

“Il meraviglioso viaggio della professione infermieristica”, di Saverio Proia

L'interpretazione estensiva della norma

Per attuare questa delega fu insediata dall'allora Ministro della sanità, on. Maria Pia Garavaglia, una commissione tra i dirigenti competenti di tale dicastero e sei assessori regionali alla sanità (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio e Calabria) con il compito di predisporre gli schemi di decreto ministeriale dopo aver, ovviamente, approfondito le problematiche.

Con proprie proposte scritte presentate a tale commissione Stato-Regioni sia il sindacato confederale che IPASVI e l'associazionismo professionale, intuirono che l'emanazione di questi decreti non poteva essere solo un elenco di quei profili per i quali prevedere la formazione ma, attraverso i diplomi universitari, doveva anche riuscire ad identificare ambiti di competenza ed autonomia professionali, legittimando così l'elevazione alla formazione universitaria e ricostruendo in forma più avanzata ed europea il rapporto tra le varie professioni sanitarie, ivi compresa quella di medico.

Si sarebbe così superata la preesistente legislazione, che prevedeva il rapporto di dipendenza gerarchica tra il medico e le altre professioni sanitarie non laureate.

Con questi decreti per la maggioranza di queste professioni non citate nel testo unico delle leggi sanitarie veniva a colmarsi tale lacuna, riconoscendole finalmente quali professioni.

È questa l'idea forza che è stata "dominante e vincente" in tutta la vicenda riuscendo a muovere il personale interessato e quello che indirettamente riteneva di essere coinvolto, i medici e le altre professioni sanitarie laureate: basti pensare che a difesa di questi profili, per la prima volta nella storia dell'associazionismo professionale e sindacale, si è dato vita ad un movimento unitario che ha avuto una ricchezza di iniziative culminate addirittura nella ricordata manifestazione nazionale di 50.000 operatori sanitari a Roma in piena estate, promossa ed organizzata insieme dai sindacati e dai colleghi e associazioni professionali.

Ma questa può sembrare solo cronaca bensì, invece, evidenzia quale interesse e movimento può esservi dietro ad atti che apparentemente sembrano essere semplici adempimenti amministrativi ma che, invece, per la loro valenza possono divenire effetto e causa di profonde modifiche e riforme nell'organizzazione del lavoro e nel rapporto tra le professioni all'interno dei servizi pubblici in genere ed in specie in quelli sanitari.

Evidenziato ciò, si analizza e si commenta il decreto dell'infermiere, per esempio ma il commento per analogia è estendibile agli altri profili, con le conseguenze ed il rapporto con la situazione preesistente.

È bene, però, ricordare che il Ministro della sanità, non accogliendo le richieste di revocare tali decreti firmati dal suo predecessore (nonostante il parere contrario del Consiglio Superiore di Sanità ad esclusione dei medici e professori Giovanni Berlinguer e Ferdinando Di Iorio) presentate dal sindacalismo autonomo e dall'associazionismo professionale della componente medica, inviò gli schemi di decreti in questione al parere del Consiglio di Stato che, nella seduta del 4 luglio 1994 espresse in adunanza generale un parere non solo positivo ma illuminante del valore di tali decreti.

In questo parere il Consiglio di Stato ha evidenziato, in particolare che:

1. questi decreti hanno natura regolamentare, prevedendo il riferimento all'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988 n. 400, in effetti si tratta di profili professionali utilizzabili tanto nella sanità pubblica quanto in quella privata e quindi anche in regime libero-professionale, stabilendo norme abilitative a comportamenti coerenti con i compiti caratterizzanti ciascun profilo;
2. i decreti in questione dispongono rapporti con altre professionalità, medico compreso, fissando quindi limiti normativi all'esplicazione dell'attività professionale, così come viene delineata negli stessi decreti; il fatto che questi decreti sono destinati ad esplicitare la loro efficacia anche al di fuori dei singoli servizi e presidi sanitari pubblici esclude la possibilità di poterli considerare atti normativi "interni";
3. la definizione delle figure e dei profili professionali, prevista dal più volte citato art. 6 del D.lgs 502/92, è preordinata alla identificazione di compiti di assistenza sanitaria, rispetto ai quali impostare programmi di formazione professionale in ambito ospedaliero, in base al principio legislativo della collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, definizione che costituisce, altresì, la premessa indispensabile per assicurare l'esplicazione dell'efficacia abilitante all'esercizio professionale (v. terzo comma dell'art. 6 suindicato);
4. questi decreti non modificano le fonti di diritto di valenza superiore a quella tipica del decreto regolamentare ministeriale e quindi non vi può essere nessuna invasione di campo nelle competenze già attribuite per legge ad altre professioni sanitarie laureate, ivi compresa quella di medico;
5. premesso che per competenza la normativa sui profili professionali è adottata con decreto ministeriale, considerato che la delineazione di tali profili, per quanto riguarda la sanità, rientra tra le materie riservate allo Stato, art. 6, lettera q, legge 23 dicembre 1978 n. 833, non è pregiudicato il ricorso alle specifiche procedure preordinate alla determinazione degli specifici profili professionali nell'ambito della disciplina del rapporto di impiego, tali procedure hanno lo scopo di adattare i profili professionali alle particolari

esigenze organizzative dell'amministrazione e definire i corrispondenti trattamenti economici;

6. infine, le finalità alle quali rispondono i decreti in base al più volte ricordato art. 6 del d.lgs. 502/92, e cioè l'esercizio professionale e la formazione, fanno sì che il profilo professionale deve essere definito nella maniera più precisa possibile, per evitare che i profili siano determinati in forma generica con difformi interpretazioni della norma nelle singole aree geografiche o realtà lavorative.

