

## INDICE

<b>1 Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>2 Obiettivo</b>	<b>5</b>
<b>3 Materiali e metodi</b>	<b>6</b>
<b>4 Risultati</b>	<b>9</b>
<b>4.1 La professionalizzazione dell'infermiere in Italia:</b>	
4.1.1 Cenni storici	9
4.1.2 Laurea dell'infermiere	14
4.1.3 Aspetti normativi dell'attuale pratica infermieristica	15
4.1.4 Riferimenti normativi in materia di professione infermieristica	17
4.1.5 Qualifiche giuridiche dell'infermiere	19
4.1.6 Valutazione delle competenze (OSCE)	21
<b>4.2 La professionalizzazione dell'infermiere in Marocco:</b>	
4.2.1 Cenni storici	26
4.2.2 Storia della formazione di infermieri ed ostetriche in Marocco e principali riforme degli studi	27
4.2.3 Le prime scuole	28
4.2.4 Riforma del 1993 e Riforma del 2013	30
4.2.5 Vecchi approcci formativi nella formazione di base degli infermieri	34
4.2.6 Valutazione secondo la Competency-Based Approach (CBA)	37

<b>5 Discussione</b>	47
<b>6 Conclusioni</b>	48
<b>7 Bibliografia e Sitografia</b>	49
<b>8 Ringraziamenti</b>	51



## 1. INTRODUZIONE

Col presente lavoro, illustrando la situazione in Italia e in Marocco allo scopo di mettere in evidenza le affinità e le differenze relative al percorso formativo e all'evoluzione della professione, si intende far luce su quello che è stato il processo evolutivo a cui è andata incontro la professione infermieristica.

Così come avremo modo di constatare, l'assistenza, intesa come cura e sostegno alla persona malata o in condizioni di disagio, ha sempre fatto parte della vita dell'uomo. La prassi assistenziale è progredita di pari passo al genere umano. Col tempo sono mutate le modalità e l'intensità attraverso le quali l'assistenza ai malati si esplicava.

Si è passati da un'assistenza ai malati praticata prevalentemente da donne in contesti religiosi, ad una vera e propria professione infermieristica con assunzione di responsabilità e possesso di competenze specifiche.

Nella prima parte viene descritta la professione infermieristica in Italia: il lavoro di analisi degli eventi storici, che hanno reso la pratica assistenziale una vera e propria professione, sottolinea il fine ultimo del lavoro che è quello di comprendere quali sono oggi i contesti in cui gli infermieri operano, quali sono le competenze ad essi richieste e quali sono le loro responsabilità a cui oggi sono chiamati a rispondere in caso di danno provocato.

La seconda parte, invece, si incentra sulla nascita del ruolo infermieristico instauratosi in Marocco, e come le differenti riforme ed integrazioni ne abbiano permesso lo sviluppo di percorsi formativi specifici in tale ambito.

## **2. OBIETTIVO**

Lo scopo di questo lavoro è quello di mostrare le differenze e le affinità della professione infermieristica in due paesi diversi (Marocco e Italia) e come i professionisti vengono formati prima di entrare in ambito lavorativo.

Vengono illustrati gli ordinamenti didattici e le leggi che riguardano la professione, quindi viene descritta l'evoluzione della professione dell'infermiere, partendo dalla storia dell'assistenza al malato che avviene in entrambi i paesi.

In precedenza non era definita la figura dell'infermiere quale professione ausiliaria che ha raggiunto successivamente solo successivamente quello che oggi è chiamato professionista cioè titolare dell'attività svolta in autonomia essendo in possesso di conoscenze specifiche scientifiche e tecniche, grazie al percorso formativo che ha svolto, ossia il titolo di studio universitario (D.M.739/94 profilo professionale e Dahir n 1-57-003 in Marocco).

In fine vengono illustrate quelle che sono le responsabilità civili e penali in ambito lavorativo.

### 3. MATERIALI E METODI

#### 3.1. Ricerca:

Per questo lavoro di ricerca di dati riguardanti la formazione dello studente di infermieristica, mi sono avvalsa del motore di ricerca di PubMed e di libri di testo e gazzetta ufficiale e ministero della salute monarchico del Marocco, per valutare le differenze che si trovano, attraverso gli studi che furono effettuati per sviluppare tale legge da poter svolgere al meglio l'attività di tale professione.

Sono stati visualizzati 4118 studi dalla banca dati PubMed e 2 su Cinahl.

