



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Ancona

**La formazione infermieristica in Perù:
un confronto storico con la realtà italiana.**

**Nursing education in Peru: a historical com-
parison with the Italian reality**

Relatore: Dott.

Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:

Antonio Jesus Arrunategui Ruiz

Anno Accademico 2024/25

INDICE

ABSTRACT	pag. 1
1. INTRODUZIONE	pag. 2
2. OBIETTIVO	pag. 7
3. MATERIALI E METODI	pag. 8
4. RISULTATI	pag. 10
5.1 DISCUSSIONE	pag. 12
5.1.1 Evoluzione della formazione infermieristica in Perù	pag. 13
5.1.2 Formazione infermieristica e normativa in Italia	pag. 15
5.1.3 La formazione universitaria in Italia e il suo funzionamento ...	pag. 18
5.1.4 La formazione pratica e universitaria in Perù	pag. 20
5.2 ANALISI DELLE DIFFERENZE TRA LA FORMAZIONE PRA- TICA IN PERÙ E IN ITALIA	pag. 23
5.2.1 L'infermiere nel sistema sanitario nazionale peruviano	pag. 25
5.2.2 L'infermiere nel sistema sanitario italiano	pag. 28
5.3 LE DIFFERENZE TRA UN INFERMIERE IN PERUVIANO E UNO ITALIANO	pag. 30
6. CONCLUSIONI	pag. 34
BIBLIOGRAFIA	pag. 36
SITOGRAFIA	pag. 39

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Il ruolo dell'infermiere, oggi riconosciuto come figura professionale autonoma e centrale nel sistema sanitario, ha seguito un'evoluzione differente nei vari contesti geografici. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare in chiave storico-comparativa lo sviluppo della formazione infermieristica in Perù e in Italia, evidenziando convergenze e differenze strutturali e culturali.

OBIETTIVO: Confrontare origine, sviluppo e attuale configurazione accademica della formazione infermieristica nei due paesi, con attenzione al quadro normativo, ai percorsi di tirocinio e al riconoscimento professionale.

MATERIALI E METODI: Revisione narrativa della letteratura effettuata attraverso PubMed, Scielo, Google Scholar, e i siti istituzionali dei Ministeri della Salute d'Italia e del Perù.

Stringhe utilizzate: nursing education Peru AND Italy, formación enfermera Perú, history of nursing Italy.

RISULTATI: Emergono due percorsi cronologicamente distanti ma culturalmente convergenti: l'Italia ha introdotto la formazione universitaria nel 1992, il Perù nel 2008. Entrambi i sistemi mostrano oggi l'intento di armonizzare curriculare e competenze secondo gli orientamenti OMS e ICN.

PAROLE CHIAVE: Formazione infermieristica, Perù, Italia, storia dell'infermieristica, confronto internazionale.

CONCLUSIONI: L'analisi comparativa mostra come Italia e Perù condividano l'obiettivo di una professione infermieristica scientificamente fondata, eticamente orientata e centrata sulla persona.

1. INTRODUZIONE

La scelta di dedicare questa tesi al tema della formazione infermieristica in Perù e in Italia nasce da un intreccio di motivazioni personali e accademiche. Dopo aver intrapreso il percorso di studi in Infermieristica in Italia ho sentito l'esigenza di approfondire e mettere a confronto due realtà formative che, in modi diversi, rappresentano due parti fondamentali della mia identità: l'Italia, il paese in cui mi sto formando e costruendo la mia identità professionale, e il Perù, la mia terra d'origine, dove la mia vocazione verso la cura dell'altro ha trovato le sue radici.

Non si tratta solo di un confronto accademico, ma di un percorso umano, che nasce dal desiderio di comprendere come il contesto storico, culturale e sociale influenzi la professione infermieristica e la formazione di chi sceglie di dedicare la propria vita al prendersi cura delle persone. Scrivere questa tesi significa intrecciare la mia esperienza personale con una riflessione più ampia sulla costruzione dell'identità professionale infermieristica nei differenti contesti culturali, cercando di valorizzare ciò che accomuna e ciò che distingue due sistemi formativi destinati, tuttavia, alla stessa missione formare professionisti della salute competenti, umani e responsabili.

La mia esperienza di vita mi ha portato a osservare due modelli profondamente diversi, ma ugualmente importanti. Da un lato, l'Italia mi ha offerto l'occasione di conoscere un sistema accademico maturo e strutturato, fondato sull'evidenza scientifica, sulla ricerca e sull'autonomia professionale. Il Perù invece mi ha trasmesso un'idea di infermieristica fortemente impregnata di valori umanitari, comunitari e spirituali dove l'assistenza nasce dal contatto diretto con la persona e dalla solidarietà nei confronti della collettività. Questa doppia prospettiva mi ha spinto a chiedermi in che modo la formazione infermieristica

rifletta l'essenza della società che la genera: quanto influiscano la storia, la religione, la cultura e le condizioni materiali sull'identità dell'infermiere e sul modo di concepire la cura.

Nel contesto peruviano, la professione infermieristica nasce da un bisogno sociale profondo garantire assistenza e sollievo alle persone più vulnerabili, in particolare ai poveri, agli indigenti e alle popolazioni indigene delle regioni rurali. Già dagli inizi del Novecento, la figura dell'infermiera si è sviluppata nei grandi ospedali di Lima, spesso diretti da ordini religiosi femminili che fornivano assistenza gratuita ai malati senza risorse. Tuttavia, l'assistenza sanitaria nelle province e nelle aree rurali restava quasi inesistente, affidata alla solidarietà delle comunità locali o alle pratiche tradizionali. È in questo scenario di povertà e disuguaglianza che l'infermieristica peruviana trova la sua vocazione sociale.

Fin dalle origini, l'infermiere peruviano è stato colui che si reca là dove la medicina istituzionale non arriva, dove mancano medici, ospedali e infrastrutture, portando non solo cure ma anche conforto, educazione e speranza.

Molte regioni del Perù, specialmente quelle andine e amazzoniche, presentano ancora oggi particolari difficoltà di accesso ai servizi sanitari: mancanza di strade, carenza di strutture, distanze grandi tra i villaggi, assenza di personale medico. In queste zone, spesso isolate e segnate da povertà strutturale, l'infermiere diventa un punto di riferimento insostituibile. Oltre all'assistenza clinica di base, si occupa della prevenzione, della promozione della salute, delle vaccinazioni, del monitoraggio delle malattie endemiche e del sostegno educativo alle famiglie. Il suo ruolo si estende ben oltre l'ambito ospedaliero: è un intermediario tra la politica sanitaria nazionale e la cultura locale, tra la medicina moderna e le pratiche indigene tradizionali.

La medicina indigena, ancora viva soprattutto nelle regioni della Sierra e dell'Amazzonia, rappresenta un pilastro culturale che ha influenzato anche l'approccio infermieristico. In molte comunità, la salute è concepita come equilibrio tra corpo, spirito e ambiente. I guaritori tradizionali, noti come curanderos o chamanes, utilizzano piante medicinali, rituali e conoscenze ancestrali trasmesse oralmente come forme di cura. L'infermiere che opera in questi contesti deve quindi possedere non solo competenze tecniche e

scientifiche, ma anche sensibilità culturale e capacità di dialogo con sistemi di valore differenti.

Questa consapevolezza ha favorito, negli ultimi decenni, lo sviluppo di un autentico nursing transculturale, inteso come capacità di adattare l'assistenza alle credenze, ai costumi e alle pratiche sanitarie della popolazione. La prospettiva transculturale non significa rinunciare alla scienza, ma imparare a integrare il sapere infermieristico con il rispetto delle culture locali.

Le teorie di Madeleine Leininger sul caring transculturale, diffuse a partire dagli anni Settanta, hanno assunto particolare rilevanza anche in America Latina. Il principio secondo cui la cura deve essere culturalmente congruente cioè coerente con i valori e le credenze della persona assistita trova un'applicazione naturale nel contesto peruviano, dove l'assistenza è da sempre orientata alla prossimità e alla relazione. Nell'ambiente rurale, infatti, la figura dell'infermiere non si limita al ruolo tecnico di operatore sanitario, ma diventa educatore, guida e ponte tra diversi mondi di significato. Portare l'assistenza in villaggi isolati, parlare la lingua indigena della popolazione, comprendere le sue abitudini alimentari o religiose significa costruire una relazione di fiducia che precede ogni intervento terapeutico.

L'origine sociale dell'assistenza infermieristica in Perù è quindi profondamente radicata nel concetto di aiuto reciproco e di solidarietà. La cultura andina è basata sul principio dell'ayni ovvero il mutuo sostegno fra membri della comunità che rispecchia una visione collettiva della vita, in cui la salute di uno è la salute di tutti. Questo valore è entrato anche nella formazione infermieristica moderna: l'infermiere viene formato non solo come professionista tecnico, ma come soggetto morale capace di promuovere la giustizia sociale e di contribuire al benessere della collettività. L'etica dell'assistenza si intreccia così con l'etica della comunità, e l'università diventa il luogo in cui queste dimensioni vengono integrate in modo consapevole.

