

## 2. Il mobbing nel mondo infermieristico: origine della professione infermieristica in Italia<sup>20</sup>

Nel primo capitolo, grazie al contributo teorico di tipo sociopsicologico, è stato possibile analizzare il *mobbing* nelle sue caratteristiche generali con particolare attenzione all'individuazione e descrizione delle cause e dei fattori che ne possono favorire l'insorgenza all'interno dei luoghi di lavoro.

In questo ambito, prima di procedere ad un'analisi delle organizzazioni lavorative sociosanitarie in cui è inserita la figura infermieristica, può essere utile ripercorrere brevemente la storia della professione infermieristica in Italia, per ottenere – in un'ottica evolutiva – l'identikit dell'infermiere e trovare le ragioni di una sua ambigua collocazione all'interno delle organizzazioni professionali, ovvero in posizioni funzionali in cui l'operatore infermiere era chiamato a svolgere attività in parte autonome ed in parte dipendenti dalla sfera decisionale di altri professionisti. Questa contraddizione ha esposto nel tempo gli infermieri a situazioni di insoddisfazione lavorativa, a stress, a conflitti intra e interprofessionali, condizioni che potrebbero oggi, così come nel passato, costituire fattori predisponenti all'insorgenza del fenomeno mobbing.

In Italia per lungo tempo, nonostante l'attivazione delle Scuole professionali per la formazione infermieristica di base e corsi di specializzazione post base, sino agli anni '90 gli infermieri sono stati considerati professione sanitaria ausiliaria (art. n.100 Testo Unico delle Leggi Sanitarie 27 Luglio 1934, n.1265), volendo con questa denominazione da un lato sottolineare la subordinazione dell'infermiere al medico e dall'altro riconoscere un certo grado di autonomia professionale, quel tanto che era necessario per far assumere all'infermiere responsabilità assistenziali ed organizzative indispensabili per una gestione complessiva dell'assistenza ai pazienti nei momenti di assenza del medico.

La subordinazione, prevista e normata dal *R.D. 26 Maggio 1940, n. 1310* e successive modifiche realizzate con il *D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225*, trovava la

---

<sup>20</sup> Capitolo redatto da Daniela Tartaglini

sua espressione nel *mansionario*, un elenco di attività assistenziali suddivise in tre aree:

1. attività che l'infermiere era chiamato a svolgere in totale autonomia;
2. attività da svolgere su base di prescrizioni mediche;
3. attività da eseguire sulla base di prescrizioni e controllo medico.

Questa subordinazione tecnica era tuttavia spesso vanificata poiché, a causa di situazioni di emergenza, oppure a causa della complessità dei servizi o per la momentanea assenza del medico, gli infermieri erano chiamati ad assumersi, in modo autonomo, tutte le responsabilità clinico/assistenziali legate al caso. Tali situazioni hanno spesso esposto gli infermieri ad un profondo disagio psicologico, riconducibile al dilemma del fare o non fare, cioè scegliere se agire tempestivamente in modo da salvaguardare la salute del paziente o, nel rispetto della legge, non agire ed aspettare il medico per ottenere indicazioni scritte.

In realtà, avvalendosi della propria competenza ed esperienza professionale, gli infermieri hanno spesso "infranto" la legge, pianificando interventi assistenziali finalizzati al ripristino delle condizioni di salute dei pazienti loro affidati. Ciò ha provocato negli infermieri un ulteriore malessere, legato a frequenti conflitti con i medici nonché all'interno dello stesso gruppo professionale nel momento in cui le scelte operative di ciascun infermiere, dettate da livelli diversi di competenze e professionalità, si differenziavano l'una dall'altra.

Questi ed altri fattori, che emergeranno dalla sintetica descrizione storica dell'assistenza infermieristica, hanno contribuito a delineare un'immagine della professione poco attraente, con deboli aspettative, divisa al suo interno, facilmente esposta ad azioni scorrette e fortemente limitanti da parte di altre categorie professionali nelle varie realtà lavorative.

Pertanto l'analisi storica, oltre ad indicare come si è giunti all'attuale profilo di infermiere e alla sua posizione all'interno dei sistemi sociosanitari, può contribuire ad individuare, rispetto all'intera categoria professionale, cause o elementi predisponenti ad azioni di mobbing.

