

Ill.mo Signor  
Dott. CARLO CELENTANO  
Presidente Collegio IP.AS.VI.  
S A L E R N O

Infermiere di sala operatoria: necessaria formazione

Provvediamo a dare sollecito riscontro al fax fatto pervenire a questo Collegio dall'iscritto TOMASCO BIAGIO, in data 21 c.m. e assunto al n. 01266 di protocollo. Con detto fax il predetto, facendo presente di essere stato addetto *sic et simpliciter* alla funzione di infermiere di sala operatoria, premesso che a suo giudizio la legge 42/1999 avrebbe abolito il mansionario, diventerebbe responsabile *del suo operato*, anche "*se non sono stato formato in maniera competente ed esaustiva*". In sostanza il Tomasco, in buona coscienza delle proprie capacità professionali acquisite nel corso di studi, ritiene di non avere, senza una preventiva formazione per tale specifica funzione, la capacità di esercitare in modo competente siffatta attività professionale, per la quale avverte un apprezzabile senso di responsabilità, non solo, ci sembra, per evitare eventi dannosi a proprio carico, ma anche lesivi dei pazienti.

Così sintetizzata la nota dell'interessato, appare che la stessa: 1) meriti una precisazione giuridica, relativamente all'assunto dell'*abolizione del mansionario*; 2) una considerazione, relativamente al merito, vale a dire alla necessità che l'infermiere di sala operatoria debba ricevere una specifica preparazione per l'esercizio dell'attività professionale allo stesso in detta struttura richiesta.

Pertanto, così precisato l'oggetto della presente nota, passiamo nell'ordine ad illustrare brevemente quanto segue.

1) Il convincimento dell'abolizione del mansionario, nel senso che allo stato del nostro ordinamento sanitario, a seguito dell'art. 1, comma 2 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, non vi sarebbe alcuna norma che disciplini la sfera di competenza professionale dell'infermiere, è erroneo. Per vero, la citata disposizione legislativa nel mentre abroga il vecchio D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, nel contempo statuisce che la sfera di competenza professionale di tutte le professioni sanitarie non mediche è determinata dalle seguenti tre fonti normative: I) per l'infermiere il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, intitolato appunto "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*"; II) le materie oggetto del corso di studio di cui al D.M. 2 aprile 2001; III) il codice deontologico.

Poiché la identificazione di dette fonti normative richiederebbe un approfondimento relativamente alla loro validità a determinare una sfera di competenza, ci limitiamo a qualche breve rilievo.

Partendo dal codice deontologico, è ben evidente che esso non ha il compito di fissare la sfera di attività affidata alla competenza del professionista, ma solo quello di dettare prevalentemente le modalità morali ovvero di sensibilità umana con le quali gli atti debbono essere esercitati, per tale motivo si tratta di aspetti che non possono determinare in senso stretto una sfera di competenza professionale. Inoltre, riportare tali norme dal campo deontologico a quello giuridico oltre che improprio per questa stessa ragione, lo è anche perché si tratta di ambiti che richiedono di essere distinti, in quanto quello giuridico assorbe ed annulla quello deontologico.

Passando alle materie apprese nel corso di studio, va detto che certamente non tutte hanno strettamente per oggetto l'apprendimento per esercitare l'attività professionale. Invero vi sono quelle che hanno solo validità propedeutica, quelle che hanno validità strumentale, quelle che hanno fine comportamentale ( ad esempio lo studio della legislazione sanitaria) o ausiliario (ad esempio lo studio della lingua): sono tutte materie che non permettono la determinazione della sfera di competenza, in quanto ad essa estranee. Ma anche quelle strettamente professionali, quali per esempio anatomia, fisiologia, patologia, ecc., per sé non si riesce ad intendere in quale modo possono determinare gli atti rientranti nella sfera di competenza dell'infermiere, così che abbisogna che venga determinato l'atto infermieristico avente per contenuto l'anatomia, la fisiologia, la patologia.

Non minori difficoltà, infine, offre lo stesso D.M. 739/94 per un complesso di ragioni, delle quali la principale va rinvenuta nel fatto che esso detta norme di fatto prive di qualsiasi contenuto specifico, le quali, per usare espressioni proprie della scienza giuridica, più che essere *norme precettive* risultano essere generiche *norme programmatiche*, in quanto non riescono a definire nessun atto operativo. In sostanza, le norme di cui al D.M. 739/94 non consentono di fissare una *sfera* di competenza professionale, perché non si fondano sulla metodologia necessaria in via epistemologica a tal fine. Questa si basa su due elementi: la delimitazione degli atti dovuti dall'infermiere secondo la loro *tipologia* in relazione alle *capacità* acquisite con il corso di studi ed essendo detta tipologia da sola insufficiente all'interno, di essa la delimitazione ulteriore secondo *criteri* dati. E' questo il motivo per il quale lo stesso Tomasco ha giustamente dovuto far ricorso all'art. 2, n. 4 del D.P.R. 225/74 ove vi è almeno il chiaro disposto che spetta all'infermiere *assistere il medico in sala operatoria*, alla quale disposizione si impone poi di specificare quali sono gli atti allo stesso spettanti in tale struttura.