Alcuni questi articoli ritrovati non definivano la ricerca dei miei dati erano molto specifici e riguardavano in particolare l'infermiere in ambito lavorativo in specifico o che riguardavano la medicina specifica per esempio (preparazione al trapianto)

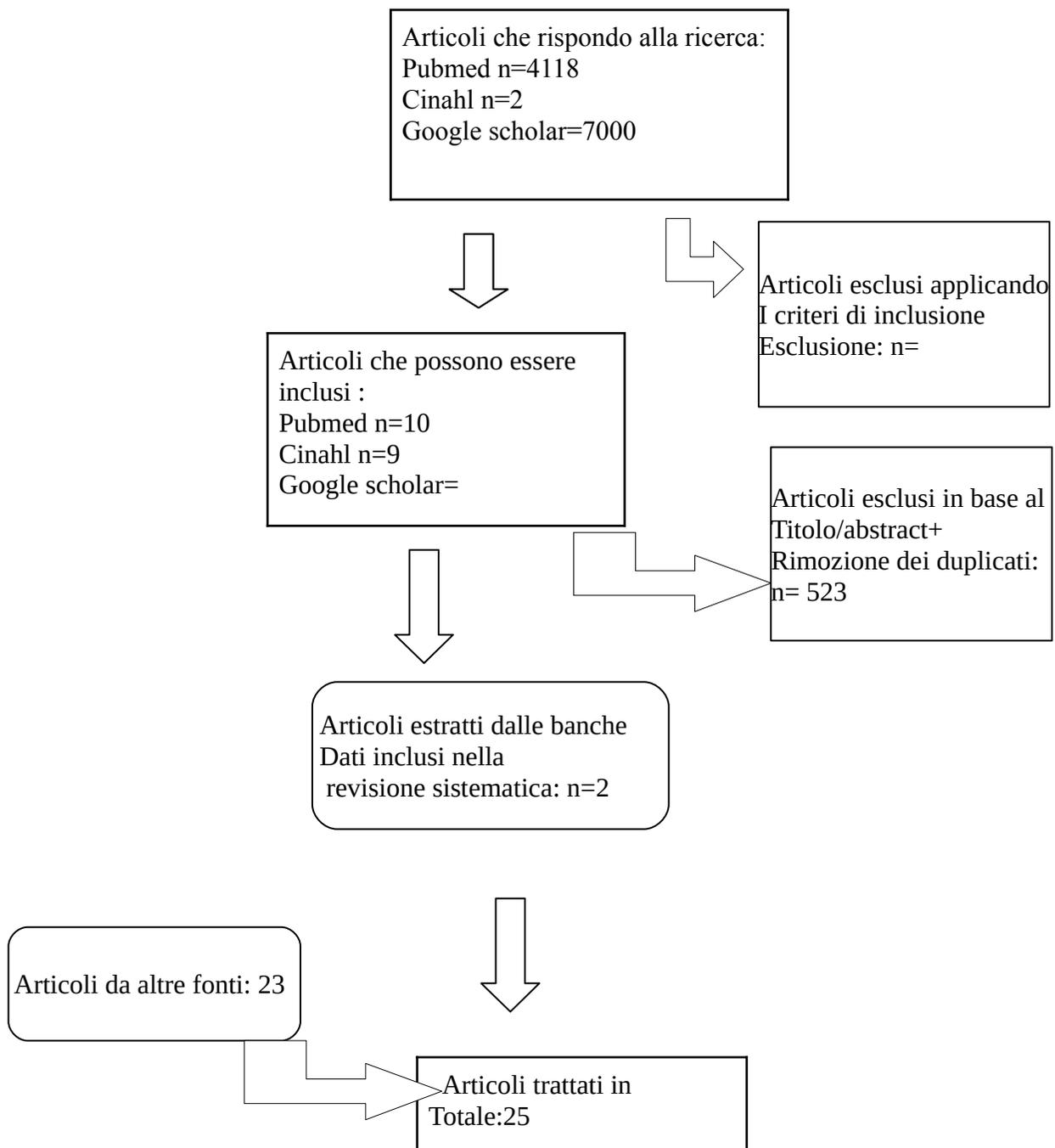
Di questi articoli ritrovati sono stati presi in considerazione tramite i criteri di inclusione nella banca dati di PubMed usufruendo dell'opzione Mesh che permette di ricercare gli articoli in modo sintetizzato, 2 articoli (UNA PANORAMICA DI EDUCAZIONE ALLA PRATICA CLINICA PER STUDENTI INFERMIERI: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA, UNA FINESTRA SUL PASSATO INFERMIERI E ISTRUZIONE), questi articoli presi, riguardano quella che è la formazione e professione italiana

Cinhal è un'altra banca dati che fornisce strumenti di ricerca come la PubMed, in cui non sono stati ritrovati molti articoli, ma solo 2 (HEALTH NURSINGPLUS: CARE VARIATION E HEALTH NURSING:TRUE GRIT) anch'essi erano specifici in ambito lavorativo e non formativo come prevede la mia ricerca.