## ***2.1 I periodo dal 1925 agli anni '60***

Sino al 1925, in Italia l'assistenza agli infermi era prerogativa esclusiva di Ordini Religiosi che reclutavano per l'assistenza ragazze povere o bisognose oppure uomini disoccupati, con l'intento di impiegare queste persone che il più delle volte avevano capacità intellettuali alle mansioni più pesanti, confondendo i ruoli di personale di assistenza con quello di ausiliario (facchini).

Il personale era impreparato dal punto di vista tecnico ed umano nonché scarsamente retribuito.

Nel 1901 si costituì il *Consiglio Internazionale delle Infermiere*, associa-

zione infermieristica internazionale che si propose di tracciare linee guida per lo sviluppo completo della personalità dell'infermiere, considerata come donna e cittadina in tutti i Paesi.

Anche in Italia si sollevò la questione femminile. Nel 1908 si svolse a Roma il primo *Congresso Femminile Nazionale* per l'analisi della questione femminile relativamente alla sua indipendenza economica e morale da ottenere tramite il lavoro. In questo ambito rientrò anche la questione della formazione delle infermiere, attività lavorativa che poteva nobilitare la donna e corrispondere alle sue caratteristiche naturali. Occorreva però non solo regolamentare la formazione infermieristica, ma rimuovere anche tutti quei fattori ostacolanti lo sviluppo delle condizioni sociali e culturali dell'intera popolazione femminile.

In quegli anni le poche infermiere volontarie della Croce Rossa, nobildonne italiane dedite all'assistenza ai bisognosi e agli ammalati, cominciarono insieme a gruppi di medici, sulla scia dell'influsso del pensiero e delle prime scuole dell'infermiera inglese Florence Nithingale, a sviluppare l'idea di formare una *leadership* infermieristica indipendente dal personale religioso, formata a livello tecnico/pratico, da poter impiegare e retribuire per attività di assistenza infermieristica negli ospedali e nel territorio.

Furono così istituite e regolamentate le prime *Scuole convitto per Infermiere Professionali* per la formazione infermieristica di base con il R.D.L. 15 agosto 1925 n.1832<sup>21</sup>.

Sulla base delle disposizioni contenute nella norma, le scuole – poste sotto il controllo dello Stato – svolgevano corsi biennali per il conseguimento del diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera. Si istituì un successivo terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive (caposala) e per assistente sanitaria visitatrice (infermiera di comunità con funzioni preventive). Le scuole, inserite in ospedali o cliniche, possedevano un proprio Statuto e Regolamento che rendeva possibile una certa autonomia nella gestione delle attività didattiche. Le scuole, esclusivamente femminili ed a pagamento, avevano l'obbligatorietà dell'internato, una sorta di collegio nel quale le allieve trascorrevano i due anni di formazione teorico/pratica.

La Direttrice della scuola, infermiera con il titolo di caposala, dipendeva dal Direttore Didattico (figura medica spesso coincidente con quella del Direttore Sanitario), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo della struttura ospedaliera in cui era inserita la scuola. Il Direttore Didattico convocava e presiedeva i Consigli dei Docenti mentre la Direttrice della scuola rispondeva al Direttore della sua attività di coordinamento e di docenza. La direttrice, più che dell'insegnamento, era chiamata ad occuparsi dell'educazione morale delle

---

<sup>21</sup> R.D.L. 15 agosto 1925 n. 1832: «“Facoltà della istituzione di Scuole Convitto professionali” per Infermiere e di “Scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale” per “Assistenti Sanitarie Visitatrici” e successivo regolamento R.D. 21 novembre 1929, n. 2330».

allieve, dei problemi disciplinari e della conservazione degli oggetti e del materiale di cui la scuola disponeva. Doveva inoltre organizzare il servizio di assistenza svolto dalle allieve, cioè l'attività di tirocinio clinico considerato come vero e proprio lavoro destinato a soddisfare più l'esigenza dell'ospedale che non quelle della loro formazione.

La subordinazione della Direttrice infermiera al Direttore Didattico e/o al Direttore Sanitario verrà in parte superata dal D.P.R. n.761 del 1979, decreto con il quale si darà riconoscimento alla dirigenza infermieristica nel settore della didattica e dell'organizzazione dei servizi.

