, Jung e Adler. In Italia viene adottato soprattutto l'approccio psicanalitico freudiano, sia nella formazione universitaria che nella pratica manicomiale.

3. Il manicomio dal 1904: organizzazione e personale

3.1 Struttura

Dopo la legislazione del 1904, dai libri di testo che trattano la cura del malato psichiatrico si possono individuare alcune caratteristiche che i manicomi della penisola dovevano avere.

Le strutture erano divise, per quanto riguarda l'alloggio degli infermi, per padiglioni o reparti. In ciascun reparto maschi e femmine dovevano essere divisi e nessun contatto doveva avvenire tra loro; all'interno di ogni ala maschile o femminile gli alienati erano divisi secondo condotta (pazienti agitati o tranquilli ad esempio) e necessità di assistenza. Ogni reparto doveva essere dotato determinate aree funzionali: dormitori, che erano delle grandi stanze con file di letti; sale di soggiorno con un cortile adiacente in cui gli infermi uscivano col bel tempo; refettori, dove si svolgevano solo i pasti; parlatoio per le visite dei parenti; eventuali divertimenti come passeggiate e la chiesa; latrine. Inoltre ogni manicomio doveva disporre di lavanderia, cella mortuaria e la portineria, la quale nella maggior parte dei casi fungeva da sola entrata, non da uscita.

I reparti che doveva avere un manicomio erano diversi. Il reparto d'osservazione era la tappa obbligatoria per ogni nuovo entrato. Il reparto tranquilli ospitava i malati con più contegno. Il reparto agitati, che comprendeva celle di isolamento, una sala di vigilanza e diversi mezzi di costrizione. Il reparto lavoratori ospitava quegli infermi che erano in grado di compiere piccole mansioni, come ad esempio coltivare la terra, lavori di cucito o da calzolaio e lavori interni come il servizio di lavanderia. Il reparto di infermeria era per chi doveva essere curato anche per malattie fisiche. Eventualmente, poteva esserci il reparto denominato "sudici", per quegli alienati incontinenti o incapaci di provvedere ad espletare autonomamente le proprie funzioni fisiologiche; in questo reparto venivano ricoverati tutti gli incapaci di provvedere alla basilare igiene personale.

3.2 Personale

A capo di ogni struttura manicomiale c'era il direttore, il quale prendeva ogni decisione sia a livello amministrativo che medico. Egli decideva quando ammettere o dimettere gli infermi; soprintendeva alle condizioni e ai trattamenti dei malati; distribuiva

gli assegnamenti al resto del personale e vigilava che svolgessero le loro mansioni puntualmente; inoltre il direttore si occupava dell'economia interna del manicomio.

I medici presenti nelle strutture, nominati per concorso, avevano il compito di curare i malati di mente e di dare gli ordini e le prescrizioni agli ispettori e agli infermieri. I medici prescrivevano sia farmaci che altre pratiche, come ad esempio bagni terapeutici o elettroshock. I medici decidevano inoltre cosa malati e infermieri dovessero mangiare e quando i pazienti potevano ricevere visite, nonché qualsiasi altra cosa li riguardasse.

Gli ispettori o capo infermieri erano sotto il controllo diretto del direttore e dei medici e avevano il compito di assicurarsi che gli infermieri rispettassero rigorosamente le prescrizioni, gli orari e tutte le attività che erano loro ordinati; qualora si fossero verificate delle mancanze, gli ispettori avevano il compito di riferirle ai superiori.

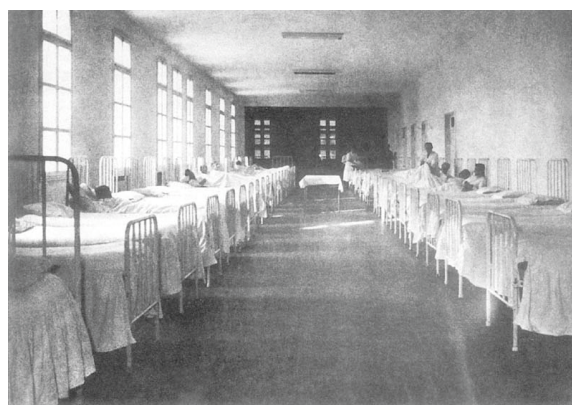
Gli infermieri erano alle dipendenze di tutte le figure professionali già citate ed eseguivano ciecamente qualsiasi ordine venisse loro impartito. I loro compiti erano quindi di somministrare le cure, provvedere ai bisogni degli alienati e vigilare sui malati e sugli strumenti di cura, di cui erano considerati personalmente responsabili.

Altre figure che lavoravano all'interno del manicomio erano il portiere, il personale di cucina e quello di lavanderia, i quali però non avevano un'influenza diretta sul trattamento degli infermi.

In conclusione può essere osservato come i manicomi fossero delle strutture pensate per essere il più autosufficienti possibile, ben gerarchizzate e di contenimento; erano, sotto molti aspetti, più simili a prigioni che a ospedali.



Sezione idroterapica manicomio di Collegno



Dormitorio femminile manicomio di Rovigo

4. La formazione dell'infermiere: analisi dei manuali

4.1 Doti morali e fisiche

All'inizio del novecento nacquero le prime scuole per infermieri psichiatrici all'interno degli stessi manicomi. Queste dovevano essere frequentate sia da chi già lavorava all'interno della struttura, sia da chi desiderava entrare a farne parte.

I manuali di formazione infermieristica sostenevano che non si poteva nascere pronti ad affrontare la professione di infermieri, ma che alcuni individui possedevano le doti necessarie per esserlo. Anche delle persone di intelligenza limitata ma con altri tratti potevano, ad esempio, essere preparati e diventare infermieri una volta inseriti nell'ambiente manicomiale.

Le caratteristiche necessarie per l'aspirante infermiere dovevano essere sia morali, sia intellettive, sia fisiche.

Dal punto di vista morale e intellettuale, i candidati dovevano, oltre che saper leggere e scrivere, avere buona memoria, precisione, prontezza di spirito, dolcezza, osservazione, previdenza, pazienza e, come descritto da Luigi Scabia (1901) nel suo manuale, "quella dote attribuita a Gesù Cristo che, ricevuto uno schiaffo, porse l'altra guancia per riceverne un secondo".³ In breve, l'infermiere psichiatrico doveva avere un buon cuore, pietà e buona condotta, intesa come la capacità di comprendere ed eseguire gli ordini impartiti. L'infermiere doveva parlare poco e solo quando interrogato, essendo sempre onesto e sincero.

