

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

### **Il contesto preesistente, il dibattito e la nascita del profilo professionale**

Il 14 settembre di venti anni fa venne firmato il nuovo profilo professionale di infermiere (insieme ad altri dodici... la famiglia poi si allargò sino a 22) avvalendosi del potenziale innovativo dell'articolo 6 del dlgs 502/92, il primo tassello della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione: l'avventura meravigliosa iniziava e continua ancora.

Al raggiungimento di questo storico risultato determinante fu, certamente, l'iniziativa del 1 luglio 1994 promossa ed organizzata dalla Federazione IPASVI, con l'apporto di tutto l'associazionismo professionale e sindacale del settore ed in particolare di CGIL-CISL-UIL: 50.000 infermieri ed altri professionisti sanitari (1 su 10 presenti allora) sfilarono per le vie della Capitale rivendicando il varo dei nuovi profili professionali.

Questo evento trova le sue origini nella coscienza che ad iniziare dagli anni 80 si sviluppò in Italia che bisognasse di riformare l'ordinamento e la formazione degli infermieri e di quell'insieme di profili sanitari definiti sia professioni sanitarie ausiliarie e alcune arti sanitarie, che comunemente venivano definiti per negazione (non medici) o per approssimazione (paramedici) quasi mai con il proprio nome.

I promotori di questa riforma erano le avanguardie più consapevoli di queste professioni ma anche della stessa professione medica che erano consapevoli dell'arretratezza e della inadeguatezza della nostra legislazione in materia rispetto ai modelli più avanzati e funzionali degli altri Stati e all'evoluzione legislativa, scientifica e tecnologica della stessa sanità italiana.

La questione dell'emancipazione e della valorizzazione infermieristica e delle altre professioni sanitarie, divenne centrale e strategica anche dal sindacato confederale che la mise al centro della sua iniziativa e delle stesse piattaforme contrattuali, addirittura in un'intesa propedeutica al rinnovo contrattuale raggiunta con l'allora Ministro alla Sanità Donat Cattin e con l'allora direttore generale delle professioni sanitarie Danilo Morini, prevedendo come impegno da concretizzare con successivi provvedimenti:

- il requisito della maturità per accedere ai corsi ed il loro passaggio all'università;
- il venir meno dell'aggettivo "ausiliaria" nel termine professione sanitaria;
- l'istituzione dei servizi infermieristici e delle altre professioni;
- l'adozione di nuove modalità organizzative non più medico-centriche;
- l'istituzione di albi ed ordini per tutte le professioni sanitarie;

A questo risultato CGIL (specie questa organizzazione) CISL ed UIL giunsero dopo un ampio, articolato e vivace dibattito e confronto di idee e di prospettive al loro interno, abbandonando la teoria dell'infermiere unico e polivalente, subalterno al sindacalismo medico che negava la ricchezza e la complessità della professione infermieristica ed avviando così un percorso positivo discontinuo ancora in essere che ha nella giusta considerazione il peso ed il ruolo strategico della questione infermieristica nell'iniziativa sindacale sino al fatto non marginale che gli attuali segretari generali di CGIL-CISL-UIL delle categorie del Pubblico impiego siano infermieri.

Anche quasi tutte le forze politiche di allora ed il Governo raccolsero questa richiesta con molte proposte di legge, che, purtroppo, in più legislature non si riuscì ad approvarle definitivamente: per superare questo stallo si colse l'occasione del varo del Dlgs 502/92, che avvia la prima manutenzione della legge 833/78, per sancire almeno la struttura portante della Riforma delle professioni sanitarie inserendo il terzo comma dell'articolo 6 che nel trasferire la formazione all'università, la faceva svolgere all'interno del SSN con docenti di norma da questo dipendente ma sancendo che il Ministero della Salute aveva il compito di individuarne i profili professionali.

Quindi la fase iniziale della storia della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative si era caratterizzata in una lunga odissea di tentativi di iter legislativo che non trovava la possibilità di approvare un testo quadro di legge nelle varie legislature precedenti sino a che si viene a dar corso ad una fase completamente differente e più avanzata: infatti il nodo fondamentale sul quale al senato nelle legislature precedenti si arenarono i vari progetti di legge venne risolto positivamente con poche righe nel decreto legislativo 502/92 cioè il rapporto fra università e servizio sanitario nazionale.

Infatti il punto 3, art. 6, legge n. 502 del 1992 ha certamente determinato una svolta nel processo di evoluzione della legislazione sulle professioni sanitarie che ancora, a torto sino ad allora venivano impropriamente definite "paramediche" e/o ausiliarie.

