

“Il meraviglioso viaggio della professione infermieristica”, di SAVERIO PROIA

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 la 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 terapisti, 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 terapisti;
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 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.

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 tutte le vicende 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 collegi 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 esplicare 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 delinarsi 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.

COMMENTO AL DECRETO

Fatte queste premesse la prima considerazione da fare è data dalla scelta effettuata dal decreto in questione per quanto riguarda la denominazione del profilo professionale, ricordando che la legislazione precedente articolava le professioni infermieristiche in: infermiere professionale; vigilatrice d'infanzia; assistente sanitario visitatore; mentre la denominazione consigliata dalle indicazioni europee è quella di infermiere responsabile dell'assistenza generale.

La scelta effettuata dal decreto è quella di infermiere senza alcuna altra aggiunta nominalistica evidenziando così la nuova capacità di intervento unitario e completo sia negli atti dalla prevenzione alla riabilitazione, ovviamente di carattere infermieristico, che nell'insieme delle fasce d'età dei cittadini/utenti, superando la preesistente divisione.

Questa scelta era stata fortemente teorizzata e perseguita dalle Regioni sia per una scelta di valorizzazione complessiva dell'intervento professionale dell'infermiere che per un migliore riutilizzo di questo personale in previsione del riordino dei servizi e presidi sanitari avviati dalla nuova legislazione nazionale e regionale e quindi per una gestione, ritenuta più efficace, dei processi di mobilità.

In questa logica rientra la scelta effettuata di quale tipo e con quali modalità debba essere introdotta la formazione complementare post-diploma.

Nel primo comma dell'articolo 1 si individua la figura dell'infermiere elevando al diploma universitario, di cui all'articolo 1 della l. 341/90, il titolo di studio richiesto e abilitante all'esercizio professionale, previa iscrizione allo specifico albo professionale; è bene ricordare che il precedente titolo di studio era un diploma rilasciato da scuole di formazione regionale ai cui corsi si accedeva con l'idoneità al terzo anno di corso di scuola media secondaria superiore; all'elevamento del requisito d'accesso ai corsi (il diploma di maturità) e alla sede formativa universitaria non poteva che corrispondere un elevamento conseguente delle funzioni e delle responsabilità, come è riscontrabile nei successivi commi.

Il secondo punto evidenzia le dimensioni operative dell'assistenza infermieristica, individuando le principali funzioni nella prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di ogni età e l'educazione sanitaria, quindi puntualizzando l'ambito unitario e complessivo di intervento di questo professionista della salute.

Nel terzo comma si identificano con più completezza le funzioni, introducendo, per la prima volta, significativi e determinati riconoscimenti di autonomia e responsabilità professionali:

1. è riconosciuta all'infermiere la partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute sia della singola persona che della collettività, identificando i bisogni di assistenza infermieristica e formulando i relativi obiettivi (con questo viene riconosciuto quale atto professionale "giuridicamente accreditato" il piano di assistenza per obiettivi cioè il "nursing" come negli altri paesi europei);
2. gli viene riconosciuta la competenza nella pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, è questo, certamente, il passaggio più importante e delicato nella emancipazione di questa professione dalla subalternità a quella medica, con questo diviene "legittima" la realizzazione di autonomi servizi infermieristici nelle aziende sanitarie;
3. deve garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche - terapeutiche (e questo garantisce ai medici che le loro competenze non vengono messe in discussione) però è precisato che agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali (è qui previsto il nuovo rapporto di collaborazione tra professioni, e quindi anche tra infermiere e medico, che diviene non più di dipendenza ma di interazione e di collaborazione), ovviamente quanto sopra vale nei rapporti interprofessionali e deve, nel campo del rapporto di impiego, tener conto anche dell'organizzazione interna prevista;
4. in tale ottica gli viene riconosciuta la possibilità di avvalersi di personale di supporto, fermo restando che può svolgere la sua attività professionale in servizi e presidi sanitari pubblici e privati sia nel cosiddetto territorio che a domicilio dell'utente/cliente, sia con rapporto di impiego subordinato che in regime libero-professionale.

Nel quarto comma dell'articolo primo viene riconosciuta la funzione didattica nella formazione del personale di supporto e nell'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale, ricordando che la competenza nella formazione di base dell'infermiere è già riconosciuta nello stesso terzo comma dell'articolo 6 del decreto legislativo 502/92; infine è legittimato anche nella funzione di "ricerca".