L'aumento delle disuguaglianze socio-economiche rappresenta ancora oggi una delle principali sfide per il sistema sanitario peruviano. Secondo dati del Ministerio de Salud (MINSa), persistono forti squilibri tra le aree urbane e le regioni rurali: mentre Lima dispone di strutture moderne e personale qualificato, gran parte delle province andine e

amazzoniche soffre di carenze croniche di risorse e accesso limitato ai servizi di base. In molte aree, la mortalità infantile e materna resta elevata e l'educazione sanitaria è insufficiente. In tale contesto, l'infermiere svolge un ruolo strategico per rendere effettivo il diritto alla salute, che la Costituzione riconosce come diritto fondamentale di ogni cittadino.

La formazione infermieristica in Perù risponde a questa funzione sociale: non mira a produrre soltanto operatori specializzati, ma professionisti in grado di comprendere la complessità culturale del Paese. Il percorso universitario, di durata quinquennale, prevede un equilibrio tra discipline biomediche, scienze umane e sociali, tirocinio clinico e attività comunitarie. La formazione teorica, basata sul Currículo Nacional de Enfermería (MINSa 2020), è accompagnata da un'ampia esperienza sul campo, durante la quale lo studente partecipa a campagne sanitarie, programmi di prevenzione, attività educative nelle scuole e nei villaggi, e a interventi di promozione della salute. Questo contatto diretto con la popolazione costituisce un tratto distintivo del modello peruviano, che pone la comunità al centro del processo di apprendimento professionale.

In Italia, invece, la formazione infermieristica ha seguito un'evoluzione più recente e fortemente accademica. Dopo decenni in cui la professione era considerata un'attività di supporto, l'introduzione del Diploma Universitario nel 1992 e della Laurea in Infermieristica nel 1999 ha segnato una svolta storica. La formazione italiana è oggi interamente universitaria, basata su standard europei e sulla metodologia della ricerca scientifica. L'infermiere è riconosciuto come professionista autonomo, con competenze tecnico-cliniche e responsabilità dirette nel processo di assistenza. La presenza di master, lauree magistrali e dottorati permette inoltre una continua crescita accademica e professionale, rafforzando la figura dell'infermiere come protagonista della sanità moderna.

Nonostante le evidenti differenze, l'Italia e il Perù condividono un elemento essenziale: la convinzione che la formazione infermieristica debba essere fondata non solo sul sapere tecnico, ma anche sui valori etici e relazionali. In Italia, questa convinzione si traduce nell'accento posto sulla responsabilità e sulla competenza scientifica; in Perù, nell'attenzione alle disuguaglianze, alla solidarietà e alla vicinanza alle persone. Due visioni che, pur partendo da premesse diverse, si completano a vicenda, offrendo prospettive complementari della medesima vocazione.

Il confronto tra i due sistemi rivela come la storia e la società influenzino la missione dell'infermiere. In Italia, la professione è espressione di un sistema sanitario consolidato, tecnologico e regolamentato; in Perù, è una risposta ad esigenze di giustizia e uguaglianza. La prima è legata alla ricerca e all'organizzazione, la seconda alla solidarietà e alla resilienza. Tuttavia, entrambe trovano il proprio fondamento nel medesimo principio: la centralità della persona e la difesa del diritto alla salute.

La mia esperienza personale appartenere a due Paesi, a due culture professionali e umane mi ha insegnato che la cura è universale, ma assume sfumature diverse a seconda del contesto. L'infermiere, qualunque sia la sua formazione, rappresenta il filo che unisce la scienza alla compassione, il progresso tecnico alla dimensione umana. In un mondo sempre più globale e interconnesso, la capacità di comprendere e rispettare la diversità culturale diventa un requisito indispensabile per esercitare la professione con competenza e sensibilità.

In conclusione, questo lavoro di tesi nasce dal desiderio di esplorare le origini, l'evoluzione e le implicazioni culturali della formazione infermieristica in Perù e in Italia, per mettere in luce come ogni sistema formativo rifletta i valori, le priorità e le sfide della propria società. L'infermieristica, oggi più che mai, non è soltanto una disciplina tecnico-scientifica, ma una scienza sociale, capace di interpretare e trasformare la realtà. Confrontare due Paesi così diversi significa riconoscere che la professione infermieristica, al di là dei confini, mantiene una stessa missione universale: prendersi cura della persona nella sua integrità, promuoverne la salute, proteggerne la dignità. E se l'Italia rappresenta il modello di un'infermieristica accademica e autorevole, il Perù continua a ricordarci che la vera essenza della cura nasce dal cuore delle comunità, dai villaggi, dai gesti di solidarietà quotidiana. Entrambi i percorsi, uniti, raccontano la stessa storia: quella di una professione che, in ogni luogo e tempo, continua a essere il volto più umano della salute.

In questa prospettiva, la mia esperienza personale si intreccia con la dimensione scientifica della ricerca, cercando di mostrare come la formazione infermieristica possa diventare un ponte culturale e umano capace di unire popoli, saperi e valori. L'infermieristica, in fondo, è la scienza del prendersi cura: e in ogni cultura, prendersi cura significa riconoscere nell'altro la propria stessa umanità.

2. OBIETTIVI

La professione infermieristica, nei diversi contesti geografici, rappresenta uno specchio dello sviluppo culturale e sanitario di una società. Il confronto tra la formazione in Perù e quella in Italia consente di analizzare due modelli che, pur appartenendo a realtà socio-economiche differenti, condividono la stessa missione: formare professionisti competenti, etici e capaci di fornire assistenza qualificata alle persone e alle comunità.

3. MATERIALI E METODI

Il presente studio è una revisione narrativa della letteratura con l'obiettivo di descrivere e confrontare la formazione infermieristica in Perù e in Italia, analizzandone lo sviluppo storico, normativo e accademico. La revisione narrativa permette di integrare diverse tipologie di fonti scientifiche, istituzionali e legislative e si è rivelata la scelta più adeguata per un lavoro di confronto tra due sistemi formativi complessi e profondamente inseriti nel contesto culturale di riferimento. L'indagine bibliografica è stata condotta utilizzando le banche dati PubMed, Google Scholar e SciELO Perù, attraverso le quali sono stati reperiti articoli scientifici, linee guida e studi interdisciplinari sulla formazione infermieristica. Sono stati inoltre consultati i siti istituzionali del Ministero della Salute italiano, del Ministerio de Salud del Perú, della FNOPI e del Colegio de Enfermeros del Perú, oltre a documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio Internazionale degli Infermieri, con lo scopo di approfondire la prospettiva globale della professione.

La ricerca ha preso in considerazione la letteratura e i documenti pubblicati dal 1907 al 2024, per includere sia le origini storiche delle due professioni sia le riforme accademiche e sanitarie più recenti. Questo arco temporale consente di comprendere l'evoluzione completa della figura infermieristica, dalle prime scuole religiose ai moderni percorsi universitari. Sono stati inclusi articoli scientifici peer-review, testi legislativi, tesi di laurea, pubblicazioni accademiche e rapporti ufficiali.

Le stringhe di ricerca utilizzate combinano parole chiave in più lingue, con l'impiego degli operatori booleani AND, OR e NOT, per ottenere un campione più ampio e specifico possibile. Alcuni esempi di stringhe sono: "nursing education AND Peru AND Italy",

“formación enfermera Perú AND Italia”, “nurs* AND history AND education”, “infermieristica AND storia AND formazione”. Sono stati selezionati solo articoli pertinenti alla tematica della formazione e della professionalizzazione infermieristica, privilegiando lavori in inglese, italiano e spagnolo pubblicati in formato integrale o con abstract completo.

I dati raccolti sono stati analizzati per macro-aree: contesto geografico, periodo di pubblicazione, tipologia di documento e temi centrali (evoluzione storica, struttura curriculare, tirocinio, ruoli professionali). L’analisi è di tipo qualitativo-comparativo e mira a individuare somiglianze e differenze tra i due sistemi formativi, evidenziando i fattori storici e culturali che ne hanno orientato lo sviluppo.

Tra i principali limiti di questo studio si riconoscono la disomogeneità delle fonti disponibili, in particolare per quanto riguarda la produzione accademica peruviana, spesso pubblicata solo in spagnolo. Anche le differenze terminologiche e legislative tra i due paesi rappresentano un ulteriore limite alla comparabilità dei risultati. Nonostante tali ostacoli, l’approccio multiculturale adottato ha permesso di costruire un quadro verosimile e rappresentativo delle due realtà.

Attraverso l’analisi della letteratura e delle fonti normative ho elaborato una rappresentazione grafica sotto forma di linea del tempo, tale strumento consente di visualizzare in modo chiaro e cronologico l’evoluzione dell’infermieristica in Italia e in Perù. I materiali e metodi adottati hanno quindi permesso di ottenere un risultato sintetico e comparativo che facilita l’individuazione delle principali tappe storiche e dei momenti di svolta nei due contesti.