Era preferibile che le allieve che intendevano frequentare la scuola possedessero il titolo di scuola media di primo grado. Poiché tale titolo non era obbligatorio, in assenza di questo venivano accettate anche le candidate in possesso della quinta elementare. A livello nazionale, questa situazione determinò negli anni una differenziazione tra quelle scuole che negli anni successivi posero attenzione al livello di cultura e di formazione delle candidate e quelle per le quali era sufficiente che la candidata fosse in grado di leggere e scrivere. Era previsto un periodo di prova, circa tre mesi, al termine del quale veniva espresso un giudizio di idoneità, necessario per la prosecuzione del corso. Le allieve dovevano inoltre sostenere il pagamento di una tassa di iscrizione e tasse mensili per l'intera durata del corso. I pochi insegnamenti teorici, regolamentati successivamente con il D.M. 30 settembre 1938, erano prevalentemente affidati a personale medico. I docenti riportavano i contenuti delle lezioni in testi, scritti in modo semplice e sintetico, consapevoli di rivolgersi a dei subordinati di scarso livello culturale.

L'ambiente formativo era rigidamente regolamentato. Scopo generale della formazione era quello di formare una buona infermiera educata, possibilmente colta, ma soprattutto obbediente poiché considerata una pura esecutrice di ordini. L'allieva poteva essere soggetta a provvedimenti disciplinari per mancanze commesse nella scuola, nel tirocinio e nel convitto. La punizione più grave era il licenziamento e non si prevedeva nessuna possibilità di difesa per l'interessata. Le allieve trascorrevano gran parte del loro tempo di formazione in tirocinio. Erano considerate personale di assistenza e potevano essere chiamate in qualsiasi momento per sostituire personale infermieristico assente per malattia o carente in situazioni di emergenza. Spesso la loro presenza nei reparti era priva della guida e supervisione di personale infermieristico diplomato e ciò determinava l'assunzione di gravose responsabilità non sempre corrispondenti agli obiettivi formativi raggiunti in quel determinato momento dall'allieva.

In sintesi, la formazione delle infermiere professionali<sup>22</sup>, orientata allo svol-

---

<sup>22</sup> Una definizione puntuale di infermiere professionale è rintracciabile nel Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, dove si legge che egli è «il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica... (le cui principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria)».

gimento di mansioni piuttosto che alla gestione di problemi di assistenza, nasce e si sviluppa in un contesto che non favorisce l'acquisizione della capacità di giudizio e di discussione, dello spirito critico, della consapevolezza del proprio ruolo specifico all'interno del sistema sanitario, elementi necessari per sviluppare in modo autonomo il corpo delle discipline infermieristiche e i servizi infermieristici. L'enfasi posta su alcuni aspetti della formazione – come l'obbedienza, la posizione gerarchica dell'infermiera, lo spirito di sacrificio, il controllo e la disciplina – contribuirà a sviluppare, nella gran parte delle infermiere, uno stato emotivo e psicologico particolarmente fragile, incapace di difendersi ma spesso, ancor prima, di riconoscere attacchi e soprusi ad opera di altre categorie professionali.

L'istituzione, con legge n. 1049 del 29 ottobre 1954, dei *Collegi per Infermiere Professionali*, l'attività di alcune associazioni infermieristiche nazionali, l'impegno a favore della formazione infermieristica di enti come la Croce Rossa Italiana e delle organizzazioni sindacali, la crescita di una *leadership* infermieristica, nonché lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche nell'ambito della sanità, porteranno negli anni Sessanta e Settanta a numerosi cambiamenti per gli infermieri nel settore della formazione e dell'attività professionale, determinando una crescita della categoria professionale in linea con quella degli infermieri degli altri Paesi Europei.

## **2.2 Il periodo dal 1965 al 1992**

Con il D.P.R. 24 maggio 1965, n. 775 (“Modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Roma – Istituzione della “Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica”) viene istituita la prima scuola universitaria in Italia per la formazione di personale infermieristico dirigente e docente di scuole e servizi infermieristici a vari livelli.

Per poter essere ammessi alla scuola occorreva la maturità quinquennale, il diploma di infermiera professionale e alcuni anni di attività professionale (da 2 a 5 anni, a seconda dei titoli di specializzazione). Il corso della durata di due anni accademici prevede a tutt'oggi ventidue esami universitari e la dissertazione della tesi finale. Da allora, molte sono oggi le scuole per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica presenti in varie università italiane, che concorrono a promuovere la figura infermieristica nel nostro Paese.

Negli anni di avvio delle scuole per dirigenti e dell'immissione nel mondo del lavoro dei primi infermieri dirigenti, si verificarono numerosi cambiamenti che contribuirono, in modo decisivo, a modificare il profilo dell'infermiere in Italia.