Per quanto riguarda la ricerca della professione infermieristica in Marocco si è utilizzato il sito del ministero della sanità che riprende come articoli (Dahir n1-51-008 del 19 febbraio 1960 che regola l'uso del titolo e l'esercizio della professione infermieristica pubblicato nel vollettino ufficiale n2470 del 26/02/1960) è stato utilizzato

wikipedia e la piattaforma google e google scholar (sia per l'Italia che per il Marocco) per la ricerca di altri articoli, in cui sono stati presi in considerazione quelli più pertinenti (**Utilizzo dei casi in ambito etico-deontologico nella formazione infermieristica**; Etica per la pratica infermieristica)

Nello schema seguente illustriamo il percorso di ricerca bibliografica:



## 4 RISULTATI

### 4.1 La professionalizzazione dell'infermiere in Italia:

#### 4.1.1 Cenni storici

Parlando di Professione Infermieristica moderna è necessario accennare, seppur brevemente, ai passaggi storici che ne hanno, di fatto, decretato l'evoluzione.

Prima di procedere è però necessario sottolineare il fatto che il passaggio dalla madre soccorritrice alle intuizioni di Florence Nightingale, da molti considerata come la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna<sup>1</sup>, non è stato breve.

---

<sup>1</sup> DELLE FAVE A., MARSICANO S., *L'umanizzazione dell'ospedale. Riflessioni ed esperienze*, Franco Angeli, Milano, 2004.

L'infermieristica può oggi intendersi come un corpus di conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti alla tutela e alla promozione della salute dell'individuo e della collettività.

Tale considerazione è arrivata ad aversi solo dopo l'attuazione di diverse disposizioni normative, in particolar modo del D. M. n. 739 del 1994<sup>1</sup>, delle Leggi n. 42 del 1999<sup>2</sup>, n. 251 del 2000<sup>3</sup> e n. 43 del 2006, oltre che del Codice Deontologico. In seno a tali disposizioni ha trovato attuazione il superamento del concetto di ausiliarità dell'assistenza infermieristica in relazione alla professione medica<sup>5</sup>.

Col D. M. n. 509 del 1999<sup>6</sup> si è infatti giunti ad una strutturazione del percorso universitario degli infermieri che permette loro di divenire, grazie alla formazione completa e multidisciplinare di cui usufruiscono, di divenire attori principali del processo di miglioramento della pratica clinica, della cura e dell'assistenza alla persona.

Detto ciò, si sottolinea che il concetto di *ad-sistere* (stalla figura di Fabiola, nobildonna romana che nel 390 d.C. istituì il primo ospedale della storia, il

---

1 D. M. 14 settembre 1994, n. 739 – *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 6 del 9 gennaio 1995.

2 Legge 26 febbraio 1999, n. 42 – *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999.

3 Legge 10 agosto 2000, n. 251 – *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 208 del 6 settembre 2000.

5 BERGOMI P., FRISONE E., LOI D., RIPA P., *I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere. Viaggio nella professione infermieristica*, Maggioli, Rimini, 2013.

6 D. M. 3 novembre 1999, n. 509 – *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 2 del 4 gennaio 2000.

“Valetudinaria”, il quale, si avvaleva dell’operato diare accanto) è legato ai medici e servi, questi presumibilmente adibiti allo svolgimento di funzioni infermieristiche.

Nel medioevo, cura ed assistenza venivano soprattutto offerte dal clero all’interno di strutture religiose e lungo le vie del pellegrinaggio.

Diversamente dai primi ospedali, le cui strutture erano adibite soprattutto al ricovero di chiunque avesse bisogno, gli ospedali del ‘400 iniziarono ad essere intesi come strutture adibite alla cura della persona non solo in termini di carità cristiana ma anche in termini di pratica produttiva di salute corporale. Si iniziò quindi a distinguere i malati in base alle loro condizioni e alle loro necessità assistenziali. Ne conseguì, quindi, la necessità per gli infermieri di acquisire conoscenze inerenti tanto le malattie quanto i medicinali con cui trattarle.