Nel quinto comma, raccogliendo sostanzialmente una specifica "raccomandazione" del Consiglio d'Europa, è introdotta la formazione specialistica post-diploma in grado di far acquisire agli infermieri più avanzate conoscenze cliniche e delle capacità in grado di permettere loro di fornire prestazioni di carattere specialistico nelle aree di seguito riportate: sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria ed area critica.

È previsto, inoltre, che in presenza di nuove indicazioni e scelte motivate provenienti dal Servizio sanitario nazionale possano essere individuate con decreto del Ministero della sanità ulteriori aree di formazione complementare specialistiche, ma questo per colpevole inerzia della parte pubblica rimase inattuato per questi venti anni ed è stato aggiornato nella forma e nei contenuti dalla legge 43/06 che ha introdotto il "professionista specialista" e nel varo da parte del Ministro alla Salute e delle Regioni della proposta di implementazione delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche, elaborate con il contributo determinante dell'IPASVI e del sindacato confederale ed osteggiato, senza una fondata motivazione, da parte del sindacalismo medico.

Contrariamente all'ordinamento didattico del diploma universitario di scienze infermieristiche, per il quale si prevedeva che venisse emanato dal Ministro dell'università di concerto con il Ministro della sanità; il percorso formativo dei corsi di formazione complementare di cui sopra, non essendo prevista allora dalla legislazione universitaria la formazione specialistica post-diploma universitario ma solo post laurea, sarebbe esser dovuto essere definito con decreto del Ministro della sanità, ma purtroppo non accadde.

Il secondo articolo del decreto chiarisce il valore abilitante all'esercizio della professione infermieristica, previa iscrizione al relativo albo professionale, del diploma universitario in scienze infermieristiche conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del più volte ricordato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il terzo articolo rimanda ad un successivo decreto del Ministro della sanità, emanato di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, per l'individuazione di quei diplomi ed attestati conseguiti in base al precedente ordinamento da rendere equipollenti al diploma universitario in scienze infermieristiche, però ai soli fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso all'impiego e non ai fini accademici, la qual cosa dovrà essere disciplinata in altra sede o legislativa o nell'emanazione dell'ordinamento didattico del relativo diploma universitario, ma per realizzare questo punto ci fu bisogno di varare un'altra legge la 42/99, che con la sua pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» del 2/3/99, legge che detta «Disposizioni in materia di professioni sanitarie», completa la seconda fase della riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione.

LA SECONDA FASE DELLA RIFORMA

La prima era stata avviata dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 allorché fu elevato al diploma universitario il titolo abilitante, elevato alla maturità il requisito per accedere ai corsi per infermiere e individuati i relativi profili professionali con il sancire l'autonomia, la competenza e la responsabilità di questi operatori e il loro "collaborare" e non "subalternità" con le professioni laureate.

Con questo provvedimento legislativo si è chiudeva un processo di emancipazione e di libertà di un insieme esteso di lavoratori (quasi cinquecentomila) dalla sudditanza e dalla dipendenza con altri gruppi

professionali (addirittura venne coniato il termine di ruolo "ancillare" dell'infermiera nei confronti del medico).

Si è trattato quindi di una battaglia di affrancamento tipica del novecento, ma allo stesso tempo quanto mai moderna e attuale perché si è entrati nel nuovo millennio con la evoluzione di questi lavoratori, ancora con uno status sociale non equivalente alla loro funzione strategica per la salute individuale e collettiva in veri e propri professionisti, nella più completa accezione del termine.

La sfida lanciata era ed è ardua e importante, gli spazi d'innovazione aperti da questa legge erano e sono veramente ampi: è possibile realmente riformare nel profondo l'organizzazione del lavoro in Sanità attraverso il superamento del mansionario con la contestuale affermazione che il campo di attività di un infermiere, di un fisioterapista, di un tecnico di radiologia ecc. è dato da quanto stabilito nel profilo, e nel suo ordinamento didattico e nel suo codice deontologico.

E' significato, perciò, creare una vera e propria "liberazione" nel lavoro sanitario, anche funzionale al processo di aziendalizzazione e di regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale; liberazione che non è liberismo, ma valorizzazione delle responsabilità, delle autonomie e delle competenze professionali, così come è significato anche la fine dell'era dello spreco delle risorse umane ed economiche e con essa finiva l'epoca del «non mi compete» e del «non è di sua competenza».

