

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

44.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 DICEMBRE 1990

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE GIANFRANCO TAGLIABUE

INDICE

	PAG.
Proposta di legge (Discussione e rinvio):	
Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche (5081)	3
Tagliabue Gianfranco, <i>Presidente</i>	3, 8
Renzulli Aldo Gabriele (PSI), <i>Relatore</i>	3

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,15.

ALDO GABRIELE RENZULLI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Discussione del disegno di legge: Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche (5081).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche ».

L'onorevole Renzulli ha facoltà di svolgere la relazione.

ALDO GABRIELE RENZULLI, *Relatore*. Onorevoli colleghi, dall'esame dei progetti di legge n. 230, 291, 299, 482, 941, 1016, 1208, 1261, 1476, 1875, 2047, relativi al 1987, nonché delle proposte di legge n. 3098 del 1988 e n. 4911 del 1990, che mi sono state affidate al fine di riferire alla Commissione, ho potuto rilevare alcuni sostanziali elementi di omogeneità, in riferimento al problema degli ordinamenti formativi e professionali del personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e ambientale. Le citate proposte di legge tendevano complessivamente ad individuare le professioni sanitarie intermedie operanti nelle diverse aree, a dichiarare gli specifici e rispettivi ambiti professionali di ciascuna professione, ad istituire gli albi professionali relativi, regolamentando l'esercizio professionale, a definire gli iter formativi relativamente ai requisiti di base per l'accesso alla formazione, a stabilire i livelli e le modalità

di formazione professionale, a coinvolgere in vario modo istituzioni diverse nell'ambito del processo formativo.

L'esame più specifico delle citate proposte consente di apprezzare alcune diversità. Mentre la maggior parte delle proposte accorpa nella previsione legislativa l'intero insieme delle professioni sanitarie intermedie, alcune proposte si limitano invece al solo personale infermieristico o ad alcuni gruppi di professioni. D'altro canto diversa è l'accentuazione del ruolo rispettivo della scuola media secondaria, della scuola post-secondaria e dell'università nella formazione di queste figure, essendo comunque prevalente una tendenza di equilibrio tra il ruolo e la titolarità delle regioni attraverso il Servizio sanitario nazionale e dell'università, nella responsabilità formativa di queste professioni.

Complessivamente si può dire, comunque, che emerge un indirizzo tendente ad individuare vere e proprie scuole di sanità allocate e gestite dal Servizio sanitario nazionale, ma il cui livello di qualificazione corrisponde a quello universitario. Si tratta, in altre parole, di una tendenza che più complessivamente rivendica al Servizio sanitario nazionale e, all'interno di questo, al grande ospedale un ruolo pregnante nella didattica e nella ricerca finalizzata.

Con diverse soluzioni, in alcuni casi oggettivamente complesse sotto il profilo attuativo, viene affrontato il problema del riconoscimento giuridico delle professioni, della costituzione di albi e collegi, e delle relative norme di abilitazione all'esercizio professionale. Si tratta di materia complessa che non può nel suo insieme esaustivamente essere esaminata e defi-

nita in un solo provvedimento, ma i cui cardini, e soprattutto gli elementi unificanti dell'insieme delle professioni sanitarie intermedie, è necessario codificare all'interno di un unico provvedimento-quadro.

Opportunamente è intervenuta l'iniziativa del Governo nel senso di presentare, in data 24 settembre 1990, il disegno di legge n. 5081, affidato oggi all'esame della nostra Commissione in sede legislativa. Il provvedimento è relativo alla riforma delle professioni sanitarie infermieristiche e si è reso necessario a fronte delle carenze relative all'assistenza infermieristica erogata dal Servizio sanitario nazionale. La proposta, sulla base di un'accurata relazione tecnica sulla condizione e sulla formazione, nonché sul fabbisogno degli infermieri nel paese, prevede a definire un intervento complessivo sulla materia.

Nella prima parte il disegno di legge interviene sull'articolazione delle professioni infermieristiche, e sul processo di formazione, tenendo conto della situazione europea, elevando i requisiti di base per l'accesso alla formazione e prevedendo un nuovo assetto dell'ordinamento specifico formativo.

L'articolo 1 del provvedimento individua le figure coinvolte.