In conclusione, non l'abolizione del mansionario è stata voluta dalla legge 42/99, ma il suo rimandare a fonti normative non idonee per loro natura a determinarlo (materie del corso di studio e codice deontologico) o a fonte normativa (il D.M. 739/94) predisposta a tale determinazione, ma che in fatto è stata elaborata in modo tale da non riuscire nel proprio scopo, dal momento che sono state emanate norme giuridiche carenti di *precetti* specificamente idonee a fissare gli atti di *capacità* dell'infermiere e, quindi, affidati alla sua *competenza*.

È questo il motivo per il quale le norme disciplinanti la sfera di competenza dell'infermiere di fatto non vi sono e per il quale, nonostante la dichiarata abrogazione del D.P.R. 225/74 operata dal comma 2, art. 1 della ripetuta legge 42/99, si rende necessario ancora fare riferimento ad esso, in quanto risulta essere l'unica fonte normativa, avente validità indicativa e comprensibile. **E' certa, allora, la necessità, da parte di chi ne ha il potere-dovere, di intervenire per superare tale stato di cose, che si traduce in un vuoto legislativo.**

2) Passando alla trattazione specifica del giusto rilievo sollevato dall'iscritto Tarasco, vale a dire che l'infermiere da adibire alla sala operatoria necessita di una appropriata formazione, osserviamo quanto segue.

I) In primo luogo va fatto presente che l'adibizione fissa e permanente, seppure per turni, del medesimo organico di infermieri alla sala operatoria, mentre i medici cambiano secondo la natura dell'intervento in relazione al reparto o, oggi, Unità Operativa di appartenenza, è in contrasto con quanto implicitamente regolamentato dalla normativa disciplinante gli organici, che a livello nazionale era il D.M. 13 settembre 1988, avente per oggetto *Determinazione degli standards del personale ospedaliero*, mentre a livello regionale la legge 3.11.1994, n. 32.

Ambedue dette fonti normative si debbono ritenere abrogate dal D.Lgs. 19.6.1999, n. 229 che affida ad altre fonti la determinazione in parola, ma il loro impianto deve essere riconosciuto scientificamente fondato, così che il loro sistema di avvicendamento in sala operatoria degli infermieri, insieme ai medici del reparto o Unità Operativa, deve essere riconosciuto molto ortodosso, in quanto, come i medici, anche gli infermieri che hanno partecipato all'intervento operatorio sono quelli che poi curano più consapevolmente l'assistenza del paziente nel reparto o U.O., in quanto aventi maggiore conoscenza di tutte le sue condizioni.

II) A lato della illustrata considerazione va detto che l'esigenza manifestata dal Tarasco resta valida e rilevante, in quanto essa è manifestazione di buona sensibilità professionale. Ad essa è dato di poter rispondere che vi è la disposizione legislativa la quale è predisposta proprio alla soluzione della stessa. Essa va rinvenuta nell'art. 6, comma 1, lettera c) della legge 1° febbraio 2006, n. 43, cioè quella stessa legge che ha sancito l'obbligo di iscrizione all'albo anche per i sanitari non medici pubblici dipendenti per essere legittimati ad esercitare la propria attività professionale.

La menzionata disposizione afferma che il personale sanitario è così articolato: *“professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270”*. Preciso che tutta la legge 43/2006 ha per destinatari solo i sanitari non medici, a noi appare che per *professionisti specialisti* di cui alla riportata norma non possono che intendersi, relativamente agli infermieri, che quelle attività le quali per la complessità delle loro *funzioni specialistiche* sono riconosciute avere necessità di formazione a mezzo di un master.

A tale conclusione perveniamo anche nella piena conoscenza che nel passato per l'adibizione alla sala operatoria, per l'espletamento dell'attività di infermiere ferrista, così come era denominato, veniva riconosciuta l'esigenza di una specifica preparazione e di fatto esisteva la predisposizione di un corso di formazione a tale scopo.

Abbiamo più volte fatto presente l'esistenza della riportata disposizione della legge 43/2006 e la necessità di provvedere alla determinazione delle specialità infermieristiche che abbisognano di siffatta formazione specialistica a mezzo di apposito master. Tale determinazione dovrebbe essere fatta a livello nazionale con il Ministero della salute o almeno a livello regionale con il competente assessorato e tanto deve avvenire su diligenza e sollecitazione della Federazione Nazionale o del Coordinamento regionale dei Collegi IPASVI.

Si tratta di un impegno da assolvere, derivando da esso, insieme alla maggiore qualificazione della figura infermieristica, una contemporanea utilità dei pazienti, risolvendosi la maggiore formazione dell'infermiere nel contempo in una elevazione dello stesso e nel vantaggio dei pazienti, i quali potranno godere di più competenti prestazioni.

Nell'auspicio che in tal senso si possa operare il più sollecitamente possibile, nel dichiarare la disponibilità ad offrire la nostra collaborazione per quanto di competenza, porgiamo cordiali saluti.

Prof. Avv. Nicola Ferraro