4. RISULTATI

I risultati ottenuti sono stati riorganizzati sottoforma di due linee del tempo separate con il fine di confrontare le tappe principali dello sviluppo della formazione infermieristica peruviana e italiana, offrendo una visione d'insieme chiara e strutturata dei cambiamenti avvenuti nel tempo.

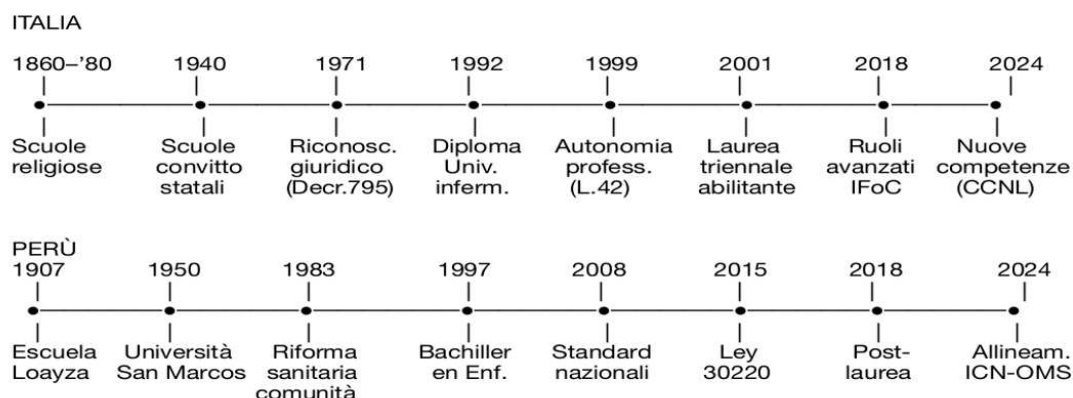


Fig. 1 – Time line dello sviluppo infermieristico in Perù e in Italia (elaborazione propria)

La linea del tempo evidenzia in modo chiaro come lo sviluppo della formazione infermieristica nei due paesi sia avvenuto in periodi storici differenti ma tende progressivamente a convergere verso un modello comune.

In Italia, il percorso formativo dell'infermiere ha origini più antiche e un'evoluzione scandita da riforme legislative continue. Le prime scuole nacquero tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, istituite da ordini religiosi come le Suore della Carità, con una forte impronta morale e spirituale.

Durante la prima metà del XX secolo la formazione era prevalentemente pratica, basata sul “mansionario” e sull’apprendimento in ospedale, ma priva di un riconoscimento accademico.

Il Decreto 795 del 1971 rappresenta il primo passaggio fondamentale verso la professionalizzazione: per la prima volta la figura dell’infermiere viene definita giuridicamente, separandola da quella dell’assistente domiciliare e del personale ausiliario. Successivamente, con il Diploma Universitario in Infermieristica (DUI) del 1992, la formazione passa sotto la giurisdizione delle università, segnando il momento in cui la professione entra a far parte delle scienze mediche accademiche. Il traguardo più significativo arriva con la Legge 42/1999, che elimina il mansionario e sancisce l’autonomia intellettuale, decisionale e tecnica dell’infermiere. Da quel momento, la professione infermieristica italiana non è più un ruolo ausiliario, ma una delle professioni sanitarie riconosciute e regolamentate dallo Stato.

Nel nuovo millennio, con il Decreto Ministeriale 509/1999, la formazione infermieristica diventa laurea triennale abilitante, a cui si affiancano percorsi di laurea magistrale, master e dottorato. Questa struttura accademica ha permesso la nascita di nuove figure professionali come l’infermiere di famiglia e comunità e l’infermiere di pratica avanzata (APA).

In Perù, la professione infermieristica ha avuto un’evoluzione differente, più strettamente collegata ai bisogni di salute pubblica e alle condizioni sociali. La fondazione della Escuela de Enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza nel 1907 a Lima segna la nascita ufficiale della formazione infermieristica nel paese. All’epoca, la figura dell’infermiera era quasi interamente femminile, con un ruolo prevalentemente assistenziale e subordinato alla medicina.

A partire dagli anni ’50, grazie all’ingresso dei corsi di *enfermería* nelle università nazionali come la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, il profilo formativo inizia a laicizzarsi e a includere materie teoriche e di sanità pubblica. Durante gli anni ’80 e ’90 si rafforza l’attenzione alla salute comunitaria, coerentemente con le linee guida dell’OMS per i paesi latinoamericani. Il 1997 segna una tappa importante con il riconoscimento formale del titolo di *Bachiller en Enfermería*, primo grado accademico ufficiale per gli studenti di infermieristica.

La svolta decisiva per il Perù arriva nel 2008 con la riforma universitaria che uniforma i programmi di studio e definisce gli standard nazionali di accreditamento, rendendo il percorso quinquennale obbligatorio e basato su competenze globali. La successiva Ley Universitaria 30220 del 2015 rafforza ulteriormente la regolamentazione, imponendo criteri qualitativi comuni per tutte le università del paese.

Negli anni successivi, con l'evoluzione della sanità pubblica latinoamericana, si sviluppano le figure dell'infermiere comunitario, dell'infermiere specialista e dell'infermiere in gestione sanitaria, che oggi rappresentano i principali sbocchi professionali per i laureati peruviani.

5.1 DISCUSSIONE

L'infermieristica moderna trova le sue radici nella seconda metà del XIX secolo, un periodo di intensi mutamenti sociali e sanitari. La vera fondazione scientifica della professione è attribuita a Florence Nightingale (1820–1910), figura che trasformò un'attività fino ad allora considerata puramente caritatevole e subordinata alla medicina in una disciplina autonoma e metodologicamente strutturata.

Durante la Guerra di Crimea (1853-1856), Nightingale prese parte alle missioni britanniche negli ospedali di Scutari (Turchia), dove osservò le drammatiche condizioni igieniche e sanitarie in cui versavano i soldati feriti. Applicando principi di igiene e organizzazione del lavoro infermieristico, riuscì a ridurre la mortalità dal 42% al 2%. Nel 1860 fondò presso il St. Thomas' Hospital di Londra la Scuola di Formazione per Infermiere Nightingale, prima istituzione al mondo a insegnare sistematicamente la pratica

infermieristica basata su conoscenze scientifiche, osservazione clinica e disciplina morale.

Le principali innovazioni introdotte furono:

- l'obbligatorietà di un percorso formativo teorico-pratico,
- la distinzione tra infermiere addestrato e personale ausiliario,
- la codifica di regole professionali e un modello etico fondato sulla dignità, la responsabilità e la relazione con il paziente.

L'influenza di questo modello si diffuse rapidamente in tutto il mondo: le allieve formate nella scuola londinese esportarono l'approccio nightingaliano in Canada, Stati Uniti, India e America Latina. In Europa nacquero scuole simili (Berlino, Parigi, Firenze), mentre negli Stati Uniti l'infermieristica si affermò come professione sanitaria entro il 1900 grazie all'attività di Clara Barton e Linda Richards. In America Latina, in particolare, le missioni religiose e i movimenti sanitari ispirati a Nightingale promossero la creazione delle prime scuole ospedaliere per infermiere.

5.1.1 Evoluzione della formazione infermieristica in Perù

La professione infermieristica in Perù affonda le proprie radici nella prima metà del XX secolo, come conseguenza delle necessità sanitarie derivanti dalla crescita urbana e dalle epidemie di inizio Novecento.

La fondazione nel 1907 della Escuela de Enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza di Lima segna l'inizio ufficiale della formazione infermieristica nel paese. L'istituto, ispirato ai modelli europei nati dalla scuola di Florence Nightingale, formava inizialmente donne provenienti da ordini religiosi o da famiglie borghesi, con un addestramento orientato ai principi di igiene, disciplina morale e servizio assistenziale.

Per decenni, la formazione infermieristica rimase legata alle strutture ospedaliere e di matrice religiosa. Solo negli anni '50 l'infermieristica cominciò a integrarsi nel sistema universitario grazie all'iniziativa dell'Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la più

antica del continente. Questa transizione segnò il passaggio dalla formazione “per apprendistato” a un modello accademico più complesso, che includeva corsi di anatomia, fisiologia, igiene e salute pubblica. Gli anni '70 e '80 furono caratterizzati da un forte legame con le politiche sanitarie statali e dalle prime campagne di sanità comunitaria promosse dal Ministerio de Salud del Perú (MINSA), nelle quali gli infermieri ebbero un ruolo centrale nella vaccinazione, nell'igiene materno-infantile e nella prevenzione delle malattie trasmissibili.

Con la riforma sanitaria del 1983, il personale infermieristico fu inserito nei programmi di sviluppo regionale, diventando ponte tra ospedale e territorio. Gli anni '90 segnarono un periodo di grande rinnovamento: nel 1997 il governo approvò il riconoscimento accademico del titolo di Bachiller en Enfermería come grado di laurea, prerequisite per ottenere la Licenciatura e l'iscrizione professionale al Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). Quest'ultimo, istituito ufficialmente nel 1962 ma consolidato negli anni '90, divenne l'organo regolatore della professione, con competenze simili a quelle dell'Ordine FNOPI in Italia.