L'articolo 2 disciplina l'iter formativo prevedendo uno specifico coinvolgimento degli istituti di istruzione secondaria, individuando apposite sezioni presso le attuali scuole superiori, il cui programma di studio viene fissato in relazione ad uno specifico indirizzo sanitario dei corpi stessi. Su questo punto, nel seguito della relazione e soprattutto con gli emendamenti proposti, chiarirò e definirò una diversa articolazione.

L'articolo 3 del provvedimento è relativo alla specializzazione, mentre l'articolo 5 affronta il problema della collocazione a livello universitario della dirigenza infermieristica, aspetto sicuramente condivisibile ed anzi perfettibile con la proposizione di un ulteriore momento formativo costituito dalla laurea in organizzazione e formazione sanitaria.

Gli articoli successivi affrontano i problemi collegati alla emergenza infermieristica e saranno esaminati più specificamente nel corso della discussione.

Rispetto alla proposta del Governo sembra necessario effettuare una revisione del testo tesa a migliorare i contenuti e a rendere più coerenti le disposizioni con le effettive necessità del Servizio sanitario nazionale, che sono alla base del provvedimento stesso, ma, su due punti occorre cambiare sostanzialmente indirizzi e scelte. Non è possibile condividere il rinvio, motivato nella relazione al disegno di legge stesso, del riordino delle altre professioni e figure tecnico-sanitarie, così come non è possibile rinviare il problema della istituzione di uno specifico corso di laurea.

L'allineamento all'Europa richiede l'unificazione del processo formativo e dell'ordinamento professionale dell'intero corpus delle professioni sanitarie intermedie e ciò non può non avvenire se non contestualmente per l'area infermieristica e le altre aree, pena il mancato recupero e la inevitabile ulteriore penalizzazione del settore infermieristico.

Su questi aspetti fondamentali e su altri che meglio definirò in seguito, si articola la mia proposta alla Commissione e le successive ipotesi di un emendamento al testo del Governo. È opportuno procedere ora ad un più attento esame dei problemi e ad una serie di relative valutazioni.

La reale attuazione del processo riformatore del Servizio sanitario nazionale, a seguito dell'attesa approvazione del disegno di legge n. 2375 all'esame del Senato, pone come necessario corollario l'adeguamento ed il riordino della legislazione vigente in materia di formazione e ruolo delle professioni sanitarie infermieristiche, riabilitative, tecniche e ambientali.

Il legislatore, all'atto dell'approvazione della legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, per vari motivi rimandò questi provvedimenti a successivi atti, non intuendo il nesso fondamentale che avrebbe potuto avere la ri-

forma strutturale del Servizio sanitario nazionale con la formazione del personale sanitario.

Questo provvedimento oggi non può essere più disatteso nella considerazione che uno degli elementi fondamentali di difficoltà attuativa del processo riformatore è stato ed è l'inadeguatezza e l'arretratezza della legislazione italiana rispetto all'evoluzione tecnico-scientifica e nei confronti della legislazione dei paesi europei ed extraeuropei.

Proprio l'attuazione dell'Atto unico europeo del 1992 pone la necessità di modernizzare la nostra legislazione rispetto a quella degli altri *partners* europei, per lo più sperimentata e attuata con decenni di anticipo.

Per altro l'utilizzazione di infermieri extracomunitari nel nostro paese, ha evidenziato che nazioni molto più arretrate, rispetto all'Italia, dal punto di vista dello sviluppo economico e sociale hanno in materia di leggi sulla formazione sanitaria situazioni di gran lunga più progredite.

La vicenda, apparsa in tutta la sua drammaticità, della carenza di personale infermieristico in Italia, ha come causa principale il problema della condizione dell'infermiere, sotto il profilo professionale e formativo, che è di fatto conseguenza di una complessiva sottostima del ruolo di questa figura nel « pianeta della sanità ». Considerazioni analoghe possono essere svolte per tutte o per gran parte delle altre figure sanitarie intermedie.