Ma soprattutto si sviluppava e si sviluppa una nuova concezione e uso dell'atto sanitario, sinora coincidente nel comune pensiero con l'atto medico: ora l'atto sanitario è realmente un insieme complesso di prestazioni, competenze, conoscenze e agire di più professioni, non solo mediche: inizia a delinearci quella "sanità plurale" che ai giorni nostri non è più un'eresia ma sta, lentamente e con condivisione, diventando patrimonio diffuso.

Non si è trattato di una riforma professionale di "lesa maestà" nei confronti del ruolo medico, anzi, come insegnano le più avanzate esperienze europee ed extraeuropee, è anche il medico un beneficiario di quest'innovazione: la chiarezza e la valorizzazione della precipua professionalità medica unita al fatto che da esecutori delle indicazioni gli infermieri evolvono in colleghi professionisti, che insieme interagiscono per la tutela della salute, con una più avanzata e funzionale organizzazione del lavoro e professionale, sono stati e sono gli effetti positivi e immediati di questa legge nei confronti delle professioni mediche.

Così come il cittadino da questa riforma professionale può usufruire di prestazioni fomite da questi operatori senza mediazioni o barriere, salvo la necessaria prescrizione medica, quando prevista e necessaria; prestazioni che vengono essere erogate con maggiore competenza e responsabilità non solo in ospedale ma soprattutto a domicilio, nei distretti, nelle Rsa...

Il provvedimento fu varato rapidamente dal Senato il 1° ottobre 1997 con un testo migliorato e più organico rispetto a quello iniziale, ma poi rimase per oltre quindici mesi alla Camera inducendo pessimismo: per varare definitivamente la legge si dovette, per il momento, accantonare (purtroppo sino ad oggi) una parte importante: l'istituzione dell'albo professionale per

quella parte (minoritaria) di queste professioni che ancora ne erano prive e la trasformazione dei collegi in ordini.

Entrando nel merito del provvedimento legislativo, analizziamo gli effetti nella vita quotidiana dell'agire di queste professioni.

Con una cancellazione, a prima vista banale e logica, si abolisce a cinque anni di distanza dall'emanazione dei decreti ministeriali sui profili, il termine "ausiliaria" che, se riferito a una professione, era già una *contradictio in terminis*: una professione o è autonoma o non è una professione; cancellando questo termine da tutti i riferimenti normativi gli operatori diventano professionisti a pieno titolo, stabilendo per queste professioni il diritto fondamentale al nome (non più ausiliari o paramedici o non medici) e si sancisce anche formalmente il definitivo superamento del rapporto di ancillarità alle professioni mediche.

L'aspetto più qualificante della legge è dato dall'immediata abolizione degli attuali mansionari per quelle professioni che ne erano dotate (infermieri, ostetriche, assistenti sanitarie, vigilatrici d'infanzia, tecnici di radiologia) cioè il Dpr 225/74, il Dpr 163/75 e il Dpr 680/68 e dall'evitare che quest'arcaico modello venga esteso alle altre professioni.

La formula con la quale si sostituisce l'effetto dei mansionari è quanto mai avanzata e dinamica, introducendo tre criteri positivi e un limite per individuare l'esercizio professionale: i contenuti del decreto del profilo professionale, dell'ordinamento didattico e della formazione post-base, del codice deontologico nel rispetto delle competenze, delle altre professioni sanitarie laureate.

Si può ben immaginare di essere di fronte all'apertura di una vasta nuova prateria i cui confini e i relativi contenuti operativi sono difficilmente identificabili: anzi, la scelta è esattamente il contrario: la modificazione dell'operato professionale sarà legata e determinata dall'evoluzione scientifica, tecnologica e dell'organizzazione del lavoro e non da norme codificate per legge e modificabili solo per legge.

È necessario, comunque, precisare che proprio l'evoluzione scientifica, tecnologica e professionale avevano già da tempo reso obsoleti e superati nella pratica quotidiana gran parte degli atti contenuti nei mansionari da quelle attività che ora possono essere praticate legalmente.

Che non fosse solo un'operazione di facciata è chiaro dalla potenzialità del nuovo processo, con spazi tutti da definire nell'ambito della sua portata innovativa e dell'utilità per i cittadini.