C'erano anche delle caratteristiche che l'infermiere psichiatrico non doveva assolutamente avere: provare risentimento, offendersi facilmente o rispondere ad eventuali ingiurie di un infermo; sostanzialmente veniva richiesta la capacità di rimanere impassibili in ogni situazione, anche nelle espressioni facciali.

Nel periodo fascista si aggiunse anche l'obbligo di presentare un certificato penale rilasciato dall'Autorità Giudiziaria e un certificato di buona condotta rilasciato dal Podestà del paese; questo per dimostrare che erano cittadini osservanti delle leggi e rispettosi del governo. Naturalmente i candidati di questo periodo dovevano essere iscritti al

³ L. SCABIA, *Guida dell'infermiere dei malati di mente nella casa e nel manicomio*, Torino, UTET, 1901, p.2.

Partito Nazionale Fascista e non dovevano fare propaganda in contrasto con le ideologie del governo. Era anche richiesto di prestare un giuramento allo Stato prima di venire assunti.

Sin dai primi tempi, gli infermieri venivano reclutati tra i braccianti e i contadini anche per le loro doti fisiche. La vita che conducevano era dura e probante, stando alzati di notte, trascorrendo lunghe ore in luoghi chiusi e consumando pasti irregolari; oltre a questo dovevano compiere notevoli sforzi fisici, ad esempio per separare malati che litigavano o per placare coloro che si agitavano. Per questi motivi il personale doveva essere di costituzione forte e robusta e alta statura, senza difetti fisici evidenti in maniera che i malati non potessero deriderlo o averne paura. Gli infermieri dovevano inoltre non essere di salute cagionevole. La pulizia e l'igiene personale erano anche importanti: barba e capelli dovevano essere corti, le unghie pulite e ben tagliate, gli abiti e le scarpe in ordine. In breve, secondo i manuali i manicomi cercavano personale forte e decoroso, in maniera da non spaventare i malati ma in grado di trattenerli all'occorrenza.

Prima della Legge sui Manicomi del 1904, chiunque fosse fisicamente robusto poteva aspirare a diventare infermiere psichiatrico. Dopo la Legge le cose cambiarono, in quanto questa regolamentava anche la formazione specifica dell'infermiere.

La durata della formazione dell'infermiere psichiatrico era di almeno sei mesi, se invece si aspirava al posto di sorveglianti il corso doveva essere di almeno un anno. A seguito di questa formazione, il direttore del manicomio poteva rilasciare un attestato se i candidati avevano ottenuto risultati positivi nell'esame teorico-pratico, che si teneva davanti a una commissione composta dallo stesso direttore, dal medico provinciale e da un delegato dell'amministrazione. In generale, la formazione prevedeva conoscenze pratiche e teoriche.

4.2 Formazione teorica

La formazione teorica prevedeva basilari nozioni di anatomia; ad esempio come si compone il corpo umano e in generale il funzionamento dei muscoli e degli organi principali.

Gli studenti infermieri ricevevano anche informazioni su come riconoscere il principio di una crisi nel malato psichiatrico, fosse un delirio, un impulso, allucinazioni, depressione o stati di agitazione o eccitamento.

Gli infermieri dovevano conoscere anche i sintomi delle patologie più comuni per l'epoca, ovvero malinconia, mania, paranoia, epilessia, isteria, demenza, follia morale.

In luce di queste informazioni si può concludere che, di fatto, le nozioni teoriche che venivano impartite agli infermieri erano poche e non particolarmente approfondite. I motivi di questa scelta potrebbero essere molteplici. In parte ciò avveniva sicuramente perché i candidati al ruolo di infermiere erano normalmente di estrazione sociale bassa; ma un motivo più utilitaristico potrebbe essere che meno informati gli infermieri fossero stati a livello scientifico, più facilmente avrebbero eseguito qualsiasi ordine impartito dai loro superiori.

4.3 Formazione pratica

Una parte importante della formazione pratica dell'infermiere psichiatrico era il mantenimento dell'igiene, inteso come regola per preservare la salute; veniva insegnato come pulire i locali, dai dormitori alle sale di soggiorno, alle latrine, accennando i concetti di microbo e disinfezione, aerazione e riscaldamento. La pulizia totale dell'alienato ricadeva anche sotto la categoria igienica; agli infermieri venivano impartite nozioni pratiche su come provvedere alla pulizia di tutto il corpo, della biancheria e dei letti per i degenti che non fossero in grado di fare da sé; mentre veniva insegnato loro come sorvegliare le operazioni di pulizia degli alienati più autonomi.

Agli infermieri, ovviamente, veniva affidato il compito di mettere in pratica diversi tipi di terapia. Dovevano assistere i malati in docce e vari tipi di bagni (generale, parziale, freddo, tiepido, caldo), dei quali erano specificate anche la durata e le sostanze da usare. Era comune praticare impacchi umidi e sottoporre i pazienti a varie tecniche di massaggio (sfioramento, frizioni, impastamento, percussione). In qualche raro stabilimento pare venissero affidate agli infermieri le applicazioni elettriche, ma nel suo manuale Scabia (1901) precisa che "considerando che le applicazioni elettriche domandano conoscenze non poche e sono operazioni delicatissime, non sono dell'avviso di dare

questo compito all'infermiere^{3,4}; in questi casi la responsabilità dell'infermiere era normalmente quella di assistere il medico durante l'operazione, preparando prima il materiale e assicurandosi che la macchina fosse in buone condizioni di funzionamento, avendo cura che il malato non subisse gravi lesioni durante la scossa e riporre l'attrezzatura alla fine del trattamento.