Le questioni che sono oggi al centro dell'emergenza infermieristica, a mio modesto avviso, sono rappresentate, in primo luogo, dalla crisi motivazionale, la cui conseguenza è stata, almeno fino all'anno scorso, una notevole diminuzione della richiesta di accesso alle scuole infermieristiche. L'introduzione del nuovo accordo di lavoro per il comparto sanitario, comunque, ha già indotto una prima inversione di questo andamento, unitamente alla presentazione del disegno di legge di iniziativa governativa oggi al nostro esame. Inoltre, la retribuzione, sino all'ultimo contratto della sanità (non an-

cora vigente), appare assolutamente inadeguata rispetto alla qualità ed alla quantità delle prestazioni professionali. Vi è poi uno scarso apprezzamento, da parte dell'opinione pubblica, della professione infermieristica, di fatto considerata « ancillare » rispetto al medico e, comunque, talvolta meno considerata di altre professioni sanitarie intermedie. Non va sottovalutato il fatto che tale mancato riconoscimento di « professionalità » è anche storicamente legato alla caratteristica « femminile » della professione. Tra le cause dell'emergenza rientrano anche l'organizzazione del lavoro per turni e il relativo disagio operativo che rendono più complesso il mantenimento di normali rapporti familiari e sociali, nonché la scarsa rilevanza dell'intervento dell'infermiere rispetto ad altre figure professionali. La corretta valutazione del ruolo professionale e l'integrazione nella formazione dei processi decisionali non registra incrementi significativi neanche considerando l'attuale ruolo della « caposala », ovvero del capo dei servizi sanitari ausiliari (C.S.S.A.).

L'esigenza, che è alla base del provvedimento in esame e delle numerose proposte di legge presentate negli ultimi anni e per le quali si avverte l'opportunità di una complessiva unificazione del presente provvedimento, è quella di rivisitare le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie riabilitative e ambientali nel senso del superamento delle attuali lamentate carenze e, per la professione infermieristica, secondo le seguenti linee: in primo luogo l'infermiere è il professionista abilitato al soddisfacimento dei bisogni complessivi dell'utenza sanitaria, essendo la sua funzione oltre che ospedaliera, esercitata anche in forma diffusa nel territorio; in secondo luogo la nuova articolazione del servizio sanitario, come si sta delineando nel disegno di legge di riforma della legge n. 833 del 1978 all'esame del Senato, deve vedere fortemente accentuata per l'infermiere — e più complessivamente per i quadri intermedi sanitari — la responsabilità non solo della specifica prestazione professionale, ma

anche della prestazione alberghiera, ovvero, più complessivamente, delle cosiddette condizioni di vita del malato nell'ambiente ospedaliero e sanitario, condividendo con le altre figure le responsabilità di tipo igienico, preventivo, riabilitativo, diagnostico.

Al fine di rendere possibile il conseguimento di questi obiettivi è pertanto necessario procedere ad un sostanziale riordino dei criteri e delle modalità di formazione delle professioni infermieristiche e tecniche, tenendo presente la necessità di prevedere per altro idonee forme di aggiornamento finalizzate ad un recupero di professionalità del personale oggi in servizio.

Sotto questo profilo appare necessario e non più rinviabile, anche alla luce delle recenti scoordinate — e comunque non condivisibili — decisioni che hanno portato all'emanazione di un decreto del Presidente della Repubblica per la formazione esclusivamente universitaria di alcune figure tecnico-sanitarie, assumere valutazioni tendenti a definire e riaffermare nell'ambito del presente provvedimento la centralità regionale nella formazione non solo degli infermieri (che a questo punto continuerebbero ad avere una formazione atipica e di tipo residuale), ma anche delle altre professioni sanitarie intermedie, quale elemento portante dell'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale e quindi nazionale.

La volontà di meglio esplicitare nel disegno di legge n. 2375, all'esame del Senato, la titolarità delle aziende ospedaliere nella formazione specialistica *post-laurea* per le professioni sanitarie, mediche, amministrative e dei professionisti, è in linea con questa tendenza.

Ciò che appare pertanto necessario è il raccordo della formazione infermieristica, oggi del tutto atipica, con il quadro formativo generale del paese.

I dati più macroscopici che caratterizzano in negativo la situazione attuale sono costituiti dalla mancata possibilità di accesso agli studi universitari, anche in presenza di un *curriculum* formativo di durata analoga alla scuola media supe-

riore, e dalla mancata possibilità di adeguare la durata del corso all'acquisizione di una diversa formazione.