Basti pensare ai nuovi ambiti di intervento e di operatività professionale che si aprono a domicilio dell'utente, nel territorio, nelle comunità protette, ove anche senza la presenza del medico possono essere compiuti atti sanitari; nell'emergenza, poi, è tutto da ridefinire l'operato dell'infermiere che ora non sarà più nel dilemma tra l'essere condannato per l'omissione di soccorso o per l'esercizio abusivo della professione medica: potrà privilegiare negli atti, conseguenti alla sua capacità di diagnosi infermieristica, la tutela della vita del cittadino: l'ambulanza infermieristica, il See and Treat, l'ospedale ad intensità di cura i reparti ospedalieri a gestione infermieristica, l'infermiere di famiglia

etc tutto quello che oggi è strategico nel Patto per la salute e nella programmazione sanitaria regionale ha fondamento legislativo in questa legge come in quella successiva legge 251/00.

Ciò significa che relativamente all'assistenza infermieristica alla persona, l'operatore deve avere conoscenze specifiche, deve sapere prendere decisioni e deve saper effettuare con competenza manovre necessarie per soddisfare adeguatamente i bisogni di assistenza infermieristica della persona.

Si pensi a quante di queste manovre, atti e prestazioni, che gli infermieri già svolgevano nella realtà operativa quotidiana, sono indispensabili per salvare una vita, accelerare la guarigione, per prevenire un peggioramento; si pensi a cosa succederebbe se ogni volta l'infermiere rimanesse nell'attesa della prescrizione o della presenza del medico a vigilare sull'atto o prestazione infermieristica: sarebbe la paralisi del servizio.

La portata della coincidenza tra il sapere e il saper fare è di una fortissima dinamicità, se si pensa che i contenuti della formazione post-base sono tutti, purtroppo, ancora da definire nella loro organicità.

Vi è così pieno intreccio tra le competenze e le responsabilità professionali infermieristiche e le scelte sia di programmazione aziendale, che regionale e dello stesso Piano sanitario nazionale in reciproca evoluzione a secondo del mutare delle necessità.

Infatti il mansionario non era altro se non la fissazione dell'agire professionale per atti elementari, inadeguata a dar peso alle reali competenze, alla quale va sostituito un agire per obiettivi certi in grado di apprezzare e verificare l'autonomia e responsabile autonomia.

Bisognava passare dall'essere esecutori di atti, molte volte neanche di propria competenza, a divenire protagonisti delle scelte autonomamente o con l'équipe interdisciplinare di riferimento.

Infine veniva stabilita, nella legge 42/99, la piena equipollenza ai nuovi diplomi universitari dei diplomi acquisiti con la precedente normativa dando, quindi, dignità professionale e scientifica ai cinquecentomila operatori interessati, significando che l'elevazione al diploma universitario è stata una conseguenza inevitabile per la precedente complessità e valore del percorso formativo ed evitando che si diversificassero gli operatori tra gli attuali e i nuovi, nell'organizzazione del lavoro.

Si è data tranquillità, pertanto, ai lavoratori, smitizzando quella "leggenda metropolitana", molto diffusa nelle corsie degli ospedali, per la quale la formazione post-base e i nuovi inquadramenti contrattuali sarebbero riservati solo a chi sarebbe stato in possesso del diploma universitario e da qui le corse sfrenate a iscriversi, da parte di molti dei professionisti in possesso del titolo preuniversitario, al terzo anno del corso universitario per conseguire "il doppiopiede" di titolo che alla fine abilita alla medesima professione e offre le stesse opportunità del titolo già conseguito.

LA LEGGE QUADRO E LE PROSPETTIVE ATTUALI

Per la prima volta, dopo tre legislature e dopo dieci anni da quando il Parlamento iniziò a esaminare i primi testi di legge sulla materia, il processo di riforma di queste professioni sanitarie entrava realmente vicino alla sua conclusione, o quantomeno alla sua definizione quasi complessiva per effetto della successiva legge 251/00, in un quadro completamente mutato: infatti contrariamente al passato era avvenuto non più in contrasto o in contrapposizione tra professioni e in particolare con quelle mediche, ma in un clima di generale consenso, pur tenendo conto che le innovazioni introdotte non sono di poco conto; questa legge, d'iniziativa parlamentare unificò in un unico testo proposte di legge in materia di quasi tutti i partiti di maggioranza e di opposizione varata all'unanimità e divenne la vera legge quadro del settore: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica"

L'art. 1 di tale legge sancisce che :

"1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata"

Per effetto di questo quadro normativo è dato osservare che ciascuna delle 22 professioni sanitarie:

- *è una professione autonoma (art. 1 l. n. 42/1999 e art. 1, comma 1, l. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art. 1, comma 1;*
- *l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);*