Il XXI secolo rappresenta la vera svolta accademica. Nel 2008 il MINSA e il Ministerio de Educación approvarono la Riforma Universitaria Nazionale, con lo scopo di uniformare e introdurre criteri di accreditamento di qualità. Il corso di Enfermería venne definito come quinquennale, comprendente un triennio di studi teorici di base, un biennio di formazione clinica e un tirocinio pre-professionale obbligatorio. Tra i nuovi requisiti previsti figuravano: la conoscenza delle scienze biologiche, sociali e comportamentali; la capacità di pianificare, eseguire e valutare interventi infermieristici; e la padronanza della ricerca applicata. Nel 2015 la Ley Universitaria N.º 30220 definì formalmente gli standard nazionali di qualità per tutti i corsi di laurea, stabilendo il principio dell'“accredita-mento istituzionale e di programma”, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Dopo la laurea, lo studente consegue il titolo di Bachiller en Enfermería, che consente di sostenere l'esame di abilitazione e ottenere la Licenciatura en Enfermería, requisito indispensabile per l'iscrizione al CEP e per l'esercizio legale della professione. La licenza professionale è riconosciuta a livello nazionale e deve essere rinnovata periodicamente tramite attività di aggiornamento, note come “Capacitación Profesional Continua”.

Le università pubbliche e private offrono oggi corsi di Especialización y Maestría en Salud Pública, Gestión en Enfermería e Salud Comunitaria, finalizzati a creare figure di leadership infermieristica capaci di intervenire nella pianificazione sanitaria. Questa tendenza risponde alle direttive ICN 2021-2025, che raccomandano di rafforzare le competenze gestionali e di ricerca, al fine di migliorare la qualità dei servizi infermieristici nei paesi in via di sviluppo.

L'integrazione della formazione peruviana nel quadro universitario ha avuto effetti significativi anche sul piano internazionale.

Oggi i titoli di Bachiller e Licenciado en Enfermería risultano riconoscibili dai sistemi europei previa equipollenza, consentendo a molti professionisti di lavorare fuori dai confini nazionali. Tuttavia, il CEP (2022) e il MINSA (2023) riconoscono che persiste uno squilibrio tra teoria e pratica: gran parte degli studenti riceve un'eccellente educazione teorica, ma incontra difficoltà nell'accesso alle strutture cliniche durante il tirocinio a causa della saturazione degli ospedali pubblici.

5.1.2 Formazione infermieristica e normativa in Italia

La formazione infermieristica in Italia riflette i profondi mutamenti sociali, sanitari e legislativi che hanno caratterizzato il paese negli ultimi centocinquant'anni.

Nel periodo antecedente all'Unità d'Italia, l'assistenza ai malati era garantita quasi esclusivamente da ordini religiosi femminili.

Le Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret e le Figlie della Carità rappresentavano le figure precorritrici della moderna infermiera: operavano negli ospedali, nelle guerre d'indipendenza e nei servizi caritativi, offrendo una formazione basata sull'esperienza e sulla disciplina religiosa più che su un sapere scientifico. La loro attività, seppur essenziale, restava priva di riconoscimento giuridico e di un percorso educativo uniforme.

Solo a partire dalla fine dell'Ottocento, influenzata dal modello inglese di Florence Nightingale, l'Italia iniziò a sviluppare le prime scuole laiche per infermiere. Nel 1906 venne istituita la Scuola Convitto per Infermiere Professionali di Roma, seguita da analoghe strutture a Milano, Torino e Firenze.

Durante il ventennio fascista, la funzione infermieristica fu inquadrata in un sistema gerarchico sanitario rigido, dove l'infermiere aveva ruolo subordinato al medico e si formava tramite corsi tecnico-professionali ospedalieri gestiti dallo Stato.

Con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978 e la crescente domanda di personale qualificato, si rese necessario ammodernare la preparazione del personale infermieristico. Tuttavia, il passaggio cruciale avvenne nel 1971, con il Decreto Ministeriale n. 795 del 14 settembre, che riconobbe ufficialmente il profilo giuridico dell'infermiere professionale e introdusse un regolamento formativo omogeneo per tutto il territorio nazionale. Tale provvedimento sostituì il termine generico "assistente sanitario" con quello di "infermiere professionale", definendo per la prima volta competenze e responsabilità specifiche.

Negli anni '80 la formazione restò però prevalentemente tecnica, organizzata attraverso scuole regionali a gestione ospedaliera, con durata triennale e titoli rilasciati dai presidi sanitari. Il cambio di paradigma si verificò all'inizio degli anni '90, con l'avvio di un processo di universitarizzazione della professione, promosso in seguito al recepimento delle direttive europee in materia di standard formativi e mobilità professionale. Con il Decreto Ministeriale n. 739 del 1994, venne approvato il nuovo profilo professionale dell'infermiere, che ne descriveva scopi, competenze e autonomia operativa, superando la concezione subordinata al medico.

Il 1992 rappresenta un anno fondamentale: fu approvato il Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (DUI), primo titolo accademico italiano per infermieri, di durata triennale.

Tale innovazione consentì l'ingresso ufficiale dell'infermieristica nelle università, aprendo la strada a una didattica integrata tra teoria e pratica clinica, con valutazioni standardizzate espresse in crediti formativi.

Pochi anni più tardi, con la Legge n. 42 del 26 febbraio 1999, l'Italia compì il salto definitivo verso la piena professionalizzazione: il mansionario venne abolito e l'esercizio infermieristico fu riconosciuto come professione intellettuale e tecnica, autonoma ma complementare rispetto a quella medica. La legge estese inoltre all'infermiere la possibilità di esercitare attività di ricerca, formazione ed educazione sanitaria, ponendo le basi per un'identità professionale solida e indipendente.

Nel 2001, con il Decreto Ministeriale 509/99, il corso di laurea in Infermieristica divenne titolo abilitante unico che sostituiva definitivamente il diploma. Gli atenei italiani assorbirono le scuole regionali e introdussero il sistema dei crediti formativi universitari (CFU). La laurea triennale prevedeva 180 CFU, articolati in insegnamenti teorici, laboratori di simulazione e tirocinio clinico obbligatorio pari a circa 2.300 ore. Questa impostazione sancì il pieno inserimento dell'infermieristica nel panorama accademico nazionale, uniformando lo standard formativo a quello europeo.

Il Decreto Ministeriale 270/2004 ha introdotto la laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, permettendo la progressione accademica verso ruoli di coordinamento, formazione e ricerca; e Master Universitari di I e II livello, orientati alla specializzazione in ambiti specifici come emergenza-urgenza, geriatria e terapia intensiva.

Dal 2018, con le nuove linee guida FNOPI, si è ulteriormente sviluppato il concetto di Infermiere di Famiglia e Comunità, destinato a operare in contesti territoriali secondo i principi della salute di prossimità.

Le normative dell'ultimo decennio (FNOPI 2023, CCNL 2025) riconoscono oggi la presenza di figure infermieristiche a competenze avanzate, inclusi gli Infermieri Specialisti di Pratica Avanzata (APA), in linea con i programmi europei di Advanced Practice Nursing raccomandati dall'OMS (2021-2025). Questa evoluzione giuridica e accademica colloca l'Italia tra i paesi europei più avanzati nel campo della formazione e della professionalità infermieristica.

5.1.3 La formazione universitaria in Italia e il suo funzionamento

La riforma universitaria in Italia ha rappresentato uno dei momenti più significativi nella storia della professione infermieristica, trasformandola definitivamente da pratica tecnico-assistenziale a disciplina accademica e scientifica.

Oggi il sistema formativo per gli infermieri in Italia è articolato in modo chiaro e strutturato, secondo le linee guida del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR), del Ministero della Salute e della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

Il percorso di base è la Laurea in Infermieristica titolo abilitante all'esercizio della professione, della durata di tre anni accademici.

Il percorso formativo è espresso in 180 crediti formativi universitari (CFU), suddivisi in attività teoriche, di laboratorio e di tirocinio clinico. L'accesso è a numero chiuso, stabilito annualmente dal Ministero in base al fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e alle capacità formative degli atenei.

Il primo anno è dedicato alle scienze di base: biologia, anatomia, fisiologia, psicologia e sociologia della salute.

Durante il secondo anno, lo studente approfondisce le discipline cliniche e infermieristiche applicate, medicina interna, chirurgia, geriatria, farmacologia e infermieristica clinica, integrando teoria e pratica attraverso l'attività di tirocinio ospedaliero.

Nel terzo anno, l'apprendimento si concentra sull'autonomia professionale, la gestione dell'assistenza, la ricerca e la pratica avanzata. Il tirocinio si svolge in specifiche aree di responsabilità (emergenza, territorio, psichiatria, pediatria).