La formulazione emersa nella legge n. 502 del 1992 aveva, anche per giudizio delle rappresentanze sindacali e professionali di questo personale, risolto nel modo più progressivo ed equilibrato la questione principale attorno alla quale nelle precedenti legislature si erano sviluppati sia il dibattito che i contrasti nell'iter legislativo del disegno di legge di riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative, con il dicotomico atteggiamento fra i due rami del parlamento e le iniziative unilaterali del Ministero dell'università.

Quest'ultimo con l'emanazione di decreti attuativi della legge n. 341 del 1990, per alcune attività sanitarie, secondo logiche del tutto avulse dai bisogni professionali del servizio sanitario nazionale e dalle connesse necessità di contenuti didattico-formativi, aveva creato condizioni di pesante difficoltà, di

fatto determinando condizioni di doppio o triplo binario formativo e non riconoscendo il ruolo di committente del servizio sanitario e delle Regioni.

Sotto questo profilo non può, peraltro, non rilevare come l'impostazione recepita dal decreto legislativo in tema di formazione in campo sanitario sia sostanzialmente sovrapponibile con quella del disegno di legge, di riforma delle professioni infermieristiche nella legislatura precedente al varo del d.lgs. 502/92, che trovò l'approvazione unanime della XII Commissione in sede legislativa.

Si tratta dell'"*alto compromesso*", il lodo tra Regioni e università in tema di formazione delle professioni sanitarie concretizzato dall'allocazione in "sede ospedaliera" di tale formazione, recuperando il pregnante contenuto di esperienza concreta e valore professionalizzante della struttura ospedaliera, sede di elezione per una didattica finalizzata, e sviluppando coerentemente in sede applicativa le prospettive aperte al sistema universitario della legge n. 341 del 1990, riguardante i diplomi universitari.

L'"*alto compromesso*" quindi non veniva soltanto a sottolineare l'innegabile coincidenza fra gli interessi nazionali tipici degli ordinamenti, di cui si parla, ma anche il peculiare apporto del servizio sanitario nazionale ed università nel percorso formativo di figure professionali, che avevano assunto e viepiù assumeranno nell'ambito del sistema sanitario del nostro Paese grande rilievo.

A ben vedere in questa impostazione confluì il presupposto collaborativo fra presidi sanitari ed università già delineati - nell'ambito dell'assistenza - nel rapporto contrattuale previsto dall'articolo 39 della legge n. 833 del 1978, nonché le riflessioni maturate in ordine all'applicazione della succitata legge n. 341.

Tali riflessioni, infatti, inducono a sottolineare come non potevano non essere ribaditi i ruoli e le specifiche funzioni dell'università e del servizio sanitario, rappresentative anche degli interessi regionali.

Da un lato l'università non poteva non ribadire la sua funzione di alta formazione teorico-scientifica e metodologica, che si sostanzia nel mantenimento dell'esercizio formale del riconoscimento universitario ex lege n. 341, del titolo.

Dall'altro il servizio sanitario nazionale, scontando anche l'inerzia e - perché no? - la trascuratezza in cui per troppo tempo il settore era stato tenuto, non poteva non rappresentare, attraverso i suoi presidi, la base "strumentale" - come nel caso dell'assistenza - anche in termini di esperienze formative svolte nel corso dei decenni da parte regionale e da parte degli enti locali.

Poi, lungi dall'attivare improbabili sanatorie di esperienze pregresse, si trattava di procedere ad una non più rinviabile riforma del settore, che prevedeva anche una sostanziale bonifica, che doveva essere promossa e garantita essenzialmente dall'università.

Sicché, se per un verso vi era la necessità di offrire strumenti alla stessa università (basterebbe valutare importanti contributi di presidi di facoltà e di docenti preoccupati da carenze strutturali e finanziarie, nonché da quella che alcuni chiamavano "inesperienza specifica") dall'altro si tratta di recuperare in positivo le esperienze regionali, trasferendole ad altro ordinamento e chiudendo così una stagione contrassegnata da sperimentazioni ed iniziative assunte sotto il segno dell'urgenza e della non programmazione.

Infine, una penetrante valutazione della decretazione attuata in virtù della legge Ruberti non poteva non indurre a constatare come l'impostazione data si configurava come scardinante della giusta logica di valorizzazione delle professioni sanitarie.

Appariva, per le considerazioni svolte, del tutto fuori luogo o comunque superata quella antinomia fra la "via universitaria" e la "via regionale" alla formazione del personale tecnico ed infermieristico.

L'ambito in cui la formazione veniva, finalmente a svolgersi è compiutamente e formalmente universitario e gode dell'apporto delle Regioni e del servizio sanitario nazionale, attraverso modalità trasparenti, certe e verificabili.