Gli infermieri di manicomio, per quanto ricevevano una preparazione teorica rudimentale, dovevano essere in grado di riconoscere le più comuni malattie fisiche in modo da potere giudicare una situazione tale da dover allertare il medico. Per fare questo dovevano essere in grado di rilevare alcuni parametri e sintomi fondamentali come: temperatura e polso, respiro, tosse, vomito, escrezioni e secrezioni, condizioni della pelle. Il loro compito era di prevenire per quanto possibile le malattie; se istruiti dal medico avevano anche il compito di curare le piaghe da decubito, monitorare il ritmo sonno veglia e la qualità del sonno. Per quanto riguarda le malattie contagiose, gli infermieri avevano conoscenze base sulle modalità di trasmissione e sui comportamenti da attuare per prevenire il contagio tra malato e malato e tra malato e infermieri.

Per quanto riguarda i farmaci, la loro custodia era responsabilità del capo infermiere, il quale li teneva sotto chiave. I farmaci passavano poi nelle mani dell'infermiere che doveva eseguire la prescrizione e ne diventava responsabile, i suoi compiti erano assicurarsi anche la corretta somministrazione del farmaco secondo gli ordini del medico e che il malato non imbrogliasse nell'assumerlo; i manuali vietavano di ricorrere a mezzi violenti o brutali per obbligare il paziente a prendere i medicinali. Dopo la somministrazione l'infermiere doveva controllare che gli effetti prodotti fossero quelli attesi e riferire dettagliatamente al medico.

Le medicazioni antisettiche, al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare al giorno d'oggi, non venivano eseguite dall'infermiere, che assisteva soltanto il medico durante la procedura: procedeva al lavaggio delle mani, alla preparazione del malato con pulizia primaria della ferita, alla preparazione di tutti gli strumenti e delle sostanze necessarie, alla pulizia e allo smaltimento degli stessi dopo la procedura. In queste situazioni la responsabilità primaria dell'infermiere psichiatrico era il controllo delle condizioni degli strumenti e di aver cura che non si danneggiassero.

⁴ L. SCABIA, *Guida dell'infermiere dei malati di mente nella casa e nel manicomio*, cit., p.111.

Le competenze dell'infermiere psichiatrico si risolvevano spesso nell'esecuzione di piccole manualità come applicazione del ghiaccio, delle sanguisughe (anche se i salassi veri e propri venivano fatti solo dal medico), pennellature, unzioni. Gli infermieri potevano eseguire anche iniezioni ipodermiche e intramuscolari, clisteri, alimentazione con la sonda e lavaggio dello stomaco, tecniche di respirazione artificiale.

Si davano all'infermiere indicazioni su come agire in casi di urgenza, ad esempio sincope, colpo apoplettico, frattura, ferite, emorragia; nella maggior parte dei casi queste istruzioni indicavano soltanto di mettere in sicurezza il malato e correre a chiamare il medico.

Alcuni malati restavano in famiglia per richiesta dei parenti, quindi veniva loro assegnato un infermiere che operava in casa sempre eseguendo precisamente gli ordini del medico e che aveva, come del resto in manicomio, il compito principale di sorvegliare il malato.

4.4 Mansioni dell'infermiere nei vari locali del manicomio

Quando si trovavano nelle sale di soggiorno o nei cortili, la responsabilità principale degli infermieri era di sorvegliare tutti gli ammalati e in particolar modo quelli indicati dal medico. Era assolutamente vietato fumare, leggere, giocare o scherzare con i malati; l'infermiere doveva essere sempre cortese e paziente con tutti e usare un linguaggio decoroso, dando il buon esempio di comportamento ai ricoverati.

Nel refettorio la distribuzione dei pasti era compito degli infermieri, che eseguivano gli ordini del capo infermiere, il quale teneva la lista dei nomi e del vitto redatta dal medico. L'importante era controllare che ognuno avesse quanto prescritto e accertarsi che i malati mangiassero tutto e non rubassero cibo agli altri.

Nel parlatorio l'infermiere aveva il compito di accompagnare il malato per la visita dei parenti, possibile solo a seguito del consenso del medico. Durante il tragitto doveva badare che non scappasse e una volta lì doveva mantenersi in disparte senza mai perdere di vista il malato, il quale doveva mantenere una condotta adeguata. Ai malati era proibito accettare oggetti, cibo, alcol o soldi dai parenti, pertanto gli infermieri dovevano vigilare anche su questo e non potevano accettare mance o dare informazioni sulle condizioni del paziente, ma potevano indirizzare i congiunti al medico.

Alcuni infermieri, chiamati infermieri operai, venivano adibiti alla sorveglianza degli alienati ritenuti abili per il lavoro. Qui, oltre a essere responsabili dei malati, gli infermieri lo erano anche degli attrezzi usati e dovevano controllare che nessuno cercasse di sottrarli una volta terminate le mansioni.

All'ora stabilita gli infermieri dovevano accompagnare i malati a letto nei dormitori, contarli con cura e assicurarsi che tutte le porte e le finestre fossero chiuse. Anche durante la notte gli infermieri dovevano sorvegliare costantemente gli alienati e non potevano abbandonare il loro posto di guardia, al termine del loro turno dovevano anche aver cura che la sala di soggiorno fosse pulita e ordinata. La mattina, una volta svegliati i ricoverati, era compito degli infermieri lavarli e vestirli, occuparsi della pulizia del dormitorio e del rifacimento dei letti.

Anche quando accompagnava al bagno un malato, l'infermiere psichiatrico non doveva mai perderlo di vista; gli alienati andavano sorvegliati al fine di prevenire atti violenti contro loro stessi e per evitare che sporcassero eccessivamente; inoltre i malati non in grado di espletare da soli dovevano essere aiutati.

La visita del medico di norma avveniva quando gli alienati erano raccolti nelle sale di soggiorno. Quando il medico entrava in reparto era compito dell'infermiere di guardia alla porta avvisare il capo infermiere, il quale informava prontamente il medico di tutto quello che era accaduto di rilevante nella sezione durante la giornata precedente, la notte e la mattina del giorno stesso. Mentre il medico si tratteneva con un malato il compito dell'infermiere era quello di sorvegliare gli altri, in modo che nessuno si comportasse in modo pericoloso nei confronti di se stesso, di altri degenti o del medico. Gli infermieri non si dovevano mai intromettere nei discorsi tra medico e alienati.