Complessivamente, secondo le linee del Decreto Ministeriale 509/1999 e del DM 270/2004, le ore dedicate al tirocinio professionalizzante devono essere almeno 2.300, equivalenti a 60 CFU. Queste esperienze consentono allo studente di maturare competenze cliniche sotto la supervisione di tutor qualificati e di acquisire capacità di ragionamento critico, comunicazione e gestione delle priorità assistenziali.

Alla fine del percorso triennale, lo studente sostiene una prova finale con valore abilitante: una tesi sperimentale o di revisione accompagnata da una prova pratica nella quale deve dimostrare competenze cliniche e relazionali. Solo dopo il superamento di tale prova si ottiene il titolo di Dottore in Scienze Infermieristica, che abilita all'iscrizione all'Ordine professionale (FNOPI) e al pieno esercizio della professione.

Il sistema universitario italiano prevede poi una progressione formativa articolata in tre livelli:

1. Laurea triennale per l'accesso alla professione;
2. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con durata biennale, rivolta all'acquisizione di competenze gestionali, di coordinamento e di ricerca;
3. Master Universitari di I e II livello e Dottorati di ricerca destinati alla specializzazione clinica e alla carriera accademica o dirigenziale.

La Laurea Magistrale, introdotta dal DM 270/2004, rappresenta la porta d'ingresso ai ruoli dirigenziali e formativi, consentendo di lavorare come coordinatore infermieristico, insegnante universitario o ricercatore nelle scienze infermieristiche. Le materie trattate riguardano l'organizzazione sanitaria, la metodologia della ricerca, la leadership e la programmazione gestionale.

I Master Universitari permettono di acquisire competenze avanzate in aree specifiche: emergenza-urgenza, anestesia, geriatria, oncologia, salute mentale, cure palliative e infermieristica legale.

Un ruolo fondamentale nella crescita professionale è svolto dal sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), introdotto nel 2002 dal Ministero della Salute e reso obbligatorio per tutti i professionisti sanitari. Gli infermieri devono maturare un minimo

di 50 crediti formativi triennali attraverso corsi, convegni o attività di aggiornamento certificato.

Questo sistema garantisce l'aggiornamento costante e il mantenimento di competenze tecnico-scientifiche sempre in linea con l'evoluzione delle evidenze cliniche.

Il sistema universitario infermieristico italiano si pone quindi come modello solido e coordinato, basato su standard europei e su un quadro normativo chiaro. L'obiettivo complessivo è la formazione di professionisti capaci di integrare competenza clinica, umanità e ricerca scientifica, in un'ottica di salute pubblica sostenibile.

Secondo i dati OMS (2021), l'Italia rientra tra i paesi dell'area europea con il più alto tasso di infermieri con titolo universitario completo, un risultato che conferma l'efficacia e la maturità del suo sistema formativo.

5.1.4 La formazione pratica e universitaria in Perù

La formazione pratica costituisce la componente più significativa e complessa del processo educativo degli infermieri peruviani. Secondo il Currículo Nacional de Enfermería pubblicato dal Ministerio de Salud del Perú (MINSa, 2020), l'apprendimento pratico si integra con la teoria in maniera progressiva lungo i cinque anni di corso ed è considerato un momento essenziale per lo sviluppo delle competenze tecniche e relazionali necessarie alla professione.

Nei primi tre anni la formazione si focalizza sugli elementi introduttivi: laboratori di metodologia infermieristica, propedeutica alla salute comunitaria, tecniche di comunicazione, esercitazioni di base su simulazione e osservazione indiretta, in questa fase l'obiettivo è sviluppare "saper fare" e "saper essere", due dimensioni che caratterizzano l'intero percorso formativo infermieristico secondo le raccomandazioni dell'OMS (2021).

Il momento di maggiore intensità formativa è rappresentato dagli ultimi due anni, quando lo studente entra nel ciclo di formación profesional che comprende il periodo dei tirocini pre-profesionales.

Questi tirocini, regolati dal Decreto Supremo N.º 007-2005-TR e riconosciuti dalla legge per l'educazione superiore, hanno come obiettivo la transizione dall'apprendimento accademico alla pratica assistenziale pienamente integrata. La durata è di dodici mesi equivalenti di attività continuativa generalmente 1.600-1.800 ore, organizzata in rotazioni presso strutture pubbliche e private accreditate dal MINSA e supervisionate da un enfermero jefe de docencia.

Il periodo di tirocinio si articola secondo un piano nazionale stabilito dal MINSA (2020) e adottato da tutte le facoltà di Enfermería:

- Area ospedaliera, con rotazioni nei reparti di medicina interna, chirurgia generale, pediatria, ginecologia, ostetricia e terapia intensiva;
- Area comunitaria, con esperienze nei centri di salute territoriali e nei programmi di promozione e prevenzione (vaccinazioni, salute materna, educazione igienica);
- Area di ricerca e gestione, dove lo studente partecipa alla pianificazione e valutazione dei piani locali di intervento infermieristico.

In ciascuna sede di tirocinio, gli studenti sono seguiti da docenti universitari e da infermieri supervisor del MINSA; queste figure hanno il compito di valutare la capacità dello studente di applicare protocolli di assistenza, gestire situazioni cliniche, lavorare in équipe interdisciplinare e comunicare in maniera efficace con il paziente e la famiglia. Il sistema di valutazione prevede prove formative semestrali basate su rubriche di competenza che comprendono cinque aree: conoscenza tecnico-scientifica, sicurezza, etica, responsabilità e relazione interpersonale.

La peculiarità del modello peruviano è la forte integrazione tra università e territorio. Gli studenti non svolgono il tirocinio solo in grandi ospedali, ma anche in centri di salute rurali, dispensari periferici e zone a basso reddito, dove l'infermiere rappresenta spesso la figura sanitaria di riferimento per l'intera comunità. Questa caratteristica, sottolineata dal Colegio de Enfermeros del Perú (CEP, 2022), contribuisce a formare professionisti

molto sensibili alle dinamiche sociali e in grado di operare in condizioni di risorse limitate, aspetto fondamentale nella realtà socio-economica peruviana.

Tuttavia non mancano criticità nel sistema Il CEP (2022) e diversi studi apparsi su Scielo Perú evidenziano che in molte aree del paese, le strutture sanitarie accreditate per i tirocini non sono sufficienti e ciò comporta disparità tra le università della capitale e quelle di provincia. Alcuni studenti riferiscono difficoltà nell'accesso a reparti specifici e una scarsa disponibilità di tutor clinici, che limita la qualità dell'apprendimento pratico. Il MINSA (2020), riconoscendo il problema, ha avviato un programma di "Fortalecimiento de la Formación Pre-Profesional en Salud" (Rafforzamento della formazione pre-professionale nella salute), volto a migliorare la rete degli ospedali universitari e a garantire standard minimi di accreditamento per tutti i centri di pratica.

Un altro elemento caratterizzante del sistema peruviano è la valutazione finale del tirocinio, che equivale a un vero e proprio esame di abilitazione. Al termine del quinto anno, lo studente deve presentare una Tesina de Grado e superare un periodo di Internado en Enfermería, ovvero un tirocinio intensivo di 3-6 mesi svolto a tempo pieno con responsabilità dirette di gestione del paziente. Dopo questo periodo, attestato da relazioni cliniche e supervisione diretta del tutor, è possibile richiedere la Licenciatura, che abilita legalmente all'esercizio della professione.

Negli ultimi anni il CEP e il MINSA stanno introducendo anche la metodologia della simulazione clinica ad alta fedeltà, per sopperire alla mancanza di posti tirocinanti ospedalieri e migliorare la sicurezza dei pazienti durante l'apprendimento.

La formazione pratica in Perú si presenta come un modello ricco di esperienze sociali e umane, caratterizzato da un forte legame con la comunità e con la salute pubblica, ma ancora segnato da disuguaglianze territoriali e strutturali. Nonostante ciò, i recenti sforzi istituzionali del MINSA e del CEP, insieme al supporto delle linee guida OMS 2021, stanno orientando il sistema verso una maggiore standardizzazione, con il fine di rendere la figura professionale più completa e competente.

5.2 ANALISI DELLE DIFFERENZE TRA LA FORMAZIONE PRATICA IN PERÙ E IN ITALIA

Il confronto tra le due formazioni permette di evidenziare come il contesto culturale, economico e istituzionale influenzi in modo diretto le modalità di apprendimento clinico e la qualità delle competenze acquisite dagli studenti.

Sebbene entrambi i paesi abbiano adottato il principio dell'integrazione teoria-pratica come asse fondamentale del curriculum, la struttura dei tirocini, la durata e le modalità di valutazione presentano differenze significative.