- *le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1, l. 251/2000);*
- *ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative".*

Questo concetto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell'art. 1, comma 2, l. n. 251/2000 là dove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, *"la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea".*

Quanto sopra evidenzia che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie ad opera dell'attività, legislativa ed amministrativa, dello Stato e delle Regioni deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- *della competenza propria della professione, che si identifica con le "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);*
- *dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per la professione dell'infermiere, come di ognuna delle altre professioni sanitarie;*
- *le professioni sanitarie pertanto non sono più configurate quali "ancillari" alla professione medica ed hanno visto riconosciuta la propria autonomia professionale, come una "normale" professione intellettuale.*

Le leggi 42 e 251 segnano il definitivo abbandono del ruolo "residuale" proprio di tali professionisti riconoscendogli pari dignità rispetto alle già esistenti professioni della salute... Ma mancava e manca l'ultimo tassello di questa riforma: la trasformazione da collegi ad ordini e l'istituzione di albi e ordini per le professioni sprovviste, che pure era presente nel primo ddl governativo che divenne la legge 42 e poi ritirato.

E' bene precisare prima alcuni fatti:

- *l'Autorità garante per la concorrenza stabili che laddove esiste un diritto costituzionalmente garantito possa essere previsto l'ordine per le professioni che lo tutelino;*
- *l'ordine dei medici nacque non nel medioevo ma poco più di 100 anni fa sulla spinta delle componenti più progressiste della categoria, vicine agli ideali ed alle organizzazioni del nascente movimento operaio, per tutelare la parte più debole della categoria e il diritto alla salute;*
- *gli ordini ed i collegi furono sciolti dal regime fascista (questo significherà qualcosa?) e ricostituiti dopo la Liberazione;*
- *gli ordini ed i collegi delle professioni sanitarie si sono sempre schierate per la difesa e il potenziamento del SSN universale e solidaristico sino al*

- mantenimento della tutela sanitaria anche per chi è senza permesso di soggiorno e dell'obbligo del professionista sanitario di non denunciarlo;*
- *promuovono una politica di allargamento occupazionale alle nuove generazioni e non di difesa corporativa degli attuali occupati;*
 - *che in Europa l'impianto ordinistico in sanità è vivo e diffuso, nello Stato più popoloso e non solo, cioè la Germania, con competenze di gran lunga maggiori rispetto al quadro italiano.*

Ricordando che recentemente si è dato l'avvio al riordino degli altri ordini professionali diversi da quelli sanitari è quanto mai vero che sia necessaria una riforma del loro funzionamento interno e del loro ruolo e per questo fu varata la legge 43/06 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"; come è noto la delega non fu esercitata in tempo, nonostante che il Sottosegretario Patta (lo stesso che da sindacalista contribuì all'accordo sull'elezioni delle RSU), con concorso di tutto l'associazionismo professionale e sindacale, ad iniziare dall'IPASVI presentò uno schema di riforma avanzato e progressista ancora valido ripreso sostanzialmente dai testi di riforma all'esame in questa Legislatura presso la Commissione Sanità del Senato sia con uno specifico capitolo all'interno del ddl Lorenzin che in specifici progetti di legge in materia presentati da quasi tutti i gruppi parlamentari di maggioranza e di opposizione.

Come si è ricordato la legge 43 sancisce, anche, una nuova articolazione delle professioni, al loro interno, in riferimento alla acquisizione di titoli universitari: professionista, professionista specialista, professionista coordinatore, professionista dirigente... l'infermiere specialista, che pur esisteva nei contratti ospedalieri ante riforma sanitaria, è l'unico non ancora concretizzato e costituisce la sfida per il futuro prossimo che si spera possa prender vita con l'attuarsi degli accordi sulle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche.

Questa meravigliosa storia continua ad essere, quindi, ad essere ancora scritta e certamente potrà avere ulteriori spinte innovatrici da un'attuazione estensiva, mirata ed intelligente dei contenuti strategici del Patto per la Salute 2014/2016 ed anche dai contenuti che Governo e Regioni, con l'apporto convinto di sindacati, collegi, ordini e associazioni professionali potranno prevedere nel disegno di legge di valorizzazione delle professioni sanitarie, previsto dall'articolo 22 dello stesso Patto; altri capitoli sono ancora da scrivere di questa meravigliosa avventura della riforma della professione infermieristica...

Saverio Proia