Ciò considerato riprendo l'esame del decreto ministeriale istitutivo del profilo di infermiere in rapporto anche alla situazione preesistente e a quanto viene a delinearsi in prospettiva a breve e medio termine nella organizzazione del lavoro, in specie nei servizi e presidi sanitari.

Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere: la normativa preesistente ed il quadro di riferimento europeo

Con tale decreto del Ministero della sanità è innovata la professione di infermiere sia rispetto alle funzioni che all' iter formativo:

È bene ricordare le mansioni già previste nel D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 e successive integrazioni, che la suddivide in:

1. attribuzioni assistenziali dirette ed indirette (assistenza completa all'infermo, somministrazione dei medicinali prescritti, sorveglianza e somministrazione delle diete, assistenza al medico, rilevamento delle condizioni generali del paziente, effettuazione di semplici esami di laboratorio, disinfezione del materiale, educazione sanitaria ai pazienti ed ai familiari, interventi di urgenza, trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico, etc.);
2. attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo (programmazione dei piani di lavoro propri e del personale alle dipendenze, gestione schede e documentazioni cliniche, richiesta di intervento medico o di altro personale a seconda delle esigenze degli assistiti, partecipazione alle riunioni sull'assistenza, promozione di tutte le iniziative allo scopo di mantenere buone relazioni con i pazienti e le loro famiglie etc.).

La norma ricordata pur descrivendo le funzioni esercitabili anche in esercizio libero-professionale, confermava la denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" quindi limitando l'ambito di autonomia in rapporto in particolare con la professione medica.

Il confronto e elaborazioni sviluppate negli anni avevano evidenziato l'incongruenza della concezione e della definizione di "ausiliario" riferito ad un profilo professionale che andava assumendo sempre più responsabilità e competenze all'interno dell'organizzazione del lavoro sanitario, sino alla costituzione di specifici servizi infermieristici previsti già allora in alcuni piani sanitari regionali.

Con questo decreto il superamento sostanziale del concetto desueto di "ausiliarità" della professione infermieristica rispetto a quella medica compie un enorme progresso, integrando così il sistema sanitario italiano a quello degli altri stati dell'Unione europea, nei quali il rapporto tra infermiere e medico è tra due professioni, le quali hanno un proprio e specifico ambito d'intervento ed operano in collaborazione per la formazione dell'atto sanitario, determinato da più componenti professionali.

Il dibattito sviluppato dall'IPASVI e dalle rappresentanze associative e sindacali della categoria aveva centrato la necessità di superare la descrizione delle funzioni e competenze infermieristiche per "mansioni" come era nella precedente legislazione attraverso l'introduzione del concetto più adeguato e confacente di "prestazione infermieristica autonoma rivolta al soddisfacimento dei bisogni di base dell'uomo", individuando sia le funzioni che gli obiettivi sulla base delle più recenti ed attuali indicazioni ed orientamenti dell'Unione europea e dell'organizzazione mondiale della sanità; indicando le "azioni" come strumenti per raggiungere specifici obiettivi di assistenza in sostituzioni delle "mansioni".

L'obiettivo di quanto sopra era quello di evitare che vengano reintrodotte o mantenute ingessature normative che possano impedire od ostacolare l'evolversi della professione infermieristica ritenendo che la prestazione, quale strumento di regolazione dell'attività professionale, fosse maggiormente duttile nei confronti del mansionario, favorendo, così, l'introduzione nella pratica degli sviluppi evolutivi delle tecniche e delle modalità di assistenza.

Un contributo determinante alla definizione del nuovo profilo professionale dell'infermiere da individuare nelle allorai dichiarazioni dell'organizzazione mondiale della sanità (ufficio regionale per l'Europa, Copenhagen 1993) su "Progetto infermiere per l'Europa del futuro", dalle quali si ebbero le seguenti linee guida:

- il ruolo dell'infermiere nella società è quello di aiutare gli individui, le famiglie ed i gruppi ad espletare al massimo le loro potenzialità fisiche, mentali e sociali, rimanendo all'interno del contesto ambientale nel quale essi vivono e lavorano;
- da ciò derivano direttamente le funzioni e le responsabilità dell'infermiere: erogare e coordinare l'assistenza infermieristica di tipo promozionale, preventivo, curativo, riabilitativo o di supporto agli individui, alle famiglie ed ai gruppi; educare alla salute i cittadini/utenti ed insegnare agli operatori sanitari; partecipare come membro effettivo all'interno dell'équipe sanitaria, fornendo il proprio

apporto; sviluppare modelli assistenziali basati sulla scientificità della disciplina infermieristica e sulla ricerca.

Le stesse dichiarazioni affermano che i "programmi di formazione centrati sull'assistenza sanitaria di base prepareranno gli infermieri del futuro ad un ruolo più ampio, che non preveda solo l'assistenza ospedaliera, centrata sulla malattia, ma responsabilità crescenti nell'ambito della comunità".

Si afferma, inoltre, che l'assistenza infermieristica utilizza conoscenze e capacità derivate dalle scienze umane, sociali, fisiche, mediche e biologiche.

Saverio Proia