Nel sistema peruviano come trattato, l'intero corso di laurea ha durata quinquennale e il periodo pratico è principalmente concentrato negli ultimi due anni. Gli studenti effettuano rotazioni nei reparti ospedalieri, nei centri di salute e nei programmi di sanità pubblica, con un tirocinio complessivo di circa 1.600–1.800 ore annue, corrispondenti a circa il 40 % del totale delle ore del piano di studi. La supervisione è affidata a docenti universitari e a infermieri operanti nel Ministero de Salud, ma la disponibilità di tutor specializzati varia da università a università, provocando disomogeneità formative. Il tirocinio culmina con il "Internado en Enfermería", un periodo intensivo nel quale lo studente assume responsabilità assistenziali dirette e deve elaborare una relazione finale detta Tesina de Grado, che costituisce l'ultimo passaggio prima dell'abilitazione professionale (Licenciatura).

In Italia, al contrario, la formazione pratica è distribuita lungo tutto il triennio della laurea in Infermieristica e segue un modello formativo progressivo e cumulativo. Ogni anno include moduli di tirocinio professionalizzante obbligatori per un totale di almeno 2.300 ore (circa 60 CFU), come stabilito dal DM 270/2004 e dalle direttive del Ministero della Salute.

Gli studenti vengono assegnati a reparti clinici, servizi territoriali e strutture

socio-sanitarie fin dal primo anno e sono guidati da tutor clinici formati secondo criteri accreditati (FNOPI 2023). La progressione prevede che, dal secondo anno in avanti, lo studente acquisisca una crescente autonomia decisionale e gestionale nel processo di cura, sempre supervisionato dal tutor o dal coordinatore di area. La valutazione si basa su osservazioni dirette, diari di tirocinio e colloqui strutturati, con criteri oggettivi definiti da rubriche nazionali.

Una differenza sostanziale risiede anche nel rapporto con la comunità. In Perù, il tirocinio comunitario rappresenta una parte consistente del percorso formativo: i futuri infermieri partecipano attivamente alle campagne di prevenzione e promozione della salute, operando in contesti rurali e marginali, dove la presenza medica spesso è limitata. In Italia, l'attività territoriale e di comunità si è sviluppata più tardi, principalmente dopo il 2020, con l'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità e con la creazione delle Case di Comunità previste dal PNRR.

Se in Perù l'esperienza comunitaria è inserita nel DNA del corso, in Italia è diventata una priorità recente, orientata alla presa in carico dei pazienti cronici e alla deospedalizzazione.

Sul piano metodologico, l'Italia adotta un approccio fortemente integrato con la didattica universitaria. I tirocini vengono preceduti da lezioni teoriche, laboratori di simulazione e briefing di preparazione, mentre nel contesto peruviano la pianificazione è più orientata all'esperienza diretta e al contatto con la realtà sanitaria.

Nel contesto accademico italiano, le tecniche di simulazione ad alta fedeltà e di problem-based learning sono ormai consolidate: centri moderni come il Centro di Simulazione Clinica Avanzata dell'Università Politecnica delle Marche o del Policlinico Gemelli permettono allo studente di riprodurre situazioni cliniche complesse in ambiente sicuro. In Perù, questa metodologia è invece in fase di progressiva introduzione nelle università delle principali città, come Lima, possiedono simulatori di alta precisione; tra le istituzioni coinvolte troviamo la Universidad Peruana Cayetano Heredia o la San Marcos, mentre la maggior parte delle facoltà utilizza ambienti di laboratorio tradizionali.

Un'altra differenza sostanziale riguarda la valutazione delle competenze:

In Italia, le università seguono sistemi di valutazione standardizzati regolati da indicatori nazionali e dal sistema ANVUR; al termine del percorso triennale lo studente deve sostenere una prova pratica e discutere una tesi di laurea che ha valore abilitante. In Perù, l'abilitazione avviene con l'ottenimento della Licenciatura dopo la conclusione del tirocinio pre-professionale e la presentazione di un elaborato scientifico, ma senza una prova pratico-universitaria unificata: la certificazione è rilasciata dal CEP e non dal Ministero dell'Educación.

Dal punto di vista qualitativo, gli standard italiani risultano più omogenei e regolamentati; tuttavia, il modello peruviano mostra un'elevata efficacia sotto il profilo dell'inclusione sociale. Il contatto diretto e prolungato con la popolazione consente ai futuri professionisti peruviani di sviluppare forti competenze comunicative e culturali, che li rendono particolarmente idonei al lavoro in contesti multiproblematici o carenti di risorse. L'Italia, pur disponendo di tecnologie e strutture più avanzate, si caratterizza per una formazione clinica altamente tecnica e metodologica, che talvolta può risultare meno focalizzata sul contesto comunitario e più orientata alla medicina ospedaliera.

Alla luce dell'analisi svolta, emergono due modelli complementari: il sistema italiano, accademicamente strutturato e scientificamente standardizzato, e quello peruviano, più relazionale e comunitario. Entrambi perseguono lo stesso fine, quello di formare professionisti competenti, etici e capaci di gestire la complessità assistenziale. Ma secondo priorità differenti: efficienza tecnica e sicurezza nel primo caso, prossimità e partecipazione sociale nel secondo.

5.2.1 L'infermiere nel sistema sanitario nazionale peruviano

Il sistema sanitario peruviano è organizzato secondo un modello misto pubblico-privato. L'ente principale è il Ministerio de Salud del Perú (MINSA), responsabile della pianificazione, regolazione e gestione della rete ospedaliera nazionale e regionale. Accanto

ad esso operano organismi complementari come EsSalud, Sanidad Policial, Sanidad Militar e istituzioni private. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere si è progressivamente consolidato come pilastro dell'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera.

Secondo il MINSA (2023), gli infermieri peruviani rappresentano la più numerosa categoria sanitaria del paese, con oltre 98.000 professionisti attivi iscritti al Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). Circa il 65 % lavora in strutture pubbliche e il 35 % nel settore privato. La distribuzione geografica rimane tuttavia squilibrata: oltre la metà è concentrata nelle regioni costiere e nella capitale Lima, mentre le zone andine e amazzoniche soffrono di una persistente carenza di personale.

Il CEP (2022) definisce l'infermiere come il professionista responsabile dell'assistenza integrale a persone e comunità, con competenze di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. L'infermiere peruviano, oltre a occuparsi delle attività cliniche, riveste un ruolo particolarmente rilevante nei programmi di sanità pubblica, diventando spesso il principale interlocutore tra il Ministero e la popolazione.

Le principali funzioni riconosciute dal MINSA (2020) sono:

- valutazione e monitoraggio dello stato di salute dei pazienti;
- pianificazione e attuazione di interventi infermieristici nelle aree comunitarie;
- coordinamento dei programmi di vaccinazione, salute materno-infantile e nutrizione;
- partecipazione a studi epidemiologici e progetti di educazione sanitaria;
- supervisione di tecnici e operatori ausiliari di assistenza.

Il Colegio de Enfermeros del Perú struttura la professione infermieristica in quattro livelli fondamentali di progressione di carriera e in diverse figure professionali, tra cui figurano:

1. Enfermero Generalista laureato quinquennale con competenze cliniche di base.

2. Licenciado en Enfermería titolo abilitante all'esercizio professionale, equivalente all'iscrizione a un ordine professionale europeo.
3. Enfermero Especialista professionalmente formato in un'area specifica (emergenza, terapia intensiva, ostetricia, comunità o pediatria).
4. Enfermero Coordinador o Jefe de Servicio figura dirigenziale con responsabilità gestionali e amministrative.

Il percorso di avanzamento dipende dalla formazione post-base e dall'esperienza professionale, essendo tuttora assente un sistema nazionale di carriera sanitaria paragonabile a quello europeo.

Dal punto di vista organizzativo, il sistema sanitario peruviano soffre ancora della carenza di personale e dell'elevato tasso di precarietà contrattuale: circa il 40 % degli infermieri lavora con contratti temporanei o come "locadores de servicios", privi di tutele previdenziali.

Il MINSA e il CEP stanno cercando di affrontare la situazione attraverso il Plan de Fortalecimiento de Recursos Humanos en Salud 2023-2030, che mira a:

- stabilizzare il personale infermieristico attraverso contratti a tempo indeterminato;
- promuovere incentivi e formazione continua nelle aree rurali e di confine.

In prospettiva, la professione infermieristica in Perù si trova a una fase decisiva: il riconoscimento sociale è ormai consolidato, grazie alla forte presenza nel territorio e nella prevenzione, ma rimangono criticità strutturali ed economiche.

L'infermiere peruviano è un punto di riferimento per la salute pubblica e comunitaria, ma per ottenere una piena equiparazione internazionale necessita di ulteriori investimenti in formazione specialistica, infrastrutture sanitarie e valorizzazione salariale.

Il quadro delineato dalle fonti (MINSA 2023, CEP 2022, OMS 2021) conferma che l'infermieristica peruviana ha raggiunto un livello di maturità professionale elevato, ma presenta ancora margini di miglioramento nel riconoscimento contrattuale e accademico.

La crescita qualitativa della formazione universitaria negli ultimi anni sta però creando una nuova generazione di infermieri preparati, motivati e pronti a operare non solo nel Paese, ma anche in una dimensione sanitaria globale.