Ma, tornando al decreto, il sistema formativo che veniva proposto faceva fare un balzo in avanti al nostro Paese.

Dall'ultimo posto che l'Italia occupava in materia nella Comunità europea ora si poteva collocare fra quelli più avanzati: il merito maggiore di questo provvedimento è quello di aver spazzato via il grave pericolo del doppio canale formativo, uno di presunta serie "A" quello universitario ed uno di presunta serie "B" quella del servizio sanitario nazionale e regionale, con i gravi rischi a cui questa operazione poteva dar vita, facendo prevalere alla fine una formula ragionevole di equilibrio fra ruolo e competenze dell'università e del servizio sanitario nazionale; infatti nel nuovo modello formativo veniva a registrarsi una piena identità tra quanto ha elaborato la competente commissione parlamentare ed il nuovo dettato legislativo attraverso:

1. l'unitarietà e omogeneità del riordino della formazione per infermieri, tecnici-sanitari e terapisti;
2. elevazione al diploma universitario di cui all'articolo 2 della legge n. 341 del 1990, del titolo abilitante all'esercizio di tali professioni; riconoscimento che gli ordinamenti didattici di tali diplomi universitari, per la loro specificità, debbano prevedere il concerto con il Ministro della sanità, ferma restando la titolarità del Ministero dell'università;
3. consolidamento e valorizzazione della funzione didattica del servizio sanitario nazionale attraverso l'attuazione nella legge del principio che all'interno di tale sistema si svolge la formazione del personale sanitario infermieristico tecnico e riabilitativo;

4. mantenimento, previa verifica di idoneità, delle attuali sedi formative del servizio sanitario nazionale e loro rapporto convenzionale con le università che permette l'adozione degli ordinamenti didattici dei diplomi universitari ed il rilascio dei relativi diplomi a firma del responsabile della scuola e del rettore dell'università competente;
5. affidamento degli insegnamenti di norma a personale del ruolo sanitario dipendente della struttura ove è allocata la scuola, quindi difendendo e valorizzando la funzione di docenza di infermieri, tecnici-sanitari e terapeuti, nonché del restante personale;
6. previsione che il responsabile della scuola sia nominato in base alle norme vigenti: quindi, consentendo la conferma della direzione infermieristica dei relativi corsi, estendere questo modello ai corsi per tecnici e terapeuti;
7. decorrenza immediata del diploma di maturità per i corsi non trasformati ancora in corsi di diploma universitario con la possibilità per tre anni, in carenza di iscritti con questo titolo culturale, di iscrivere giovani con il solo biennio di scuola superiore;
8. certezza dei tempi attraverso la soppressione di quei corsi di studio che entro tre anni non si siano trasformati in corsi di diplomi universitari e potere di surroga dei Ministeri di sanità e dell'università se entro quattro mesi dalla costituzione delle nuove Usl e aziende ospedaliere non siano state stipulate le convenzioni.

Quindi pur nei limiti della delega erano contenuti nel decreto legislativo alcuni elementi innovativi che andavano nella direzione del superamento nei fatti del concetto di definizione di professione sanitaria ausiliaria.

In particolare la pari dignità con gli altri ordini dei collegi delle altre professioni sanitarie nell'esprimere pareri ma soprattutto nella composizione del nuovo "consiglio dei sanitari" di Usl o azienda ospedaliera che vedeva la presenza dei rappresentanti di tutte le professioni sanitarie laureate e non; purtroppo non veniva accettato dal Governo l'emendamento sull'istituzione del servizio infermieristico; per questo bisognerà attendere l'approvazione della legge 251 nel 2000.

L'aver superato la questione fondamentale del riordino della formazione permetteva allora di affrontare con più serenità l'insieme delle questioni relative ad una maggiore e più puntuale valorizzazione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative.

Era, indubbio, infatti, che il pur importante processo di riordino della formazione avviato al punto 3 dell'articolo 6 del d.lgs. n. 502/92 non era esaustivo dell'insieme dei problemi di queste professioni; basti pensare che sia pure già formate in sede universitaria, le figure professionali, in particolare tecniche e riabilitative, non erano ancora definite legislativamente quali professioni ed mentre tutte, ad eccezione del tecnico sanitario di radiologa medica che con la legge 25 aveva superato la denominazione di professione ausiliaria, le altre venivano ancora giuridicamente definite "ausiliarie" e quindi subalterne ed ancillari al ruolo del medico.