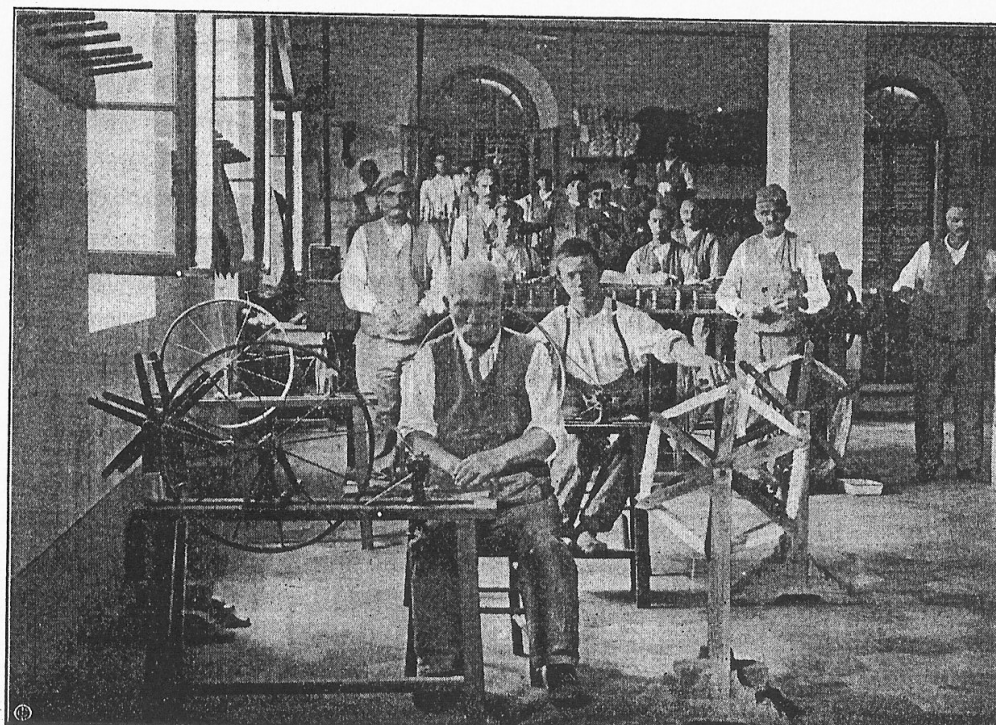
4.5 Responsabilità dell'infermiere

In ogni momento la responsabilità primaria dell'infermiere psichiatrico era sorvegliare gli alienati a lui affidati, senza mai perderli di vista. Le sue chiavi dovevano essere il suo bene più prezioso e doveva custodirle con gelosia. L'infermiere doveva assicurarsi sempre di aver chiuso bene la prima porta prima di aprire la seconda, che le finestre fossero chiuse a chiave e che le inferriate fossero salde. Non doveva mai lasciare il malato, neanche quando questi era in bagno e non poteva in nessun caso e per nes-

suna ragione abbandonare il suo posto. All'infermiere era assolutamente proibito andare in una sezione o padiglione a cui non era addetto, a meno che non fosse per ordine di un superiore; questa proibizione era particolarmente rigorosa tra sezione maschile e femminile. L'infermiere aveva l'obbligo di mantenere il segreto professionale sia dentro che fuori il manicomio, non doveva mai parlare degli ammalati se non interrogato da un superiore e in quel caso era tenuto a rispondere in modo breve, preciso e sincero senza dare giudizi.

Nel caso commettesse un errore doveva risponderne di fronte al regolamento del manicomio e, se l'errore era grave, davanti alla giustizia. Le punizioni potevano essere disciplinari come ammonizioni, sospensioni dal servizio o dal soldo e arrivavano al licenziamento, a multe salatissime e a mesi o anni di reclusione.

La responsabilità e le sanzioni variavano a seconda del grado (allievi, effettivi, capo infermieri o ispettori). Gli infermieri dovevano obbedire anche agli ordini del capo infermiere e degli ispettori, oltre che a quelli del medico e non potevano ricorrere a mezzi coercitivi se non con il permesso scritto del medico.



I tessitori nel manicomio di Mombello

5. Aspetti della vita reale

La vita lavorativa, ma non solo, dell'infermiere psichiatrico nella prima metà del '900 era composta anche da aspetti che non si trovavano sui manuali di formazione. Queste importanti informazioni ci vengono fornite invece da diversi studiosi, i quali visitarono le strutture manicomiali e ne raccontarono la vita all'interno.

Innanzitutto, gli infermieri erano pagati pochissimo, soprattutto se si prende in considerazione il tipo e la quantità di lavoro che erano tenuti a svolgere. Ci sono infatti testimonianze che riportano giornate lavorative composte da 18 o 19 ore, suddivise in un turno giornaliero di 14 ore più uno notturno di 4 o 5, e che gli infermieri non avevano diritto a una giornata libera se non dopo otto di servizio continuato; anche durante le ore libere dovevano essere disponibili per eventuali chiamate. Per tali motivi gli infermieri erano costretti anche a risiedere nei manicomi. Questi ritmi massacranti, uniti ai notevoli sforzi come per esempio contenere un malato agitato a forza di braccia oppure obbligarlo a fare un bagno che poteva durare molte ore, portavano a un logoramento della persona sia a livello fisico sia psicologico. Per rendere bene l'idea della fatica e della pressione cui erano sottoposti gli infermieri, può essere utile questo paragrafo di Ruata:

La contenzione manuale si traduce in una vera lotta fra l'infermiere e l'ammalato agitato, che tenta di svincolarsi con violenza. È una vera e propria battaglia nella quale si pretende la più cieca passività dell'infermiere, costretto a un lavoro dannosissimo per entrambi.⁵

Ruata evidenzia inoltre come, in casi estremi, queste pratiche poteva portare addirittura alla morte dell'infermiere a causa dei traumi subiti.

A tal proposito Andrea Scartabellati riporta nel suo libro una pregnante citazione dello psichiatra Giulio Cesare Ferrari:

L'abitudine rende, è vero, abbastanza facile l'adattamento a queste condizioni di vita anormali, ma è probabile che la facile esauribilità del sistema nervoso degli in-

⁵ G. RUATA, *Sul "no-restraint". Considerazioni critiche di tecnica manicomiale*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1908, pp.276-277.

fermiere di manicomio e le non infrequenti alterazioni psichiche che si osservano in loro [...] dipendono anche da questa causa, che non è certamente lieve.⁶

Si può comprendere quindi come già all'epoca si intuiva la pericolosità della professione anche sul piano psicologico.