La rivoluzione generatasi dall’Umanesimo porrà le basi per l’avvicinamento dei concetti di salute e malattia secondo un approccio scientifico.

A partire dal ‘600, grazie ai progressi nel campo medico-scientifico, si iniziarono a formulare le prime teorie sulla salute. I “medici clinici” iniziarono poi a porre in essere le prime classificazione delle malattie sulla base dell’osservazione di segni e sintomi condotta al letto del malato.

Durante l’Illuminismo, in uno scenario caratterizzato dalla rilevanza della figura del medico, il ruolo degli infermieri si limitava ad essere riconducibile a compiti alberghieri e di sorveglianza notturna.

Una vera e propria svolta per la professione vi fu grazie all'operato della citata Florence Nightingale, la quale, durante la guerra di Crimea (1853), insieme ad altre 39 infermiere, prese in mano la situazione dell'ospedale militare inglese di Scutari<sup>7</sup>.

Adottando un metodo organizzativo volto innanzitutto a garantire l'igiene dell'ambiente terapeutico, la Nightingale riuscì a dimostrare sia l'importanza dell'igiene per la riduzione del tasso di mortalità, sia l'importanza dell'epidemiologia e della statistica per l'interpretazione delle informazioni sull'evoluzione della malattia.

Spinta dall'intenzione di innalzare lo status sociale delle infermiere, la Nightingale, una volta tornata in Inghilterra, contribuì notevolmente al processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica nell'ambito della formazione. Lo strumento attraverso il quale perseguirlo era l'insegnamento. Le 15 infermiere uscite dalla scuola collegata all'ospedale S. Thomas e da ella selezionate, furono inviate all'estero per diffondere il "modello Nightingale", il quale si fondava sulla padronanza, da parte dell'infermiera diplomata, di una perfetta competenza tecnica, sull'irreprensibilità di carattere e sulla buona condotta<sup>8</sup>.

Per quanto riguarda il contesto italiano, occorre dire che solo grazie ad Anna Celli, infermiera tedesca trasferita in Italia, l'assistenza infermieristica negli ospedali italiani uscì dalle condizioni scadenti in cui versava per dirigersi verso un processo di

---

7 Per un approfondimento si veda: SMALL H., *A brief history of Florence Nightingale: and her real legacy, a devolution in public health*, Robinson, London, 2017.

8 AA.VV., *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2015.

professionalizzazione degno di nota<sup>9</sup>. Fu poi sotto il regime fascista che sorsero in Italia le prime scuole convitto con obbligo di internato, destinate però alle sole donne. Nel 1971, con la Legge n. 124<sup>10</sup>, la possibilità d'accesso alle scuole per infermieri eresi fu estesa anche agli uomini.

Con l'applicazione del Decreto di Strasburgo del 1973 si è poi stabilito che la durata del corso di studi sarebbe stata di 3 anni anziché 2. Con il D.P.R. n. 255 del 1974<sup>11</sup> si è infine stilato l'elenco delle mansioni degli infermieri.

Il primo passo verso lo sviluppo della formazione infermieristica si è posto in essere quando si è concesso agli infermieri di accedere all'Università. Correva l'anno 1965.

Prima La Sapienza e poi la Cattolica di Roma, istituirono la Scuola per Dirigenti dell'assistenza infermieristica. A queste, si accodò negli anni '70 l'Università di Milano.

L'accordo di Strasburgo può considerarsi l'elemento trainante il cambiamento. Con esso, infatti, si sono uniformati i contenuti della preparazione del personale infermieristico nei paesi comunitari<sup>12</sup>.

---

9 *Ibidem*, p. 453 e ss.

10 Legge 25 febbraio 1971, n. 124 – *Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 83 del 3 aprile 1971.

11 D. P. M. 14 marzo 1974, n. 225 – *Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 157 del 18 giugno 1974.

12 CIPOLLA C., ARTIOLI G., *La professionalità del care infermieristico*, Franco Angeli, Milano, 2003.

La legge n. 124/1971 (25/02/1971), che ricordiamo aver sancito l'ammissibilità alle scuole per infermieri ad allievi di entrambi i sessi, ha stabilito che l'unico requisito culturale di ammissione fosse il possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado. +

Con la stessa legge sopracitata, nell'anno scolastico 1973/74 prevedeva l'accesso ai corsi i candidati che abbiano un certificato di scuola secondaria ed un'età minima di 16 anni.