Vi era quindi la necessità di dar vita ad un nuovo provvedimento legislativo che anche sulla base di quelli già depositati al parlamento affrontasse con più esauriente completezza di intervento la riforma di queste professioni più sul versante precipuo dell'ordinamento che su quello formativo che si intendeva nella sostanza risolto nel d.lgs. n. 502 del 1992.

Infatti si trattava di affrontare con maggiore organicità e decisione rispetto a quanto avvenuto nelle precedenti legislature, una più puntuale definizione di quale caratura tecnico-funzionale debbano avere queste professioni.

Era evidente che dal momento che veniva era stabilito con la legge n. 502 del 1992, che è il diploma universitario abilitasse all'esercizio di queste professioni, esse dovessero essere catalogate in altro modo nel più ampio contesto delle professioni operanti nel nostro Paese.

Perciò, si trattava di definire l'intervento che queste professioni interven-gano con un adeguato livello di responsabilità tecnico-funzionale nelle fasi di intervento sanitario per la prevenzione, la cura e la riabilitazione. In questo contesto va considerato altresì l'allora impostazione di mera dipendenza gerarchica fra le professioni laureate e queste professioni ora in possesso del diploma universitario; si trattava di valutare e configurare una nuova e più avanzata forma di relazione professionale che migliorasse l'organizzazione del lavoro.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 6, comma terzo del decreto legislativo 30 dicembre 1992. n. 502, recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria, a nonna dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" così come è stato modificato nel testo dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 furono quindi firmati dal Ministro della sanità, on. Costa, i primi tredici decreti con i quali sono stati individuali altrettanti profili professionali riguardanti il personale infermieristico, tecnico sanitario e della riabilitazione e precisamente: infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista, ortotista-assistente di oftalmologia, tecnico di radiologia medica, tecnico di laboratorio medico, tecnico ortopedico, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, dietista, igienista dentale, podologo.

Alla firma di questi decreti da parte dell'allora Ministro della sanità si era giunti dopo un periodo di pressioni e di iniziative contrapposte all'interno degli operatori del Servizio sanitario nazionale che non ha precedenti nel nostro paese.

Prima di commentarli è bene chiarire le motivazioni e le finalità di tali decreti: avevo prima detto che nelle passate legislature si era tentato con uno specifico provvedimento di dare soluzione ad un'arretratezza nel nostro ordinamento professionale e del conseguente sistema formativo rispetto a molti altri stati dell'Unione europea in particolare nei confronti di quelle

professioni sanitarie denominate "infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione"

Questo provvedimento legislativo non fu mai approvato definitivamente per tre motivi fondamentali;

1. il primo è legato alla breve durata delle legislature precedenti che impedì il completarsi dell'iter di approvazione di questa proposta di legge, anche se, paradossalmente, nelle varie fasi veniva approvata senza palesi contrasti;
2. il secondo è dato dalle diverse posizioni delle varie realtà professionali interessate che premevano con atteggiamenti diversi e contrastanti tali da favorire il ritardo nella approvazione definitiva di tale legge;
3. il terzo, e certamente il più determinante, è l'iniziativa svolta da settori rappresentativi di parte del mondo medico che ha operato, mai palesemente, affinché questo provvedimento non avesse mai la definitiva approvazione.

La motivazione di tale atteggiamento risiede nella anomala realtà dell'organizzazione del lavoro e dell'ordinamento professionale presente nel sistema sanitario italiano per il mancato riconoscimento dello specifico ambito di autonomia di ciascuna altra professione che non sia quella medica; motivo ricorrente e sempre attuale.

Per superare questo stato di cose e per far sì che almeno le questioni principali della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative divenisse realtà legislativa, per felice intuizione di alcuni deputati ed esperti del settore furono inserite alcune norme, anticipatrici di tale riordino, nel decreto legislativo 502/92 così come è stato modificato dal decreto legislativo 517/93: con questa anticipazione della riforma complessiva l'articolo 6 del d.lgs. 502/92, affidò al Ministro della sanità il compito di individuare con proprio decreto ministeriale quei profili per i quali prevedere la formazione universitaria.

È stata questa una modifica ed un'innovazione fondamentale rispetto alla preesistente realtà: finalmente viene affidato al mercato del lavoro, in questo caso il Servizio sanitario nazionale, il ruolo di individuare le figure professionali necessarie ed al sistema universitario il compito di formarle, ferma restando la titolarità dell'università nel varare i relativi ordinamenti didattici dei vari diplomi universitari, questi, proprio per il ruolo affidato al committente (il Ministero della sanità), devono essere con esso definiti ed emanati "di concerto".

Era questa la prima volta che avveniva nella storia dell'ordinamento universitario italiano.

**Saverio Proia**