A queste condizioni si aggiungeva il gran numero di pazienti in rapporto agli infermieri, infatti si attesta “una media di quattro infermieri alla cura e alla custodia di oltre 200 ammalati”.⁷

Prendendo in considerazione questi elementi, è facile comprendere come non basti l'analisi della manualistica dell'epoca per delineare quella che era veramente la figura dell'infermiere. Spesso infatti questi non riuscivano ad aderire ai principi insegnati durante la loro formazione, ad esempio sempre Ruata dice:

Nonostante la loro robustezza gli infermieri erano obbligati a questa pratica per un tempo superiore alle loro capacità e molte volte potevano esaurire la pazienza e reagire alle provocazioni o stringere le braccia intorno al malato più del necessario e causargli danni.⁸

Molte volte quindi le situazioni sfuggivano al controllo degli infermieri, che si trovavano a dover pensare non solo all'incolumità dei pazienti ma anche alla propria.

Già all'epoca ci si rendeva conto di come la situazione lavorativa degli infermieri non fosse adeguata e che l'unico modo per migliorarla sarebbe stato aumentandone il benessere. Così commenta la situazione Bacarani in un suo libro:

Noi reclutiamo male il nostro personale delle infermerie perché lo paghiamo e perché pretendiamo da questo personale ogni sorta di lavoro: dal più grossolano, al più delicato [...] In verità – e io affermo la cosa molto semplicemente – non si riuscirà mai a elevare l'ambiente professionale e morale degli infermieri se non aumentando il loro benessere.⁹

In conclusione si può osservare come, dato le condizioni in cui versavano i maniaci, era impensabile che gli infermieri potessero svolgere i loro compiti esclusivamen-

⁶ A. SCARTABELLATI, *L'umanità inutile. La “questione follia” tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del manicomio provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli Edizioni, 2001, pp.83-84.

⁷ Ivi, p.210.

⁸ G. RUATA, *Sul “no-restraint”*. *Considerazioni critiche di tecnica manicomiale*, cit., pp.276-277.

⁹ U. BACCARANI, *Infermieri e infermiere*, Modena, Società Tipografica Modenese, 1909, p.57.

te come illustrato sui manuali e mantenendo sempre il distacco emotivo senza subire alcuna conseguenza.

6. Conclusione: un confronto con la situazione odierna

Unendo tutte le informazioni raccolte nei capitoli precedenti, è possibile delineare la figura professionale dell'infermiere psichiatrico nei manicomi e fare un confronto con ciò che succede oggi.

Anzitutto la formazione è certamente cambiata, sebbene sotto alcuni aspetti rimanga marginale rispetto all'infermieristica classica. Le università forniscono sicuramente una preparazione teorico-pratica generale molto più adatta, ma per quanto riguarda la psichiatria le ore d'aula sono ancora poche, mentre il tirocinio pratico molte volte non è assicurato a tutti gli studenti. Inoltre non esistono più manuali e mansionari, ma in aula vengono illustrate le patologie principali e come affrontare le situazioni tipiche dell'infermieristica psichiatrica.

Con la scomparsa dei manuali è venuta meno anche la rigida definizione dei compiti dell'infermiere. Oggi l'infermiere non esegue più meramente degli ordini, ma è una figura professionale che collabora con le altre e gode di una propria area di autonomia, conforme alle competenze possedute.

Non esistendo più i manicomi, l'infermiere psichiatrico ha un ruolo diverso della cura del paziente, ma questo non è ancora ben definito. Il lavoro può avvenire nei reparti psichiatrici degli ospedali oppure in strutture dedicate sul territorio. L'infermiere oggi è il primo ad incontrare il paziente e diventa spesso il suo punto di riferimento.

Tutti questi aspetti hanno profondamente cambiato il ruolo dell'infermiere nelle cure psichiatriche. Questa figura però è destinata a cambiare ulteriormente, forse perché è il mondo della psichiatria ad essere in continua evoluzione.

Bibliografia

Opere citate

- V.P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- U. BACCARANI, *Infermieri e infermiere*, Modena, Società Tipografica Modenese, 1909.
- G. JERVIS, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Giangiaco­mo Feltrinelli Editore, 1997.
- G. RUATA, *Sul “no-restraint”. Considerazioni critiche di tecnica manicomiale*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1908.
- L. SCABIA, *Guida dell’infermiere dei malati di mente nella casa e nel manicomio*, Torino, UTET, 1901.
- A. SCARTABELLATI, *L’umanità inutile. La “questione follia” tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del manicomio provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli Edizioni, 2001.

Opere consultate

- G. ANTONINI, *In risposta e dopo l’articolo del dott. Ruata*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1909.
- G. ANTONINI, *Nozioni pratiche sull’assistenza dei malati di mente negli ospedali psichiatrici e nelle famiglie*, Milano, Cooperativa farmaceutica editrice, 1928.
- P.G. CARABELLI, *L’infermiere di ospedale psichiatrico*, Milano, Editore a cura dell’Amministrazione Provinciale, 1937.

- G.B. CASSANO, P. PANCHERI, *Trattato italiano di psichiatria*, Milano, Masson, 1999.
- L. CERONI, *Manuale per gli infermieri degli ospedali psichiatrici*, Como, Cavalleri, 1942.
- U. DE GIACOMO, *Manuale per gli infermieri di ospedale psichiatrico*, Roma, Edizioni Mediterranee, 1959.
- A. D'ORMEA, *In risposta all'articolo del dott. Ruata*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1909.
- G. DOTTO, *Corso teorico e pratico per gli infermieri dell'ospedale psichiatrico*, Palermo, Sc. Tip. Sales. Orf. Guerra, 1929.
- A. GIANNELLI, *Sul servizio sanitario nei manicomi*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1904.
- G. MARTINI, *Alcune osservazioni sul lavoro degli alienati*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1907.
- R. MIGNOT, L. MARCHAND, *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés. A l'usage des candidats aux diplomes d'infirmier des asiles*, Parigi, Gaston Doin & C^{ie}, 1931.
- G. MODENA, *Appunti di tecnica manicomiale*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1908.
- E. PADOVANI, *Pinel e il rinnovamento dell'assistenza degli alienati*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1927.
- I. PASSANISI, *L'infermiere di neurospedale. Nozioni per il conseguimento del diploma*, Teramo, Cooperativa Tipografica Ars et Labor, 1954.