5.2.2 L'infermiere nel sistema sanitario italiano

Il sistema sanitario italiano, ispirato al principio costituzionale dell'universalità dell'assistenza (art. 32 Cost.), attribuisce alla professione infermieristica un ruolo cardine nel garantire la qualità, la continuità e la sicurezza delle cure.

L'infermiere è oggi riconosciuto come professionista sanitario autonomo, responsabile della pianificazione, gestione e valutazione dell'assistenza infermieristica in ospedale e sul territorio. L'organizzazione della professione è regolata principalmente dal D.M. 739/1994, dalla Legge 42/1999 (abolizione del mansionario), dalla Legge 251/2000 sul ruolo delle professioni sanitarie e dalle successive modifiche contrattuali introdotte nel CCNL Sanità 2025.

Secondo la FNOPI (2023), in Italia operano oltre 460.000 infermieri, rappresentanti la forza professionale più numerosa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Di questi, circa l'80 % lavora nel settore pubblico (ospedali, ASL, distretti, RSA) e il 20 % nel privato convenzionato o libero professionista. Il sistema è organizzato su tre livelli di competenza:

- Infermiere clinico, figura di base che garantisce l'assistenza diretta e la gestione del processo infermieristico;
- Infermiere specialista o di pratica avanzata, formato con corsi post-base e Master Universitari di I livello, che opera in aree a elevata complessità assistenziale (emergenza, terapia intensiva, oncologia, geriatria);

- Infermiere coordinatore e dirigente, formato tramite Laurea Magistrale o Master in Management Sanitario, con funzioni di leadership, gestione delle risorse e pianificazione dei servizi.

Le linee FNOPI ribadiscono che l'infermiere italiano partecipa a tutti i livelli dell'assistenza: dalla prevenzione alla riabilitazione, dalla ricerca scientifica all'educazione sanitaria, fino alla direzione organizzativa di reparti e dipartimenti clinici. Dal 2020, con l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha assunto grande rilievo la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, che opera nelle Case della Comunità e nei servizi territoriali. Questa nuova funzione integra l'infermiere nei percorsi di assistenza domiciliare, prevenzione e gestione della cronicità, secondo modelli raccomandati dall'OMS (2021) e dal programma europeo "Health 2025".

Gli infermieri pubblici sono inoltre tenuti all'Educazione Continua in Medicina (ECM), che garantisce standard di aggiornamento professionale uniformi su tutto il territorio nazionale.

L'Italia si distingue per la stabilità occupazionale e la costante domanda di personale: il fabbisogno stimato al 2030 è di oltre 60.000 nuove unità, dovuto al pensionamento di una parte della forza lavoro e all'espansione dei servizi territoriali.

La percezione dell'infermiere italiano nella società è radicalmente cambiata negli ultimi vent'anni. Da figura subordinata e tecnica, è divenuto un professionista rispettato e riconosciuto.

Le indagini FNOPI (2023) mostrano che oltre il 90 % dei cittadini considera l'infermiere una figura altamente competente e indispensabile, e l'esperienza della pandemia da COVID-19 ne ha ulteriormente rafforzato la reputazione.

La valorizzazione pubblica e politica è aumentata anche grazie all'estensione dei ruoli di responsabilità e alle campagne di promozione della salute svolte nelle scuole, nei quartieri e nei distretti sanitari.

L'infermieristica italiana ha inoltre acquisito una dimensione accademica di rilievo internazionale: gli atenei italiani partecipano a programmi di scambio e ricerca finanziati da Horizon Europe e dai fondi Erasmus Health, esportando modelli didattici di

formazione integrata teoria-pratica che vengono presi a riferimento da diversi paesi latinoamericani, inclusi i rapporti bilaterali con il Perù.

Nonostante i progressi, restano alcune criticità: carenza di personale, turnazioni pesanti e stipendi che, pur buoni in termini assoluti, non crescono proporzionalmente alla responsabilità. La FNOPI e le organizzazioni sindacali continuano a chiedere un maggiore riconoscimento economico e l'introduzione su larga scala delle competenze avanzate, figure destinate ad affiancare i medici nella gestione dei pazienti cronici e complessi.

5.3 LE DIFFERENZE TRA UN INFERMIERE PERUVIANO E UNO ITALIANO

Confrontando i due modelli possiamo notare che pur condividendo gli stessi principi etici e formativi promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN), la loro evoluzione è stata influenzata dai diversi contesti politici, economici e culturali.

Entrambi i paesi hanno intrapreso un percorso di professionalizzazione finalizzato a garantire un'assistenza di qualità, ma differiscono nella struttura dei percorsi formativi, nella regolamentazione giuridica, nelle prospettive di carriera e nella retribuzione.

In Italia, la formazione infermieristica è pienamente integrata nel sistema universitario da oltre trent'anni ed è oggi articolata in un percorso triennale abilitante, seguito da una laurea magistrale, da master di specializzazione e da programmi di dottorato e ricerca. La formazione si fonda sul sistema dei crediti formativi (CFU) e su criteri standardizzati

di tirocinio, con una forte integrazione tra università, ospedali e territorio. Gli infermieri italiani raggiungono la piena autonomia professionale già al termine del percorso triennale e possono accedere a ruoli di coordinamento e ricerca attraverso la formazione post-base.

In Perù, invece, la formazione universitaria infermieristica ha una durata quinquennale che termina con il rilascio del titolo di Bachiller en Enfermería, seguito dalla Licenciatura che abilita all'esercizio professionale.

Il sistema peruviano, riformato con la Ley Universitaria 30220 (2015), mira a garantire un'ampia base scientifica e un approccio fortemente comunitario. Tuttavia, nonostante la crescente qualità accademica, il processo di uniformazione tra le diverse università è ancora in corso e la qualità del tirocinio varia significativamente fra aree urbane e rurali. Mentre l'Italia concentra lo sviluppo formativo su una solida metrica di competenze e valutazioni oggettive, il Perù privilegia la dimensione sociale e territoriale, plasmando professionisti capaci di gestire situazioni sanitarie complesse in contesti di risorse limitate.

In ambito organizzativo e di carriera l'Italia presenta un sistema gerarchico articolato e chiaro: infermiere clinico, infermiere specialista, coordinatore e dirigente infermieristico.

Il *CCNL Sanità 2025* prevede progressioni economiche e di carriera attraverso concorsi pubblici, titoli accademici e anni di servizio. L'inquadramento in livelli contrattuali distinti assicura trasparenza e riconoscimento delle competenze. L'infermiere italiano può accedere a ruoli di alta specializzazione, docenza universitaria e ricerca, trovando un identico riconoscimento in ambito europeo grazie agli standard formativi uniformati (Direttiva 2005/36/CE dell'Unione Europea).

In Perù, la carriera infermieristica è regolata dal MINSA e dal Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). Le categorie principali sono: enfermero generalista, especialista, licenciado e coordinador de servicio. La progressione non è tuttavia vincolata a un sistema contrattuale nazionale, ma dipende dalla formazione post-base e dalle politiche regionali. L'assenza di un piano salariale uniforme e di meccanismi meritocratici di avanzamento limita ancora la stabilità e la motivazione professionale.

Ciononostante, negli ultimi anni il CEP ha elaborato un modello di “carrera profesional enfermera” analogo alle carriere europee, ora in fase sperimentale presso il MINSA.

Il divario salariale rappresenta una delle differenze più marcate. Secondo le stime ufficiali (tusalario.org 2023; MINSA 2023; OCSE 2025), lo stipendio medio netto di un infermiere peruviano è compreso tra 2 300 e 3 200 soles mensili (550–750 euro), con forti disuguaglianze tra settore pubblico e privato. In contrasto, in Italia un infermiere del Servizio Sanitario Nazionale percepisce tra 1 850 e 2 200 euro netti/mese, con indennità e benefit che incrementano la remunerazione fino a 45 000 euro annui per figure specialistiche o di coordinamento.

Oltre all’aspetto economico, si osservano differenze sostanziali nel tipo di contratto:

- in Italia prevale il tempo indeterminato, con tutele previdenziali, ferie retribuite e progressione economica;
- in Perù resta ancora diffuso il contratto temporaneo o di servizio, spesso privo di coperture assicurative complete.

Le politiche recenti del MINSA mirano a colmare gradualmente questa disparità aumentando la retribuzione minima e promuovendo contratti stabili, ma i dati OMS evidenziano che il salario medio peruviano resta ancora inferiore a un quarto di quello europeo.

Nel campo dell’immagine sociale, l’Italia ha raggiunto un forte riconoscimento: l’infermiere è oggi percepito come professionista di riferimento per la salute della persona e della comunità. Le campagne mediatiche e l’impegno durante l’emergenza COVID-19 hanno rafforzato la considerazione sociale, tanto che oltre il 90 % dei cittadini italiani esprime fiducia e gratitudine verso la categoria (FNOPI 2023).