Un'ulteriore e rilevante questione è costituita dal limite minimo di età per l'accesso ai corsi di infermiere professionale, attualmente previsto al compimento del sedicesimo anno entro il 31 dicembre dell'anno di inizio di ciascun corso. Questo significa che, poiché il tirocinio pratico nei reparti di degenza comincia (con significative variazioni da regione a regione e da scuola a scuola) dopo 203 mesi dall'inizio dei corsi, già a 16 anni appena compiuti lo studente si trova di fronte all'impatto con la sofferenza e la morte.

Dovrebbe far riflettere il fatto che il Ministero della pubblica istruzione nel pianificare il progetto di educazione sanitaria nelle scuole medie superiori (età dei discenti da 14 a 19 anni) ha deciso di delegare l'opera educativa agli stessi insegnanti delle scuole che verranno preparati a loro volta da medici specialistici sui temi da trattare. Questo poiché si è ritenuto che, data la giovane età dei discenti, potesse essere traumatizzante l'esposizione troppo cruda e tecnica del personale sanitario.

Lo studente delle scuole medie superiori viene dunque protetto dall'impatto violento con la malattia e la morte, mentre il sedicenne allievo infermiere viene posto a diretto contatto con queste stesse realtà. La discriminazione è palese e deve indurre a rafforzare la volontà di modificare i requisiti minimi di accesso per i corsi di infermiere professionale.

L'innalzamento del titolo culturale di accesso al diploma di scuola secondaria superiore è anche legato ad esigenze di tipo culturale, non tanto per il tipo di nozioni acquisite nella scuola media superiore (estremamente diverse a seconda del tipo di istituto), ma per l'abitudine allo studio, alla critica, all'impegno scolastico. Tuttavia la molteplicità e la genericità dei diplomi di scuola secondaria superiore, e l'esigenza di una migliore finalizzazione della formazione superiore, anche ai fini di un più qualificato accesso alla stessa facoltà di medicina e veterina-

ria nonché di farmacia, biologia, psicologia, sociologia, chimica, fisica, ingegneria sanitaria, eccetera) oltre che alle scuole per le altre professioni sanitarie intermedie, rende non rinviabile l'anticipazione della riforma della scuola secondaria superiore, attraverso l'istituzione di un vero e proprio diploma di « maturità sanitaria », propedeutico all'accesso ai corsi per le professioni sopracitate.

Il corso di studi per questo tipo di maturità dovrà prevedere una flessibile modulazione di corsi teorici e di attività pratiche di tirocinio, comuni a tutti gli indirizzi successivi al diploma.

Nell'ambito della formazione acquisita in questo tipo di diploma di maturità, saranno pertanto assorbiti una significativa quota di insegnamenti teorici attualmente previsti o prevedibili nei primi anni dei corsi di tutte le professioni sanitarie.

È opportuno, per altro, riflettere sulla qualità degli studi universitari che non garantiscono attualmente una reale acquisizione di capacità professionali, soprattutto per le attività, quali quelle sanitarie, in cui è prevalente l'esigenza di tirocinio pratico rispetto all'insegnamento teorico. D'altro canto l'università non è in grado di gestire quantitativamente la formazione delle professioni sanitarie intermedie, in rapporto alle carenze esistenti ed agli *standard* di formazione a regime, prescindendo dalle considerazioni legate alla titolarità regionale prevista anche dal disegno di legge n. 2375 del 1990 e alle funzioni didattiche e di ricerca del servizio sanitario nazionale.

Posto che la formazione infermieristica e tecnico-sanitaria di base abbia luogo indistintamente dentro l'università o nei poli convenzionati, ci si chiede quali sarebbero le modalità di accesso alla formazione post-base.

L'ipotesi che si propone è quella dell'istituzione, nelle aziende ospedaliere, di scuole di sanità, con ordinamento autonomo, con eventuale rapporto convenzionale con l'università. Alle scuole di sanità si accede con il diploma di maturità sani-

taria superiore o, nel regime transitorio, con un qualsiasi diploma di maturità. Esse sono strutturate sulla base di un modello di formazione modulare, il cui corpo centrale potrebbe essere costituito da parte del *curriculum* formativo dell'attuale infermiere, con sbocchi professionali di tipo sia verticale (nuove capacità organizzative-manageriali-pedagogiche) sia orizzontale (specializzazioni, eccetera).