- A. PIERACCINI, *Il nuovo manicomio di Padova*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1907.
- O. PINI, *L'open-door, la lavorazione nelle colonie e la custodia eterofamiliare nel manicomio di Volterra*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1908.
- G. RUATA, *Su alcuni concetti di tecnica manicomiale*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1909.
- A. VEDRANI, *Su le presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia*, in *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1908.



Ospedale Provinciale di Treviso

al foglio N. _____ del _____

Oggetto PERSONALE di Assistenza e custodia diretta
e Personale di Vigilanza

N. 49

Allegati N. _____

Treviso, li 4 Gennaio 1929 Anno VII

A/Il/On./ Sig./ Dirigente
della Casa di Salute Succursale di _____

Indicazioni d'Archivio
Anno
Voce
Capo

Prescindendo dalle disposizioni contenute nel R. Decreto legge 23/6/1927 N.1264 e nel relativo Regolamento 31 maggio 1928 N.1334 che disciplina le arti ausiliari delle Professioni Sanitarie ma tenendo nel giusto conto lo spirito delle nuove norme tendenti ad elevare la dignità delle funzioni d'infermiere, credo torni necessario sistemare il personale subalterno di cotesta Succursale sotto il riguardo della legittima azione professionale. La prego pertanto di inviarmi un elenco nominativo di tutto il personale religioso e laico che assolve mansioni di vigilanza, di custodia e di assistenza diretta o dei servizi generali, fissando esattamente l'epoca d'assunzione, la durata ininterrotta del servizio, di ogni infermiera o le eventuali interferenze.

Si potrà così stabilire se sieno in qualche caso applicabili le norme di cui il Regolamento Statale sui Manicomi ed alienati per la promozione per titoli oppure se debbasi senz'altro ricorrere ad istruzione teorica degli infermieri e alla prova d'esame dinanzi ad apposita commissione.-

Raccomando un cenno di ricevimento e di cortese sollecitudine nell'evanescenza della pratica.

Con osservanze



Ospedale Psichiatrico della Provincia DI TREVISO

(in S. ARTEMIO)
Casella Postale N. 125

ISTITUTO CENTRALE DI OSSERVAZIONE e CURA con Succursali a Crespano
del Grappa - Valdobbiadene - Montebelluna - Asolo - Oderzo - Vittorio Veneto.

72319

Risposta al foglio ^{Vr.} N. 1451 San. del 5/8/1938 XVI

Allegati N. I

Oggetto Esercizio delle arti sanitarie ausiliarie e
Infermieri manicomiali

Indicare nella risposta la data e il
numero della presente.
Trattare un solo oggetto

Treviso, li 9/9/1938 XVI

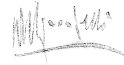
A/ A. S. P. IL PREFETTO
di TREVISO

Fino dall'apertura di questo Istituto Centrale di Osser-
vazione per malati di mente acuti, si sono tenuti corsi speciali teorico-
pratici per l'istruzione degli Infermieri provvisori ed effettivi, ed an-
che per la formazione del Personale di Vigilanza, ad ogni effetto del ri-
lascio dell'attestato di idoneità professionale specifica. Attualmente,
si impartiscono pratiche nozioni assistenziali e si istruiscono adeguata-
mente alcuni infermieri avventizi assunti ad personam per la custodia di
Dozzinanti particolari ed alcune Ancelle di Carità di nuova ammissione in
servizio. Pur valendoci dei molti manuali che sono stati pubblicati in
questi ultimi anni per le lezioni al Personale Subalterno di assistenza
diretta e di Vigilanza, noi, ammaestrati dalla lunga esperienza, abbiamo rac-
colto in N. 126 tesi (di cui si fornisce un esemplare dattilografato) i
quesiti che sottoponiamo in sede di prova d'esame. Nel complesso manico-
miale della Provincia di Treviso, 125 (87 U. e 38 D.) infermieri sono proy-
visti di Diploma di Abilitazione. La Scuola per gli estranei fino dal 1920
venne allestita con l'approvazione e con l'aiuto dell'Amministrazione Pro-
vinciale, ma per molte ragioni che potrebbero essere positivamente discri-
minate, non ebbe frequentatori. La maggioranza degli aspiranti al posto di

ruolo preferisce seguire il Corso didattico prestando servizio di avventiziato personale a qualche dozzinante, e ciò con manifesto vantaggio pratico per l'istruzione dei candidati. Siamo però sempre pronti a ripristinare un insegnamento per chiunque voglia iscriversi ad una metodica serie di lezioni teoriche e sperimentali per prepararsi ad assumere eventualmente le mansioni inconfondibili di Infermiere per malati di mente.