In seguito all'Accordo Europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, sull'istruzione e la formazione delle infermiere – finalizzato a garantire un elevato grado di qualificazione delle infermiere e a garantire la loro libera circolazione nell'ambito dei paesi della Comunità Europea – in Italia, in ossequio a quanto

stabilito, furono apportate modifiche sostanziali alla formazione infermieristica con la legge n. 124 del 25 febbraio 1971<sup>23</sup>.

Tale provvedimento legislativo estese al personale maschile l'esercizio della professione di infermiere professionale. Le Scuole Convitto vennero denominate "Scuole per Infermieri professionali", e fu abolito l'obbligo dell'internato. A partire dall'anno scolastico 1973/74 per l'ammissione alla scuola per Infermieri Professionali furono richiesti dieci anni di scolarità ossia l'idoneità al terzo anno di una Scuola Media Superiore.

Nel 1972 con D.P.R. n. 4 e n. 10 ("Trasferimento della formazione professionale infermieristica alle Regioni") la gestione delle scuole per infermieri passò alle Regioni, lasciando allo Stato competenze relative ai requisiti di ammissione, agli esami finali e agli ordinamenti didattici.

Con la legge 15 novembre 1973 n. 795 ("Ratifica ed esecuzione dell'Accordo Europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere") furono definite le funzioni dell'infermiere, il livello di istruzione richiesto per essere ammessi alle scuole (dieci anni di scolarità), la durata complessiva del corso (di circa 4.600 ore di insegnamento e di tirocinio) da svolgersi nel triennio. Vennero stabiliti alcuni criteri per l'organizzazione del tirocinio clinico, tra i quali l'individuazione di infermiere diplomate da assegnare ai reparti/servizi destinati al tirocinio clinico. La direzione della scuola per infermiere doveva essere affidata a un medico o a un'infermiera mentre l'insegnamento era affidato ad insegnanti qualificati (medici, infermieri e specialisti nelle varie discipline). Successivamente, con D.P.R. del 13 ottobre 1975 n. 867, fu attuata la modifica dei programmi di insegnamento: la durata degli studi venne portata a tre anni con 4.610 ore di formazione teorico/pratica. Si completò così l'adeguamento a quanto stabilito nell'Accordo europeo di Strasburgo in modo tale da garantire la libera circolazione degli infermieri nei paesi della comunità europea. Inoltre si favorì, con il progressivo contatto a livello europeo ed internazionale dei gruppi infermieristici, lo scambio di esperienze e la diffusione di modelli di assistenza e risultati di ricerche su questioni di interesse infermieristico.

Negli anni Sessanta e Settanta, con il repentino sviluppo della scienza medica e della tecnologia, si verificò la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera e quella dei servizi territoriali. In ospedale cominciò ad essere sempre più richiesto l'impiego di personale specializzato, mentre nel territorio più lentamente si diffuse un modello di assistenza sociosanitaria integrata, da realizzarsi in servizi di prevenzione e di riabilitazione. Le scuole per infermieri, in ordine alle disposizioni europee relative alla formazione complementare delle infermiere (Comitato di Sanità Pubblica del Consiglio d'Europa del 1983) attivarono corsi di specializzazione post-base della durata di un anno, al termine del quale veniva rilasciato un attestato di partecipazione. La riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, culminata nella legge quadro n. 833 del 1978 ("Istituzione

---

<sup>23</sup> Legge n. 124 del 25 febbraio 1971 "Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione infermieristica, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione di personale di assistenza diretta".

del Servizio Sanitario Nazionale”) e successivi decreti attuativi, determinò l’esigenza di riorganizzare lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali, dividendolo in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. In base a tale suddivisione, per gli infermieri inquadrati nel ruolo sanitario fu possibile riordinare la normativa concorsuale per le posizioni di infermiere professionale e infermiere professionale specializzato, di infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala) e di infermiere dirigente.

In breve, l’ingresso degli uomini nella professione indusse cambiamenti profondi nelle motivazioni ed una maggiore partecipazione della categoria alle rivendicazioni sindacali ed ai cambiamenti sociali. La componente maschile allargò prospettive occupazionali soprattutto in settori tecnici ed altamente specializzati dell’assistenza e favorì il progressivo miglioramento delle condizioni contrattuali e lavorative.

L’abolizione dell’internato determinò una drastica riduzione dei fattori di condizionamento che incidevano sulla formazione e favorì una maggiore crescita professionale a livello individuale. L’adeguamento alla normativa europea diffuse la necessità di confrontarsi con gli infermieri degli altri paesi circa i modelli formativi ed organizzativi. Si sviluppò l’associazionismo per l’innalzamento culturale del personale infermieristico e per la tutela del suo esercizio professionale.