In Perù, la percezione è più sfaccettata. L’infermiere è ampiamente rispettato nelle aree rurali e comunitarie, dove svolge un ruolo essenziale di educatore sanitario e primo punto di contatto con il sistema di salute, ma risente ancora di uno status di subalternità nei contesti urbani e ospedalieri. I rapporti del CEP (2022) e dell’OMS indicano una progressiva crescita del riconoscimento sociale, legata in particolare alla maggior presenza di donne in posizioni di leadership professionale e accademica.

Nel complessivo, questo confronto rivela che l'infermieristica italiana si distingue per la solidità accademica e la regolamentazione normativa, mentre quella peruviana per l'impegno sociale e la prossimità territoriale.

L'Italia garantisce stabilità economica e percorsi di carriera formalizzati, ma tende a essere più centrata sull'assistenza clinica e ospedaliera; il Perù, invece, privilegia la relazione interpersonale e la promozione della salute nelle comunità, rappresentando un esempio virtuoso di assistenza di base orientata alla prevenzione.

L'OMS (2021) suggerisce di considerare i due modelli come complementari: l'approccio strutturato e tecnologico europeo può rafforzare la standardizzazione e la qualità clinica del sistema peruviano, mentre la dimensione umanistica e comunitaria del modello latinoamericano può arricchire la pratica italiana, spesso più centrata sul compito che sulla relazione.

In sintesi, l'infermiere italiano e quello peruviano condividono la stessa vocazione e identità etica, ma operano entro contesti differenti: il primo in un sistema maturo, regolato e stabile; il secondo in un ambiente ancora in evoluzione, dove la professione è motore di equità e cambiamento sociale.

Entrambi contribuiscono oggi a costruire l'immagine globale dell'infermieristica come professione scientifica, umanistica e universale, indispensabile per la tutela della salute pubblica.

6. CONCLUSIONE

L'analisi condotta in questa tesi ha messo in evidenza come la formazione infermieristica rappresenti non soltanto un percorso accademico, ma il fondamento di una professione che unisce scienza, etica e relazionalità. Il confronto tra il modello peruviano e quello italiano ha consentito di capire quanto la storia, la legislazione e il contesto socio-economico possano influenzare l'identità e la funzione dell'infermiere nel sistema sanitario.

Nel corso del lavoro si è osservato che in entrambi i paesi l'infermieristica ha attraversato una transizione cruciale: da attività di supporto e basata sulla vocazione religiosa a professione sanitaria regolamentata, riconosciuta per le proprie competenze autonome, la responsabilità decisionale e la capacità di integrare teoria e pratica. Tuttavia, il cammino verso la piena valorizzazione è avvenuto in decenni diversi e condividono la stessa vocazione e identità etica, ma operano in contesti differenti: l'Italia in un sistema maturo, regolato e stabile; il Perù in un ambiente ancora in evoluzione, dove la professione è motore di equità e cambiamento sociale.

Entrambi contribuiscono oggi a costruire l'immagine globale dell'infermieristica come professione scientifica, umanistica e universale, indispensabile per la tutela della salute pubblica.

Dalle analisi e dai risultati è possibile trarre alcune riflessioni comparative:

1. Dimensione strutturale – L'Italia ha una formazione accademica di tre anni, con ampia uniformità dei programmi e una solida rete di tirocini in strutture accreditate del SSN. Il Perù offre un percorso più lungo (cinque anni) e con

maggior peso alle esperienze comunitarie, ma con differenze qualitative tra università urbane e rurali.

2. Dimensione economica: Le condizioni retributive italiane sono nettamente superiori a quelle peruviane, ma i due paesi condividono la necessità di valorizzare la professione in rapporto alla crescente complessità assistenziale.

3. Dimensione culturale: L'immagine dell'infermiere italiano è consolidata come figura scientifica e di leadership sanitaria; in Perù, invece, la professione conserva una connotazione più sociale e solidale, associata alla cura della persona e al contatto diretto con la comunità.

4. Dimensione normativa: L'Italia dispone di una legislazione puntuale (Legge 42/99, Legge 251/2000, CCNL 2025), mentre il Perù sta ancora costruendo un quadro unitario di carriera e di riconoscimento dei titoli.

Nonostante tali differenze, entrambi i paesi condividono obiettivi convergenti: rafforzare la ricerca infermieristica, promuovere la formazione continua (ECM) e assicurare che ogni cittadino, indipendentemente dal contesto geografico, riceva un'assistenza competente e umanizzata.

L'infermieristica, oggi, non è più solo l'arte del prendersi cura, ma una scienza della relazione, della gestione e dell'educazione sanitaria, fondata su evidenze e principi etici universali.

In Italia e in Perù la professione ha raggiunto traguardi importanti, ma rimane aperta a nuove sfide: l'evoluzione tecnologica, l'aumento delle malattie croniche, la necessità di umanizzare le cure e l'emergere di ruoli avanzati. La professione infermieristica dovrà quindi continuare a coniugare competenza tecnica e sensibilità umana, integrando ricerca, formazione continua e responsabilità sociale.

Il confronto sviluppato nel presente elaborato conferma che, pur nei diversi contesti, la missione è universale: l'infermiere come garante della dignità, della salute e dei diritti della persona. Rafforzare la cooperazione internazionale e valorizzare la formazione accademica rappresentano le chiavi per costruire un futuro in cui l'infermieristica sia realmente globale, scientificamente rigorosa e umanamente insostituibile.

BIBLIOGRAFIA

Accorinti, M. Donne nelle professioni di cura. Le infermiere straniere in Italia. CNR-IRPPS Working Papers, 68/2014. Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali. (2014)

Bennett, M. J. Developmental Model of Intercultural Sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 55, 76–88. (2017)

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), 499–505 (2005).

Colegio de Enfermeros del Perú. Normas y categorías profesionales en enfermería. Lima: CEP. (2022)

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). Profilo professionale e competenze dell'infermiere. (2023)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de salud y desarrollo humano en el Perú. Lima: INEI. (2022)

International Council of Nurses (ICN). Nursing Education Framework. Ginevra: ICN. (2021)

Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica

Leininger, M. M. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press. (1991)

Marriner Tomey, A., & Alligood, M. R. *Nursing Theorists and Their Work*. 10th ed. St. Louis, MO: Elsevier. (2018)

Ministero della Salute (Italia). *Profilo professionale dell'infermiere e aggiornamento CCNL Sanità 2025*. Roma: Direzione Generale delle Professioni Sanitarie. (2023)

Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR). *Ordinamento didattico dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (DM 270/2004)*. Roma: Gazzetta Ufficiale. (2022)

Ministerio de Salud del Perú. *Curriculo Nacional de Enfermería*. Dirección General de Personal de la Salud. (2020)

Ministerio de Salud del Perú. *Ley Universitaria N.º 30220: Normas para la formación profesional universitaria*. (2015)

NurseTimes.org. *Infermieri: prima le condizioni, poi le specializzazioni analisi CCNL 2025*. (2025, marzo 2)

Organización Mundial de la Salud. *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. Ginevra: OMS. (2021)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Equidad y acceso a la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS/OMS. (2019)

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. (2025)

Prado, M. L., et al. *La educación en enfermería en América Latina: desafíos y perspectivas*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (2016)

Watson, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised Edition). Boulder, CO: University Press of Colorado. (2008)

World Health Organization (WHO). *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. WHO Press. (2020)

SITOGRAFIA

<https://www.fnopi.it/>

<https://www.salute.gov.it/new/>

<https://www.gob.pe/minsa>

<https://www.gob.pe/minedu>

<https://www.cep.org.pe/>

<https://scielo.org.pe/>

<https://nursetimes.org/>

<https://www.money.it/>

<https://www.who.int/>

<https://www.icn.ch/>

<https://ideas.repec.org/>

<https://www.repubblica.it/>

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio:

Al **Professor. Giordano Cotichelli** per il supporto e l'aiuto durante la scrittura di questa tesi, persona che stimo tanto e che ho avuto il piacere di conoscere durante il mio percorso formativo.

A **Mia madre** che con la tanta fatica ed il tanto impegno mi ha permesso di percorrere la strada che desideravo e che è stata sempre la mia prima supporter emotiva sin da quando sono bambino. Grazie a lei che mi ha insegnato che con dedizione puoi raggiungere ogni metà, sono diventato la persona che sono oggi.

A **mio fratello, my g**, che tra alti e bassi è sempre presente a strapparmi un sorriso con una battuta. Gli voglio un botto di bene e gli auguro buona fortuna per il suo percorso di vita e non.

Ai **miei amici**, il ringraziamento verrà fatto in un secondo momento a modo mio, ma intanto vi voglio bene e grazie per **TUTTO il supporto che mi avete dato.**

Alla **mia ragazza**, una grande spalla su la quale posso contare, anche se non stiamo insieme da troppissimo in questo siamo riusciti a costruire una bellissima relazione dove fiducia e cooperazione sono alla base, spero che sia ancora così per tanto.