Con devota osservanza

IL DIRETTORE



DATA			ANDAMENTO DISCIPLINARE	Genere della punizione inflitta	Entità della multa inflitta	
Giorno	Mese	Anno			Lire	Cent
9	Aprile	1926	^{un molato} Bruti lasciava in custodia ^{un molato} l'ammiraglio ^{di Favero Angelo}	ammiraglio	5	-
2	Gennaio	1927	si voleva trattenerci 50 siccome ^{si} Favero Angelo scap. l'uscita	scap. l'uscita		
7	Maggio	"	si lascia postar via le chiavi dall'amm. ^{di Favero Angelo} Mazzoni		10	-
31	Gennaio	1935	perché lascia che la non. ^{di Favero Angelo} si allontani dal lavoro	ammiraglio		
19	Aprile	1935	rimesso dal posto di cabotaggio per non aver aperto ^{di Favero Angelo} il punto al	ammiraglio	10	-
28	Aprile	1936	trascurava la vigilanza ^{di Favero Angelo} dei molati ^{di Favero Angelo} presso la ^{di Favero Angelo} poste ^{di Favero Angelo} difficoltà	ammiraglio		
19	Genno	1937	non esquire ^{di Favero Angelo} al d. n. e. del ^{di Favero Angelo} lavoro	ammiraglio		
5	Maggio	"	trascurava nel servizio	ammiraglio	5	-
30	Giugno	"	dormiva durante la guardia	ammiraglio	2	-
16	Marte	1939	per cattivo contegno verso i malati	ammiraglio	10	-
4	Agosto	"	per sottrazione tabacca ai malati	ammiraglio		
			e minacce a malato di mente	ammiraglio	20	-
16	Marzo	1939	manca di sopportazione verso gli ammalati	ammiraglio	10	-
4	Agosto	1939	per sottrazione tabacca agli ammalati e contegno squilibrato	ammiraglio	20	-
27	Dic.	1939	per la seconda volta ^{di Favero Angelo} si lascia ^{di Favero Angelo} la chiave ^{di Favero Angelo} da un ammalato che fugiva ^{di Favero Angelo} Obbligato a ^{di Favero Angelo} prendere d'auto la famiglia del fuggitivo	ammiraglio	30	-
8	Agosto	1940	contraddizione di vino ^{di Favero Angelo} e ^{di Favero Angelo} la chiave ^{di Favero Angelo} con ^{di Favero Angelo} compagni	ammiraglio	30	-
22	Gennaio	1941	Il personale di vigilanza ^{di Favero Angelo} declina ogni risposta ^{di Favero Angelo} riguardante il ^{di Favero Angelo} supervene ^{di Favero Angelo} lavoro	ammiraglio		
6	Marzo	1941	Lasciava l'ammalato ^{di Favero Angelo} Zaja ^{di Favero Angelo} di gettare oltre la nave una ^{di Favero Angelo} forca ^{di Favero Angelo} provista dal ^{di Favero Angelo} Sig. Direttore con l'ammalato	ammiraglio	50	-
19	Luglio	1941	Si approfittava ^{di Favero Angelo} della ^{di Favero Angelo} Pianta del Rep. E.L.F.R. senza permesso	ammiraglio	10	-
26	Giugno	1942	Asportava dall'At. 2 pezzi di carbone per Kg 1100	ammiraglio	30	-
28	"	"	Non esquire con ordine ricevuto dal Capo di servizio	ammiraglio	2	-
11	Settembre	1943	ubriaco ^{di Favero Angelo} resciva ^{di Favero Angelo} dall'At. cura ^{di Favero Angelo} per non ^{di Favero Angelo} dalla Post. medica	ammiraglio	10	-
16	Aprile	1945	si ^{di Favero Angelo} ha ^{di Favero Angelo} dato ^{di Favero Angelo} in ^{di Favero Angelo} Atene ^{di Favero Angelo} da ^{di Favero Angelo} 2 giorni ^{di Favero Angelo} senza	ammiraglio	30	-
2	Aprile	1945	per mancato ^{di Favero Angelo} adempimento ^{di Favero Angelo} di ^{di Favero Angelo} ordine	ammiraglio	10	-
9	Marzo	1945	date ^{di Favero Angelo} parole ^{di Favero Angelo} che non ^{di Favero Angelo} rispondevano ^{di Favero Angelo} al ^{di Favero Angelo} verità	ammiraglio	10	-
22	Febbraio	1946	allontanato dal servizio perché ^{di Favero Angelo} senza ^{di Favero Angelo} avere ^{di Favero Angelo} aiuto ^{di Favero Angelo} il ^{di Favero Angelo} permeno ^{di Favero Angelo} si ^{di Favero Angelo} allontanò ^{di Favero Angelo} dall'At. per ^{di Favero Angelo} multa ^{di Favero Angelo} se ^{di Favero Angelo} due ^{di Favero Angelo} ore ^{di Favero Angelo} dopo ^{di Favero Angelo} in ^{di Favero Angelo} At. di ^{di Favero Angelo} ultra ^{di Favero Angelo} chena	ammiraglio		
7	Settembre	1946	per ubriacatura e ^{di Favero Angelo} per ^{di Favero Angelo} essere ^{di Favero Angelo} forzato ^{di Favero Angelo} a ^{di Favero Angelo} cominciare ^{di Favero Angelo} il ^{di Favero Angelo} servizio	ammiraglio	100	-



Ospedale Provinciale di Treviso

(in S. Artemio)

Istituto Centrale di Osservazione e Cura con Succursali a Crespano del Grappa
Valdobbiadene - Montebelluna - Asolo - Oderzo - Vittorio Veneto

UFFICIO DI DIREZIONE

TESI PER ESAMI DI INFERMIERI

- I) Doti morali per l'esercizio della professione di infermiere.
- 2) Le leggi chiedono all'infermiere istruzione: quale e perché?
- 3) Quali sono le responsabilità dell'infermiere?
- 4) Le punizioni disciplinari?
- 5) Doveri dell'infermiere secondo la Legge.
- 6) Abusi di repressione e punizioni.
- 7) Imprudenze e negligenze che arrecano danno o morte (art.371,375).
- 8) Abbandono di pazzi senza sorveglianza (art.386)
- 9) Fuga di ammalati per trascuranza dell'infermiere (art.477)
- 10) Il segreto professionale (art.163).
- 11) Manicomio antico e Ospedale Psichiatrico moderno.
- 12) I progressi nell'assistenza dei pazzi.
- 13) Cosa s'intende per disciplina degli infermieri e perché é necessaria.
- 14) Di quali elementi é composto il corpo umano?
- 15) Quali sono gli elementi duri o solidi?

- 18) Come é formata una articolazione?
- 19) Quali ossa appartengono alla gabbia toracica?
- 20) Quali sono le ossa degli arti superiori?
- 21) Quali sono le ossa degli arti inferiori?
- 22) Qual'é la differenza fra muscoli e carne?
- 23) Qual'é la funzione dei muscoli?
- 24) Che cosa s'intende per respirazione cutanea?
- 25) Che cosa s'intende per mucosa o per sierosa?
- 26) che cosa é il sangue?
- 27) Come si chiamano le tre grandi cavità del corpo umano?
- 28) Da che cosa é limitata la cavità addominale?
- 29) Che cosa contiene il torace? (Visceri del torace)
- 30) Dove e come giace il cuore?
- 31) Che cosa é il cuore?
- 32) Quale funzione compie il cuore nell'organismo?
- 33) Che cosa contiene la cavità cranica?
- 34) Che funzione compie il cervello?
- 35) Come si chiamano i cinque sensi?
- 36) Dov'é la sede del tatto?
- 37) Dov'é la sede del gusto?
- 38) Quando possiamo sentire il sapore delle sostanze?
- 39) Dov'é la sede dell'olfatto?
- 40) Quali parti si distinguono dell'organo dell'udito?
- 41) Come si inizia l'alimentazione?
- 42) Quali sono gli organi della respirazione?
- 43) Come si compie la respirazione?
- 44) Come si compie la circolazione del sangue?
- 45) Da quali sintomi si conosce la febbre?
- 46) Che cos'é il polso?
- 47) A quanto può salire la temperatura e possono aumentare le pulsazioni in seguito a febbre?
- 48) Che cosa sono i germi infettivi?
- 49) Come si dividono i bagni riguardo alla temperatura?