Purtroppo le numerose organizzazioni professionali e sindacali presero posizioni diverse rispetto alle azioni di sviluppo da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi.

Le organizzazioni professionali riproposero il vecchio modello di una professione elitaria, refrattaria alle problematiche sociali e lavorative, mentre le organizzazioni sindacali privilegiarono la contrattazione economica perseguendo l’appiattimento della categoria, senza tenere conto degli aspetti culturali, giuridici e di status che determinarono comunque una differenziazione di funzioni all’interno della professione.

La contrapposizione di queste due componenti di rappresentatività della professione infermieristica, in costante conflitto sulle problematiche professionali, non favorì l’evoluzione della formazione dei quadri dirigenti – aspetto fondamentale per il perseguimento dell’autonomia della professione – e continuò ad ostacolare un vero e proprio salto di qualità per l’intera categoria professionale, rendendo ancora debole e instabile l’immagine professionale.

### ***2.3 Il periodo dal 1992 ad oggi***

Il dibattito all’interno della categoria professionale, il clima sociale e politico degli anni ’80 nonché gli effetti della nuova organizzazione sanitaria, contribuiranno negli anni Novanta a promuovere numerosi cambiamenti a livello legislativo per la professione infermieristica.

Con il D.M. del 31 gennaio 1992 (“Istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche”) e successive modificazioni e con il D.M. 24 luglio

1996 (“Approvazione della tabella XVIII ter.”), recante gli ordinamenti didattici, la formazione infermieristica di base si realizza secondo ordinamenti didattici universitari da completare con corsi di perfezionamento (DPR 162/’82) e con il preesistente corso per dirigenti dell’assistenza infermieristica.

Con il D.M. n. 739 del 1994 verrà definito il nuovo profilo dell’infermiere, ottenendo successivamente con legge del 26 febbraio 1999, n. 42 l’abolizione del mansionario e il cambiamento nella denominazione da “Professione sanitaria ausiliaria“ a “Professione sanitaria”.

Gli infermieri assaporano per la prima volta la possibilità di definirsi professionisti a tutto tondo senza dover fare conti con funzioni ausiliarie delegate dal medico.

Per l’infermiere, così come per qualsiasi professionista, sarà la propria competenza professionale, il profilo ed il Codice Deontologico a definire lo specifico del suo agire professionale e le conseguenti responsabilità operative da assumersi nei contesti operativi. Il recente decreto ministeriale del 2 aprile 2001 (“Determinazione delle classi delle lauree universitarie e delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie”) sostiene appieno l’autonomia professionale con la trasformazione ed il completamento del percorso formativo. Oggi è possibile ottenere una laurea da infermiere con tre anni di formazione universitaria, proseguire con Master di I livello, specializzarsi con laurea di II livello e completare gli studi infermieristici con Master di II livello e Dottorati di ricerca.

In sintesi, dunque, l’avanzamento dell’immagine professionale delineata nei provvedimenti legislativi non è ancora evidente nei luoghi di lavoro. L’infermiere ha ancora molte difficoltà a trovare spazi di autonomia e a utilizzare risorse umane e materiali per promuovere una maggiore qualità delle cure infermieristiche. Spesso egli è ancora coinvolto in situazioni in cui è chiamato a dipendere da livelli decisionali di altre figure: l’infermiere dal medico, la caposala dal primario, il direttore dei servizi infermieristici dal direttore sanitario ed amministrativo.

L’organizzazione dei servizi sociosanitari non è ancora pronta a recepire i nuovi profili professionali ed a definire nuove posizioni funzionali in cui si renda possibile l’espressione di professionalità infermieristiche specializzate.

Molte sono le resistenze legate a rigide mentalità, a problemi economici e a problemi organizzativi, che ostacolano il cambiamento a livello operativo, contribuendo a rendere poco attraente la professione infermieristica tra i giovani.

Gli stessi infermieri, divisi al loro interno per le tante storie diverse vissute a livello formativo e professionale, spesso contribuiscono ad alimentare conflitti, stress e demotivazione, con il risultato di frequenti cambiamenti di sede lavorativa ed un precoce abbandono della professione.

Ci vorrà ancora tempo e sostanziali cambiamenti a livello di politica socio-sanitaria per poter dare a tutte le professioni della salute, compresa quella infermieristica, opportuni spazi di visibilità e decisionalità nei contesti operativi, in un’ottica di proficua collaborazione ed integrazione.