In altre parole, l'avvicinamento dell'ordinamento formativo italiano a quello degli altri *partners* europei sarebbe costituito anche dal riconoscimento — che è storico, culturale e scientifico — del fatto che nell'ambito della formazione di tutte le professioni sanitarie intermedie la matrice culturale di base è costituita dalle scienze infermieristiche, da cui le altre professioni derivano come attività professionali monodisciplinari o settoriali di pari dignità.

Questa ipotesi formativa consentirebbe per altro una maggiore capacità di adattamento alle innovazioni tecnologiche per la sua flessibilità e per una più ampia possibilità di mobilità del personale all'interno dei servizi.

Le citate scuole di sanità dotate, come già detto, di ordinamento autonomo per garantire loro la massima funzionalità e scientificità nonché un giusto rapporto con la struttura universitaria, dovranno assumere, a mio avviso, i seguenti compiti: la formazione di base post-secondaria per l'esercizio delle professioni sanitarie intermedie infermieristiche, riabilitative, tecniche, ambientali, eccetera; la gestione dei corsi di specializzazione o di formazione complementare post-diploma di tali professioni.

La formazione di base può essere così articolata: cattedre comuni a tutti i corsi (per esempio pedagogia, psicologia, sociologia, legislazione sociale e sanitaria, eccetera); cattedre specifiche per ogni professione; tirocinio specifico per ogni professione; riconoscimento di esami sostenuti nel caso di acquisizione di ulteriore diploma abilitante.

Alle scuole di sanità è altresì affidata la gestione, con rapporto convenzionale

con l'università, della formazione specialistica post-laurea del personale laureato del servizio sanitario nazionale, come delineato dal disegno di legge n. 2375 all'esame del Senato, laddove si prevede che tale tipo di formazione è propedeutica all'accesso di concorsi per il primo livello dirigenziale dello stesso servizio sanitario nazionale.

Le scuole di sanità gestiscono, infine, l'aggiornamento e la formazione permanente del personale del Servizio sanitario nazionale. In altre parole, le scuole di sanità ospedaliere potrebbero assumere valenze di formazione unitarie e convergenti delle attuali professioni sanitarie intermedie con punti di sostanziale unitarietà con le professioni laureate, nell'ambito delle loro specializzazioni.

Anche se non è questa la sede, sottolineo che analoga impostazione andrebbe formulata anche per le professioni sanitarie laureate, in particolare per le facoltà di medicina, come recentemente ha espresso lo stesso presidente della FNOM, prevedendo una loro integrazione organica nel Servizio sanitario nazionale, facendo sì che realmente la sanità pubblica possa esplicare adeguatamente il suo potenziale non solo di prevenzione-cura-riabilitazione, ma anche di capacità didattica e di ricerca scientifica.

La riforma della formazione professionale per gli infermieri rappresenta di per sé una risposta forte all'emergenza infermieristica; risposta già verificata con successo in altri paesi, dove l'elevazione del requisito culturale d'accesso alle scuole ha portato ad un considerevole incremento delle iscrizioni ai corsi, mentre negli anni precedenti si era registrata una crisi nelle vocazioni, come oggi accade nel nostro paese.

In conclusione, ciò che bisogna complessivamente acquisire è il valore della « assistenza » come scienza, ovvero come area culturale autonoma dalla medicina. In altre parole, anche attraverso lo strumento delle scuole di sanità, va riconosciuto il principio dell'autonomia dell'area infermieristica e tecnica, intesa come area centrale dell'assistenza sanitaria. L'autonomia diviene reale quando comporta piena responsabilità degli atti affidati e acquisizione della funzione dirigenziale. Ciò prevede obbligatoriamente l'individuazione e la strutturazione del servizio infermieristico all'interno di ciascuna USL o ospedale. Si tratta, dando corpo alla piramide professionale della « scienza dell'assistenza », di attuare una vera riforma ed un'autentica risposta ad una delle più gravi carenze del servizio sanitario nazionale, che consiste proprio nell'assistenza diretta al malato, nell'interpretazione e nella risposta alla complessità dei bisogni che esso esprime.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 15,40.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA DELLE COMMISSIONI
ED ORGANI COLLEGIALI*

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI*

DOTT. PAOLO DE STEFANO

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia delle Commissioni
ed Organi Collegiali il 6 febbraio 1991.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO