

**CASA DI CURA VILLA SILVIA
SENIGALLIA**

aggiornamento in tema di Assistenza Infermieristica

**Storia dell'Assistenza Infermieristica: dall'istituzione della figura
dell'Infermiere al DM 739/94.**

Dr Stefano Marconcini




Identificare e descrivere le origini esatte dell'assistenza agli infermi non è facile, poiché non si sa niente su che cosa fosse nella preistoria quello che oggi è il lavoro dell'infermiere (semanticamente, colui che assiste gli infermi).



Tutto ciò che è stato scritto sull'assistenza in alcuni periodi storici risulta essere solo deduzioni di studiosi della preistoria, basate sulle scoperte di archeologi ed antropologi. In queste fasi, è molto difficile distinguere l'assistenza agli infermi dalla medicina, in quanto risultano essere strettamente legate tra loro in un rapporto unico e originale.



Molti pensano che l'assistenza infermieristica abbia avuto inizio ad opera di Florence Nightingale, ma in realtà l'assistenza agli infermi ha origini lontane quanto la medicina stessa. È stata definita come la più antica delle arti e la più giovane delle professioni e come tale è passata attraverso numerose fasi dovute ai cambiamenti sociali e culturali del periodo storico. In qualunque testo sulla genesi dell'assistenza agli infermi si possono trovare dati considerevoli che si rifanno alla storia dell'assistenza come una storia di donne.



Uno storico ha descritto questo fenomeno con un'asserzione chiara e concisa: "l'infermiera è lo specchio nel quale si riflette la condizione femminile attraverso i secoli" (Robinson 1946).



Nell'antichità la donna assisteva solo i propri consanguinei; successivamente, con lo sviluppo delle prime civiltà, anche gli schiavi e i servi delle famiglie cominciarono a ricevere delle cure, e l'assistenza iniziò ad essere praticata fuori dalle mura domestiche. Nei periodi in cui le donne per convenzione sociale erano relegate a casa e dedicavano le loro energie unicamente alla famiglia, l'assistenza deve aver assunto l'aspetto di un'arte domestica.



I doveri delle donne, il loro grado di indipendenza economica, la libertà al di fuori della famiglia ed altri fattori hanno seriamente condizionato la storia dell'assistenza. Sicuramente il massimo progresso del Nursing non si sarebbe potuto ottenere senza l'emancipazione della donna dallo stato di sudditanza in cui si trovava.



L'infermiera, nella cultura e nel cinema, è una figura amata e odiata, ed è protagonista di romanzi rosa e di romanzi violenti; assume ruoli da protagonista soprattutto durante i momenti di crisi sociale, guerre e calamità naturali.



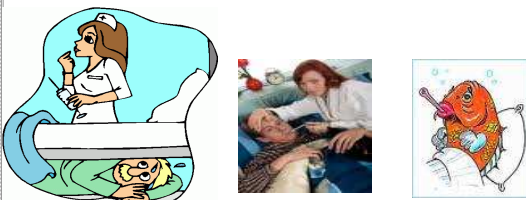
I termini Nurse e Nursing hanno molti significati: la storia e lo sviluppo dell'assistenza sono stati sempre strettamente correlati al cambiamento di questi due termini, dovuti al diverso equilibrio delle forze sociali presenti in un determinato periodo storico.



La parola Nursing ha origine nella cura che le madri hanno per i loro neonati, e riconosce la propria radice nella lingua latina "nutrix" ovvero colei che nutre. Il termine "Nutrix" veniva usato sia per la donna che allatta il proprio sia l'altrui figlio, oltre ad indicare una donna che nutre in senso lato.



Il significato sia del sostantivo sia della forma verbale ha continuato ad ampliarsi per arrivare a definire tutte le funzioni proprie dell'assistenza in ogni età dell'uomo.



Verso il XVI secolo i significati del sostantivo includevano quello di una persona, quasi sempre una donna, che si prendeva cura degli infermi. La forma verbale cominciò ad includere lo stesso significato solo nel secolo XVIII. Nel corso del XIX secolo, si aggiunsero due nuove componenti: la formazione degli addetti all'assistenza e lo svolgimento di questi compiti sotto la supervisione del medico.



Sfortunatamente l'origine della Nurse, con funzione di madre, perpetuò l'idea che l'assistenza potesse essere svolta solo dalle donne; era l'istinto materno a fornire l'impulso necessario per prendersi cura di quelli che soffrivano o erano indifesi. Le donne per il loro istinto materno venivano considerate infermiere nate; di qui, l'esistenza di una immagine popolare dell'infermiera come madre amorevole che spontaneamente consola e dà assistenza.



Origini della professione infermieristica

Nell'800, nell'epoca della rivoluzione industriale, si dà particolare importanza all'igiene ed alla medicina e quindi si richiede una preparazione infermieristica per svolgere funzioni che divengono via via più complesse. Così come nel tempo la medicina da arte diventa una disciplina scientifica, nel XIX secolo anche l'assistenza infermieristica muta da arte in corpus scientifico.



È il periodo in cui Florence Nightingale, nobildonna inglese, si occupa di riformare in tal senso l'assistenza infermieristica, ottenendo risultati di rilievo. Nascono le prime scuole per infermiere, che in seguito si svilupperanno in tutta Europa.



Nei primi anni del novecento si sviluppa un ampio dibattito che vede protagoniste le infermiere e, anche se il processo di trasformazione clinica è iniziato, un grosso ostacolo è rappresentato dalla disastrosa situazione dell'assistenza infermieristica. Tale situazione viene descritta in numerosi articoli sulla stampa nazionale, al punto di dar luogo a numerose interrogazioni parlamentari.



La prima è del 1907 e riguarda il modo di trattare gli ammalati da taluni infermieri nel Policlinico di Roma e denuncia maltrattamenti ed incuria. Tuttavia sono proprio i lavoratori della categoria a pubblicizzare il problema; la Federazione delle Leghe sindacali degli Infermieri sin dalla sua costituzione, avvenuta nel 1904, denuncia in Congressi ed attraverso il primo organo di stampa "L'Infermiere" la pessima qualità dell'assistenza rivolta agli ammalati.



Sono Anna Celli e Ersilia Majno, esponenti dell'Unione Femminile Nazionale, a compiere le prime analisi dettagliate sulla condizione infermieristica nei grandi ospedali. La scarsa qualità infermieristica viene analizzata soprattutto dai medici, come documentano gli atti dei congressi dell'Associazione Nazionale Medici Ospitalieri. Le condizioni sociali e culturali delle donne italiane sono, nel complesso, arretrate.



Le donne di classe medio-alta hanno probabilmente minori esigenze lavorative che in altri Paesi, in Italia, quindi, diviene più difficile che altrove la formazione di infermieri dirigenti in grado di sviluppare una cultura professionale autonoma e di guidare in modo consapevole l'evoluzione della professione. La mentalità diffusa in larga parte nei ceti dominanti si contrappone ai principi della Nightingale, in quanto si ritiene che per essere una buona infermiera basti essere donna, avere una moralità elevata e possedere una certa istruzione di base.



Pertanto il predominio della professione e della cultura medica su quella infermieristica è netto e si rivelerà duraturo. Sono i Medici che costituiscono la quasi totalità del corpo insegnante nelle scuole per Infermiere; sono loro che svolgono negli Ospedali alcune funzioni che altrove competono alla Capo Sala. Di tutto ciò l'assistenza infermieristica risentirà nei decenni successivi.



Tentativi di riforma per la preparazione da impartire alle allieve infermiere furono fatti da Anna Fraentzel, moglie di Angelo Celli, famoso medico studioso di malaria che riteneva il ruolo dell'infermiera ben distinto da quello delle inservienti, auspicando l'apertura di carriera al personale di assistenza laico, individuando l'infermiera votata alla professione/missione e che, in quanto tale, non si dovesse sposarsi. La Celli si occupò come dirigente dell'organizzazione "unione femminile" che raccoglieva donne del ceto medio e condusse quella che può essere definita una delle prime indagini sulla condizione della donna infermiera in Italia, tracciandone un primo, riuscito ritratto.

Scrive Zimmern ne "la Nuova Antologia" del 1910 "... la donna addetta al suo servizio e chiamata servente era sudicia e sciatta nella persona e nel vestire ed ignorante di ogni più elementare regola scientifica riguardo al servizio degli ammalati. ... Inorridii a ciò che ebbi a vedere e sentire durante le mie visite alla amica mia, tanto che iniziai una specie di piccola inchiesta per mio conto intorno ai metodi in uso per il servizio negli Ospedali, e così venni a sapere che in Italia non c'era una scuola per infermiere nel senso come si intende in Inghilterra, in Germania, in America e che per conseguenza la cura e l'assistenza degli ammalati viene affidata alle monache necessariamente ignoranti in materia scientifica e a donne sul genere di quella che avevo veduta io, vale a dire imedicate, ignoranti e provenienti da un gradino della scala sociale ancora più basso da quello da cui provengono le donne di servizio".

*In Italia nessun Ospedale aveva posto l'obbligo per le infermiere di possedere la licenza elementare: spesso ci si accontentava che la donna sapesse appena leggere e scrivere, e in molte realtà non era richiesto neppure questo. Alcuni ospedali avevano istituito brevi corsi (per altro spesso non obbligatori) che le donne avrebbero dovuto frequentare per essere ritenute idonee alla professione; in molti casi, però, si era promosse infermiere **dopo un breve tirocinio al servizio di lavanderia e cucina.***

Anche gli infermieri uomini erano numerosi all'interno delle strutture ospedaliere, soprattutto manicomiali, per le quali era necessaria più di una solida preparazione professionale: la mera forza fisica. Questi infermieri appartenevano spesso al ceto dei contadini giornalieri, e consideravano il lavoro in ospedale come occupazione provvisoria, intercambiabile con quella dei campi nei periodi invernali o di bassa attività agricola. Ricorda Baccarani che il 50% dei "guardammati" proveniva dalla campagna; l'altra metà esercitava i mestieri più disparati e molto spesso questo personale abbandonava l'ospedale non appena gli si offriva un posto migliore e meglio retribuito.

*Lo statuto delle scuole convitto, approvato nel 1910, conferma la volontà di "elevare sotto ogni aspetto la professione di infermiera, rendendo possibile di dedicarsi ad essa a signorine bene educate ed istruite". Sono i medici che per primi in Italia sotto la spinta delle continue scoperte in campo scientifico sentono l'esigenza di avere del "personale infermieristico educato, colto ed intelligente (che) deve inoltre possedere dolcezza dei modi, prudenza, discrezione; deve essere giusto rispettoso **obbediente**, previdente, calmo, pronto e pulito". (Congresso dei Medici Ospitalieri di Milano 1907).*

Nello stesso periodo, agli inizi del 1900, in Inghilterra il processo di cambiamento della professione infermieristica era già iniziato ad opera di Florence Nightingale: anche in Italia si cerca di attuare il modello inglese per riformare la professione. Ma in un ambiente che non ha rappresentanze infermieristiche, l'attuazione di un modello che prevede la totale autonomia rispetto ad altre figure trova grossi e insuperabili ostacoli. Medici e amministratori rivendicano il monopolio della formazione e della direzione dell'assistenza infermieristica.

Si scrive "l'assistenza infermieristica come un gradino (...) della ben connessa scala al cui vertice splende il fulgore della scienza medica", e ancora "nell'ipotesi di negligenza o per insufficienza o mal d'animo l'infermiera non esegue quanto prescritto, il medico o il Direttore non potrebbero intervenire direttamente ma dovrebbero rivolgersi alla Matron, anch'essa infermiera e il medico (...) non si adatterà a subire giudizi di chi scientificamente e professionalmente egli sente ed è a sé inferiore". Del resto è impensabile che i medici siano esclusi dall'assistenza in quanto essi "sono (...) i depositari dei processi evolutivi, che si affermano in un campo, che è chiuso alla comprensione delle infermiere, anche se pervenute al massimo grado della gerarchia".

Ma la valutazione sulla condizione disastrosa delle infermiere spinge, soprattutto i medici, a presentare nel 1921 un disegno di legge sulle Scuole Infermieristiche. La regolamentazione della formazione infermieristica a livello nazionale avviene soltanto a partire dal 1925, ossia dopo che la borghesia italiana ha compiuto la scelta fascista.



Le scuole vengono istituite con R.D.L. 15 agosto 1925 n° 1832 "Facoltà della istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere e di scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici". Si accentua la discriminazione nei confronti delle donne e la divisione dei ruoli tra i sessi si fa più rigida; l'ideologia che esalta la funzione materna della donna, serve tra l'altro, ad espellere dall'attività lavorativa molti elementi femminili con lo scopo di contenere la disoccupazione e di garantire la presenza nelle case di qualcuno che svolga gratuitamente una serie di servizi indispensabili.

In questo clima culturale viene istituita con legge dello Stato, la "Scuola Convitto per Infermiere", esclusivamente femminile e finalizzata a preparare le giovani ad un lavoro considerato peculiare al loro sesso. Per oltre un ventennio c'è scarsa considerazione per chi esercita una professione femminile, ritenuta del tutto subordinata a quella medica (il potere decisionale è del Direttore Sanitario, medico, e la Direttrice infermiera, ha solo potere consultivo). Viene richiesta la licenza elementare che però non è obbligatoria in mancanza di candidate che ne siano in possesso. Nel R.D. del 1929 vi è un articolo che non richiede commenti: "le religiose che, per regola del loro istituto, non possono prestare l'assistenza agli uomini, potranno ricevere un diploma professionale con tale limitazione".

È da tener presente che tale regolamentazione è stata in vigore nelle scuole fino al 1996/97, anno del definitivo passaggio alla formazione infermieristica in ambito universitario. Con l'Accordo di Strasburgo del 25 ottobre 1969 vengono stabiliti i requisiti minimi di accesso per le Scuole infermieristiche e il monte ore minimo di insegnamento da impartire pari a 4600 ore. La normativa italiana ha ratificato il dettato comunitario con la legge 795 del 15 novembre 1973. Con il successivo D.P.R. 867 del 13 ottobre 1975 vengono modificati gli ordinamenti didattici. Infine con la legge del 25 febbraio 1971 n° 124 viene soppresso l'obbligo di internato estendendo anche agli uomini la possibilità di accedere alle Scuole per Infermieri Professionali e la denominazione Scuola Convitto viene sostituita con quella di "Scuole per Infermieri Professionali".



Sono anni in cui si comincia a sentire sempre più forte l'esigenza di un cambiamento: l'infermieristica da arte sanitaria sta diventando una vera e propria scienza e come tale inizia a ricercare nuovi modelli concettuali e filosofici e a proporre nuove strategie operative. Con il D.P.R. 761 del 20 ottobre 1979 per la prima volta si parla di operatore professionale dirigente, ove viene identificato lo stato giuridico, anche delle figure infermieristiche.

Con la normativa Concorsuale del 1982 il Diploma conseguito presso le Scuole Universitarie dirette a fini speciali per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica diventa requisito obbligatorio per chi voglia partecipare ai concorsi per Direttore Didattico e Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari. Tutto questo non basta agli infermieri che spingono per ottenere un percorso formativo che preveda la possibilità di una Laurea nelle discipline infermieristiche, abbandonando definitivamente il modello formativo previsto dal R.D. del 1925.

In attesa di una riforma organica, l'attuazione della legge del 19 novembre 1990 n°341 sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari, ha previsto l'istituzione del Diploma Universitario di primo livello e successivamente il Corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche che è stato stabilito dalla tabella XXXIX ter di cui al D.M. 2 dicembre 1991.



Formazione universitaria

La formazione infermieristica ed ostetrica Universitaria con l'approvazione della Legge 341/90 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" istituisce i diplomi universitari individuati all'art. 2: "Il Corso di Diploma si svolge nelle Facoltà, ha una durata non inferiore a due anni e non superiore a tre, e comunque corrispondente a quella eventualmente stabilita dalle norme della Comunità Economica Europea per i diplomi universitari di primo livello ed ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali e di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali.

Bisogna considerare, tuttavia, che questo provvedimento pur creando le premesse per un rinnovamento, non modifica le tradizionali Scuole per infermieri professionali. Il Corso di Diploma Universitario costituiva infatti un canale formativo parallelo a quello delle Scuole operanti in ambito regionale, i cui diplomi conservavano integro il proprio valore, ed erano gli unici che, abilitando all'esercizio professionale, rendevano possibile l'inserimento nelle attività professionali autonome e nelle strutture pubbliche e private.

Coesisteva inoltre un differente requisito di accesso alla formazione infermieristica: le scuole per infermieri professionali, 10 anni di scolarità, e i diplomi universitari, tredici anni di scolarità. In questo contesto incongruente, i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 e successive modificazioni definirono che: "la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera. Il relativo ordinamento didattico È definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19.11.1990 n° 341, con Decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il ministro della sanità. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico sono affidati di norma al personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti.

I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 del novembre 1990 n° 341, sono soppressi entro tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Per i corsi disciplinati dai precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore".

I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 del novembre 1990 n° 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1 gennaio 1994. Per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale.



Nell'anno accademico 1992/93, in seguito all'ordinamento didattico definito dal Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del Dicembre 1991 (Tabella XXXIX TER), molte Facoltà di Medicina e Chirurgia istituirono il Diploma Universitario in "Scienze Infermieristiche", successivamente modificato con il Diploma Universitario per Infermiere. Il nuovo assetto dei percorsi universitari venne definito con il Decreto 3 novembre 1999 n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei". Questo Decreto ridisegna l'impostazione degli studi universitari, i percorsi, e l'articolazione dei corsi.

I titoli ed i corsi di studio sono stati definiti in:

1. laurea (L)
2. laurea specialistica (LS)
3. diploma di specializzazione (DS)
4. dottorato di ricerca (DR)



La nuova impostazione dei percorsi di studio universitari si basa su due cicli di corsi di studio:

- Corsi di primo livello di durata triennale, al termine dei quali si consegue il diploma di laurea, e permette di acquisire una formazione culturale e una preparazione professionale valida per il mondo del lavoro in tutti i campi disciplinari. Questo percorso altamente professionalizzante permette l'immediato inserimento nel mondo del lavoro.
- Corsi di secondo livello di durata biennale che costituiranno il successivo percorso per approfondire, ampliare e diversificare le conoscenze e le competenze. Al termine dei corsi di studio di secondo livello si consegue la laurea specialistica.

L'architettura a due cicli (3 + 2), offrendo due livelli di conoscenza, approfondimento, competenza e professionalità, risponde in modo puntuale alla varietà di aspettative culturali, desideri e attitudini degli studenti e alle diverse esigenze del mondo del lavoro. In particolare, è interessante evidenziare il cambiamento nei percorsi formativi "di base" che prevedono il passaggio dal Diploma per Infermieri Professionali a Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche a Diploma per Infermieri a Laurea di primo Livello in Infermieristica.

Viene introdotta, tra i due livelli, una ulteriore possibilità formativa rappresentata dai Master. Attraverso questi ulteriori percorsi di specializzazione in campi o settori di particolare interesse, si può ottenere un avanzamento di competenze altamente professionali, quindi immediatamente spendibili nel mondo del lavoro. Ai corsi di Master si può accedere sia direttamente dopo la laurea di primo livello, master di I livello, sia dopo la laurea di secondo livello, master di II livello.

Tutto questo è sostenuto da un altro significativo rinnovamento, in linea non solo con le necessità della realtà italiana ma anche dell'Europa: il sistema dei crediti. L'introduzione del sistema dei crediti, anche nelle università italiane, sposta l'attenzione dall'insegnamento all'apprendimento, pensando i corsi universitari non in termini di contenuti proposti dai docenti, ma di lavoro richiesto allo studente.

Il credito formativo universitario (CFU) è infatti "la misura del volume di lavoro di apprendimento, compreso lo studio individuale, la ricerca bibliografica, richiesto ad uno studente per l'acquisizione di conoscenze e abilità nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio". Il Decreto 509/99 fa corrispondere ad un credito, un carico di lavoro di 25 ore, che viene elevato a 30 ore per alcune lauree, quella di infermiere, infermiere pediatrico e di ostetrica.

I laureati nella prima classe di laurea sono, ai sensi della legge 10 agosto 2000 n. 251 articolo 1 comma 1, operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica che 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 nell'età evolutiva, adulta e geriatrica.

La legge n. 251/2000 colloca il professionista sanitario in un ambito di piena autonomia che richiama i principi contenuti nella legislazione professionale più recente e moderna e che pone l'infermiere laureato in grado di sviluppare appieno le competenze raggiunte grazie ad una formazione universitaria avanzata.



L'articolazione della laurea triennale in infermieristica si sviluppa in attività formative indispensabili, distinte in: attività formative di base, caratterizzanti, affini o integrative, a scelta dello studente. Per ognuna di queste attività formative vengono identificati gli ambiti disciplinari ed i settori scientifico disciplinari.



Le università attraverso il regolamento didattico di Ateneo stabiliscono:

- 1. l'elenco degli insegnamenti da affidare, la cui titolarità per i corsi di laurea in convenzione secondo il Decreto Legislativo 502/92, e successive modificazioni, è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti;*

- 2. il numero dei crediti da assegnare agli ambiti disciplinari;*
- 3. i settori scientifico disciplinari e i crediti, assegnando loro un numero adeguato di crediti. Almeno il settanta per cento dei crediti deve essere riservato all'ambito specifico corrispondente alla figura professionale cui è finalizzato il corso di laurea;*
- 4. l'impiego tra le attività affini o integrative degli ambiti disciplinari caratterizzanti non utilizzati;*
- 5. l'impegno orario complessivo riservato allo studio personale e altre attività formative di tipo individuale che non può superare il trenta per cento.*

Appaiono così evidenti due importanti fenomeni, la completa autonomia didattica delle università e gli strumenti operativi di tale autonomia: il regolamento didattico di ateneo e di corso di laurea. La laurea specialistica rappresenta il percorso formativo attraverso il quale gli infermieri hanno l'opportunità di approfondire ed ampliare le loro competenze in ambito clinico disciplinare; ma soprattutto in ambito manageriale e dirigenziale.

DAL DPR 225/74 AL DM 739/94

La Professione Infermieristica, in seguito ad un processo evolutivo degli ultimi 15 anni, sta cambiando: il ruolo dell'Infermiere è cambiato. Il sistema tradizionale di abilitazione all'esercizio professionale, prima del cambiamento era caratterizzato dal cosiddetto "mansionario"

(DPR 225/1974).

Più esattamente il decreto conteneva un elenco di compiti dal carattere rigido ed esaustivo. Era lo strumento normativo a caratterizzare il ruolo dell'Infermiere, mettendo in evidenza un ruolo da esecutore, dalla responsabilità limitata. Il contributo dell'infermiere oggi non è più limitato all'esecuzione di ordini o alla gestione di aspetti organizzativi o, all'assunzione di un ruolo da "missionario".

D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225
Pubblicato Sulla Gazzetta Ufficiale 18 giugno
1974, n. 157

*Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310,
sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri
generici.*

Decreta:

*E' approvato l'unito regolamento riguardante le mansioni
dell'infermiere professionale, della vigilatrice d'infanzia,
dell'infermiere professionale specializzato, dell'assistente
sanitario e dell'infermiere generico.*

STRUTTURA DEL DPR 225/74

*Il Dpr 225 era suddiviso in 5 titoli, il primo titolo
riguardava le mansioni e le attività dell'Infermiere
Professionale, il quinto titolo le mansioni dell'Infermiere
generico, che rimangono tutt'oggi applicate.*

*Il titolo I era a sua volta suddiviso in due parti, la prima
riportava le mansioni dell'Infermiere professionale, la
seconda le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette
degli infermieri professionali. Entrambi costituite da un
elenco di compiti che l'Infermiere doveva svolgere.*

*Il mansionario, alla fine del Titolo I inoltre riportava:
Le prestazioni di cui ai punti d) vaccinazioni per via orale,
per via intramuscolare e percutanee, g) applicazioni
elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e
similari, n), cateterismo nell'uomo con cateteri molli, o)
sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico, p)
lavanda gastrica, debbono essere eseguite su prescrizione e
sotto controllo medico.*

*E' consentita agli infermieri professionali la pratica delle
iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta
dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di
organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto
indicazione specifica del medico responsabile del reparto.*

IL CAMBIO DELLA GUARDIA

*Il mansionario, con il suo rigido elenco di mansioni e
di compiti, non può più soddisfare le reali necessità
dell'assistenza e fa sì che l'infermiere operi
quotidianamente trasgredendo la legge e divenendo
quello che il giornalista Sergio de Carolis chiama
"delinquente abituale".*



*Il de Carolis, incaricato per conto della redazione del
periodico della Federazione Nazionale "L'Infermiere" di
scrivere un articolo sul mansionario, ha voluto calarsi per
tre giorni nei panni di un infermiere, affiancandosi a varie
equipe in servizio presso diverse unità operative. Alla fine
egli è giunto alla conclusione che assistere la persona ed
osservare il mansionario sono incompatibili come il
diavolo e l'acqua santa.*

*All'opposto, l'infermiere che emerge dall'analisi del nuovo
Regolamento concernente il campo dell'attività
professionale, è un professionista al quale è riconosciuta
la competenza e la responsabilità dell'assistenza.*



*Egli soddisfa i bisogni assistenziali dell'utente,
attraverso una gestione responsabile delle diverse
situazioni, nella logica del superamento del luogo
ove si svolgono (strutture ospedaliere pubbliche,
private, territorio, domicilio, in regime di
dipendenza o libero professionale).*



Una precisazione importante è la scomparsa della dizione "sotto controllo medico", sostituita dalla frase "in collaborazione con altri professionisti della salute".

Questi nuovi aspetti innovativi risaltano fortemente l'autonomia professionale, che però deve essere interpretata nel modo giusto, cioè come maggiore libertà di decisione e pianificazione per quanto riguarda le proprie competenze.

Tuttavia bisogna convenire che il vecchio mansionario in molte occasioni ha rappresentato una sorta di scudo di protezione dietro al quale ripararsi e da "tirare fuori" specie nei casi di contenzioso, quando ad esempio ci si voleva difendere da un eccessivo carico di lavoro, oppure nelle controversie con i medici. Alla luce di ciò, è bene che l'abrogazione del DPR 225/74 non ci faccia sentire orfani, in quanto gli elementi giuridici che definiscono la professione sono presenti e ben saldi.



Resta di fondamentale importanza la crescita professionale, che si concretizza attraverso l'acquisizione di modelli di comportamento autonomi, che richiedono capacità di valutazione dei bisogni dell'assistito, ma anche di autovalutazione continua, cioè essere in grado di capire se si è preparati ad erogare una prestazione con competenza e sicurezza e non perché lo prescrive la legge o lo chiedo qualcuno.



IL DM 739/94

Il D.M. 739 del 1994 delinea la figura ed il relativo profilo professionale dell'Infermiere. Il Dizionario della lingua italiana Devoto-Oli definisce il profilo come "la linea che delimita un oggetto alla vista fornendo dati essenziali per individuarne o ricostruire l'aspetto", ed ancora come "la succinta descrizione delle capacità intellettuali di qualcuno o delle caratteristiche di qualcosa". Nel nostro caso il "qualcosa" è l'assistenza infermieristica e il "qualcuno" l'Infermiere.

Quattro i punti fondamentali del regolamento:

- 1. nell'ambito dell'assistenza sanitaria genericamente intesa esiste un campo specifico di intervento che è quello dell'assistenza infermieristica;*
- 2. all'Infermiere vengono riconosciute come funzioni proprie la prevenzione, l'assistenza e l'educazione sanitaria;*

- 3. l'Infermiere è un professionista a cui viene riconosciuta una metodologia specifica e peculiare d'intervento, autonomia e responsabilità professionale;*
- 4. si riconosce all'Infermiere, responsabile dell'assistenza generale, la necessità di possedere ulteriori conoscenze teorico pratiche che verranno fornite con la formazione complementare.*

Si è sancito dunque il passaggio dall'Infermieristica tecnica (Infermiere professionale) all'Infermieristica intellettuale (Infermiere professionista).

Secondo il modello professionale di Greenwood le caratteristiche di una professione sono: un corpo sistematico di teorie, l'autorità professionale, la sanzione sociale, il codice etico e la cultura professionale.

Il profilo riconosce un **corpo sistematico di teorie** dando facoltà decisoria agli Infermieri, getta le basi per la **sanzione sociale** specifica e sostiene la **cultura professionale**. Per quanto riguarda il **codice etico** l'ultima stesura del Codice Deontologico degli Infermieri è stata pubblicata nel febbraio 2009.

L'autorità professionale, che non viene regalata da nessun atto formale, gli Infermieri la conquisteranno quando avranno imparato a governare il loro ruolo, a partire dalla corretta interpretazione del proprio profilo professionale.



ANALISI DEL D.M. 739/94

Articolo 1

1. E' individuata la figura professionale dell'Infermiere con il seguente profilo: l'Infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Operatore Sanitario: il termine usato evidenzia il superamento della definizione di Infermiere come operatore che esercita una professione ausiliaria di altre (es. quella del medico), come definito nel R.d. n. 1265 del 1934. Lo stato di ausiliarietà per gli Infermieri è stato definitivamente abolito con la successiva L. n. 42 del 1999.



Responsabile dell'assistenza generale infermieristica: L'assistenza infermieristica è un campo specifico di intervento nell'ambito dell'assistenza sanitaria genericamente intesa. L'Infermiere risponde direttamente delle azioni che pone in essere per erogare tale assistenza.



L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

Il comma 2 delinea con chiarezza i campi d'intervento specifico dell'Infermiere. Innovativo è il riconoscimento d'intervento infermieristico nell'ambito delle cure palliative, che si traduce nell'assistenza della persona la cui situazione clinica è ad un punto di non ritorno e l'obiettivo infermieristico è "fare qualità" di vita o di morte.

Si gettano le basi cioè per il riconoscimento di un approccio assistenziale globale che permette all'Infermiere di rispondere a tutti i bisogni della persona, dallo stato di salute (prevenzione) allo stadio di abbandono della vita (assistenza al morente). Innovativo anche il riconoscimento della natura relazionale, riabilitativa ed educativa della professione.

Questo significa riconoscere che alla tecnica, l'Infermiere associa un approccio assistenziale caratterizzato da colloqui strutturati, finalizzati al supporto dei bisogni relazionali per il superamento della malattia, anche attraverso interventi educativi sanitari, se necessario.

L'Infermiere:

- a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;**
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;**
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;**
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche**

- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;**
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;**
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.**

Il comma 3 precisa che:

- a. l'interazione di diversi operatori sanitari è indispensabile per una corretta identificazione di bisogni di salute della persona e della collettività. Viene riconosciuta all'Infermiere una competenza specifica che lo rende componente a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e in grado di concorrere alla identificazione di tali bisogni.*

6. La competenza specifica che rende l'Infermiere membro a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare è la stessa che lo rende protagonista dell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Indipendentemente dal modello concettuale a cui l'Infermiere si riferisce per identificare il bisogno, ne consegue la capacità e la responsabilità diretta di definire gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere per ottenere la soddisfazione e/o la compensazione del bisogno autonomamente identificato.

- c. Definiti gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere, all'Infermiere è parimenti riconosciuta la capacità e la competenza per:**
 - Definire le priorità d'intervento;**
 - Scegliere tra diverse ipotesi risolutive;**
 - Individuare strumenti e risorse necessarie all'intervento;**
 - Attuare le azioni necessarie;**
 - Verificare quanto attuato e il livello con cui è stato raggiunto il risultato ipotizzato.**

Pertanto l'Infermiere è direttamente responsabile del risultato conseguito.

- d. *Nel garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, l'Infermiere si assume la responsabilità della correttezza delle azioni svolte in prima persona o da altri da lui individuati, ma non del risultato conseguito dalla prescrizione.*
- e. *Viene rafforzato il concetto di lavoro di equipe, inteso come partecipazione attiva al soddisfacimento dei bisogni di salute, nell'ambito delle proprie competenze.*

- f. *Nell'espletamento delle sue funzioni l'Infermiere può avvalersi dell'opera del personale di supporto (ausiliari, OSS, ecc), e risponde del risultato conseguito e della persona che ha scelto, in quanto ha valutato le capacità, l'esperienza, la preparazione, mentre il personale di supporto risponde della correttezza delle azioni svolte.*
- g. *Viene ribadito che l'Infermiere opera in ambito intra ed extra ospedaliero, in strutture pubbliche e private. Il profilo conferma la possibilità di svolgere le proprie funzioni oltre che in regime di dipendenza, anche in regime libero-professionale come precedentemente stabilito.*

L'Infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Il comma 4 riconosce all'Infermiere la funzione didattico-formativa e il suo concorso alla ricerca. La ricerca può essere orientata allo sviluppo delle conoscenze professionali e dei servizi e svolta in collaborazione con altre figure.

Comma 5

La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli Infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: Infermiere di sanità pubblica;***
- b) pediatria: Infermiere pediatrico;***
- c) salute mentale-psichiatria: Infermiere psichiatrico;***
- d) geriatria: Infermiere geriatrico;***
- e) area critica: Infermiere di area critica.***

L'Infermiere, stante la tipologia della sua professionalità, opera in molteplici e diversificate situazioni assistenziali. Per erogare prestazioni infermieristiche di elevata qualità e sicurezza in tali situazioni è opportuno, se non addirittura necessario, che l'Infermiere responsabile dell'assistenza generale possieda ulteriori conoscenze teorico-pratiche che gli verranno fornite con un successivo percorso formativo di tipo specialistico o formazione complementare.
(Master)

Comma 6

In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio Sanitario Nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministro della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

Il profilo prevede la possibilità di definire ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica qualora se ne ravveda la necessità.

Comma 7

Il percorso formativo viene definito con Decreto del Ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

La titolarità del Ministero della Sanità a definire il percorso formativo dei corsi di formazione specialistica evidenzia che si vuole garantire una formazione omogenea su tutto il territorio nazionale ed evitare la proliferazione di programmi che potrebbero rispondere ad esigenze strettamente locali.

Art. 2

1. Il diploma universitario di Infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6. comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

Viene ulteriormente esplicitato che il diploma universitario di Infermiere, oggi Laurea, e l'iscrizione al rispettivo Albo abilitano all'esercizio professionale.

Art. 3

Si stabilisce che i diplomi conseguiti negli ultimi anni di esercizio delle scuole regionali per Infermieri Professionali hanno lo stesso valore giuridico ed economico del diploma conseguito in ambito universitario. Una successiva legge, la L. n. 1/2002, ribadisce la validità di tali diplomi anche per l'accesso a corsi di studi universitari quali master di specializzazione o laurea specialistica.

Riflessioni

Ma.....dopo tutto questo

cos'è l'assistenza infermieristica?

Chi è l'Infermiere?

Definizioni di Assistenza Infermieristica

Cosa è l'assistenza generale infermieristica?

L'assistenza generale infermieristica è l'insieme delle conoscenze, dei processi logici e degli atti che l'infermiere adotta al fine di prevenire le malattie, assistere la persona sostenendone la famiglia, accompagnare alla morte.

L'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. È di natura tecnica, relazionale ed educativa. Si rivolge sia all'individuo che alla collettività.

Hidegard E. Peplau, 1952

“L'Infermieristica è terapeutica in quanto è un'arte sanitaria che si esplica nell'assistenza di un individuo malato o bisognoso di sostegno. L'Infermieristica può essere considerata un processo interpersonale perché coinvolge l'interazione tra due o più individui che hanno uno scopo comune: questo scopo comune costituisce l'incentivo al processo terapeutico nel quale l'infermiera ed il paziente si rispettano reciprocamente, come individui, mentre entrambe imparano e sviluppano le proprie potenzialità grazie all'interazione.

L'apprendimento si verifica quando un individuo seleziona gli stimoli in un determinato ambiente e di conseguenza reagisce ad essi. L'infermiere, il paziente e la sua famiglia devono lavorare insieme per identificare, chiarire e definire il problema esistente: questa interazione diminuisce, nelle persone coinvolte, la tensione e l'ansia associate alla sensazione di bisogno e di incertezza"



Virginia Henderson, 1966

"Funzione specifica dell'infermiere è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o prepararlo a morte serena) –atti che compirebbe da solo se disponesse della sua forza, della volontà, o delle cognizioni necessarie- e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza"

Dorothea E. Orem, 1971

"L'Infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di auto assistenza (self-care), la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi. L'auto assistenza è la pratica di attività che gli individui compiono per proprio conto al fine di conservare la vita, la salute ed il benessere"

American Nurses Association

"La professione infermieristica è finalizzata a preservare, promuovere ed ottimizzare lo stato di salute e le capacità dei pazienti, a prevenire eventuali patologie e lesioni, ad alleviare le sofferenze attraverso la diagnosi ed il trattamento delle risposte umane alla malattia ed a fornire supporto ad individui, famiglie, comunità e popolazioni"

Chi è l'Infermiere?

*L'Infermiere è il professionista sanitario che in possesso del Diploma di Laurea e dell'iscrizione all'Albo Professionale è **responsabile** dell'assistenza generale infermieristica.*

La preparazione all'esercizio di un ruolo complesso, quale è quello infermieristico, si attua attraverso un percorso formativo costituito da discipline scientifiche, umanistiche, manageriali e giuridiche.

L'agire infermieristico si fonda su conoscenze scientifiche, modelli teorici, un metodo di lavoro denominato "Processo di Nursing" e sul codice deontologico professionale.

L'Infermiere risponde dei risultati raggiunti, nel proprio ambito di intervento, sia per il proprio operato che per quello del personale di supporto chiamato a collaborare nei processi di assistenza.