OSPEDALE PSICHIATRICO DELLA PROVINCIA DI TREVISO TREVISO

ISTITUTO CENTRALE DI OSSERVAZIONE E CURA

con Succursali in: Asolo - Crespano del Grappa - Mogliano Veneto - Montebelluna - Oderzo - Valdobbiadene - Vittorio Veneto

UFFICIO DIREZIONE

ORDINE DI SERVIZIO N.° 1

Treviso 9 febbraio 1962

**OGGETTO : Revisione orari di servizio
del Personale subalterno .**

Alla " VIGILANZA UOMINI "

Alla " VIGILANZA DONNE "

e, per conoscenza e norma :

Al Sig. ECONOMO dell'Ospedale

Al Personale Subalterno dipendente

(mediante affissione all'Albo)

e, per conoscenza :

Al Sig. PRESIDENTE della Provincia di Treviso

(Rif.° nota 888 dell'8/2/1962)

A partire dal giorno 12 febbraio dell'anno corrente, il dipendente Personale Subalterno osserverà l'orario di servizio a seguito riportato .

<u>DIVISIONE MASCHILE</u>	N.° ore	dalle	alle
+ Capo Infermiere Ispettore	10....	{ 7 ^{7.30}	13 ⁵
	<i>8</i>	{ 15	19
- Vice Capi Infermieri		servizio immutato	
- Capi Comparto	10....	{ 7	15 ^{7.30}
		{ 17	19
- Infermieri di Reparto con turni delle 24		servizio immutato	
- Infermieri portinai		servizio immutato	
- Infermieri alle squadre	8....	{ 8 ^{7.30}	12
		{ 14	17.30
- Capi d'arte e Infermieri ai servizi gen.li ;..		servizio immutato	

<u>DIVISIONE FEMMINILE</u>			
- Infermiere di Reparto con turni delle 24		servizio immutato	
+ Infermiere disponibili di reparto	10....	{ 7	15
		{ 17	19
- Infermiera sarta	8....	{ 8	12
		{ 14	18

././.



OSPEDALE PSICHIATRICO DELLA PROVINCIA DI TREVISO

TREVISO

ISTITUTO CENTRALE DI OSSERVAZIONE E CURA

con Succursali in: Asolo - Crespano del Grappa - Mogliano Veneto - Montebelluna - Oderzo - Valdobbiadene - Vittorio Veneto

UFFICIO DIREZIONE

ORDINE DI SERVIZIO N.° 2

Treviso 5 ottobre 1962

OGGETTO : Disposizioni relative al funzionamento dell'Ospedale .

→ Al sig. ECONOMO dell'Ospedale
Alla " VIGILANZA UOMINI "
Alla " VIGILANZA DONNE "

e, per conoscenza :

Al PERSONALE DIPENDENTE (mediante affissione all'Albo della Portineria Interna)

Il sig. Presidente della Provincia, con sua nota n. 9383 in data 18 settembre c.a., segnala come non tutto il Personale subalterno di questo Ospedale, nell'uso degli effetti di vestiario forniti dalla Provincia, si attenga alle precise norme per l'impiego degli stessi e cioè al loro uso esclusivo per il servizio . Si richiama pertanto il Personale alla rigorosa osservanza delle seguenti disposizioni :

- il vestiario di servizio deve essere usato esclusivamente durante le ore in cui il Personale presta la sua attività nell'Istituto e, pertanto, all'uscita deve essere depositato e sostituito con effetti di proprietà privata; potrà essere reindossato solo all'atto del successivo ingresso in servizio ;

- il Personale di portineria é invitato a controllare l'osservanza delle predette disposizioni, come pure ad accertare che il Personale non rechi con sé oggetti di alcun genere, né all'entrata, né all'uscita dal servizio senza l'autorizzazione scritta di questa Direzione ; eventuali oggetti dovranno essere depositati presso la portineria esterna .

Con l'occasione si riconferma l'assoluto divieto a sortite arbitrarie dall'Istituto, a qualsiasi titolo, da parte di ammalati .

Eventuali infrazioni che dovessero verificarsi in avvenire, dovranno essermi segnalate, e delle stesse, a mia cura, sarà edotta la Provincia per i provvedimenti del caso ; il Personale di Vigilanza é particolarmente tenuto al rigoroso controllo per la osservanza di quanto sopra e dovrà segnalare nel rapporto giornaliero ogni infrazione che dovesse rilevare.

Inoltre, per disposizione della Provincia, é fatto assoluto divieto di cedere al Personale, sia pure a pagamento, materiale farmaceutico di proprietà della Provincia .



IL MEDICO DIRETTORE
- prof. G. Sogliani -

Ill.^{mo} Signor Direttore

dell' Ospedale Provinciale di Treviso

Le sottoscritte Infermiere, disponibili e dei servizi generali fanno domanda a V. S. di poter uscire, alla sera, qualche volta alla settimana, e a turno secondo le necessità dell' Istituto. Ciò per poter dedicare qualche ora ai bisogni personali e delle proprie famiglie.

(Con ossequio)

Mattiaro	Gianna
Ancilotto	Morino
Piner	Ada
Sanon	Caterina
Quarante	Marica
Zanatta	Assunta
Bisio	Maria
Cogitto	Ida
Celebrin	Bosca
Amadio	Salute
Gamburto	Giovanna
Secato	Maria

Rossi Olga
Meredeth Giuseppina
Lascera Emma