Legge n795 del '73 ci fu un accordo europeo sulla formazione e l'istruzione dell'infermiere, dove vi è l'evoluzione dal punto di vista giuridico e fondamentale per quanto riguarda la responsabilità e la capacità di lavorare in equipe.

Con la legge n341 del 1990 nasce la riforma degli ordinamenti universitari e le CdL, la quale ha aperto un grande percorso di cambiamenti nell'ambito della professione e venne istituito anche il diploma di specializzazione e di dottorato di ricerca.

#### 4.1.2 La laurea dell'infermiere

Per il riconoscimento della professione infermieristica, sono stati fatti dei passi fondamentali per la trasformazione del Diploma Universitario per l'Infermiere in Laurea di I° livello, questa sancita per mezzo del D. M. n. 509/99. Attraverso la legge n. 251/2000 si è poi riconosciuta la Laurea di II° livello in Scienze Infermieristiche. Tale disposizione normativa ha altresì uniformato la formazione degli infermieri italiani a quella degli altri paesi europei.

Questa professionalità nata in seno alla nuova formazione e alle nuove leggi fa sì che gli infermieri ambiscano ad una vera e propria "RIVOLUZIONE CULTURALE", la quale, potrà trovare nell'istituzione della facoltà di infermieristica la sua massima espressione. Tale istituzione, ricordiamolo, servirebbe all'Italia per mettersi in pari con gli altri paesi europei ed extra-europei.

### 4.1.3 Aspetti normativi dell'attuale pratica infermieristica

Come abbiamo avuto modo di constatare finora, le fondamenta dell'esercizio infermieristico sono profondamente mutate negli ultimi anni.

Sebbene il processo sia tutt'ora in corso, occorre dire che il campo di attività e le responsabilità dell'infermiere sono oggi rinvenibili del D. M. 739/1994. Con la legge 42/99 l'infermiere, assumendo lo status di Professionista Sanitario<sup>13</sup>, acquisendo autonomia professionale, risponde direttamente alle sue azioni.

Le disposizioni che ci spiegano chi è l'infermiere, cosa fa e secondo quali principi opera, sono rispettivamente: il D.M. 739/94, la legge del 251/2000 (riguarda le professioni sanitarie, infermieri ed ostetriche) e la legge 43/2006<sup>14</sup> e, infine, il Codice Deontologico dell'infermiere.

Per poter diventare infermiere al giorno d'oggi vi è l'obbligo di aver frequentato un corso di laurea in infermieristica.

Ogni università organizza il proprio percorso formativo sulla base del programma definito dalla normativa nazionale godendo di una flessibilità che permette in relazione alle esigenze sanitarie di introdurre le materie.

---

13 NAPPINI P., SERINI M., PETRANGELI M., *La dirigenza dei servizi infermieristici*, Maggioli, Rimini, 2009.

14 Legge 1 febbraio 2006, n. 43 – *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 40 del 17 febbraio 2006.

Il piano di studi nelle università prevede attività formative come: laboratori, insegnamenti, tirocini e prova finale, che sono misurabili in crediti, dove ogni credito corrisponde a 30 ore di impegno da parte dello studente.

#### 4.1.4 Riferimenti normativi in materia di professione

##### infermieristica

Per mezzo di essa, nello specifico, si è superata la distinzione tra professioni sanitarie principali (es. medico) e professioni ausiliarie (es. infermieri). Entrambe le figure, quindi, con l'emanazione di tale intervento normativo hanno trovato collocazione nell'ambito delle professioni sanitarie.

Con la legge n. 251/2000, oltre ad esplicitarsi quanto appena detto, si sono, da un lato, istituiti la dirigenza sanitaria, la laurea e gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma di laurea, dall'altro, stabilito che l'infermiere professionale svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguarda della salute individuale e collettiva.

Con la legge n. 43/2006, oltre a prevedersi il requisito obbligatorio del titolo universitario conseguito per l'esercizio della professione infermieristica, si è stabilito, per l'infermiere, l'obbligo di iscrizione all'albo professionale.

Il profondo cambiamento determinato da tali disposizioni normative in tema di autonomia professionale ha generato notevoli dubbi in tema di responsabilità. Nello specifico: qual è la natura delle responsabilità dell'infermiere che, ad oggi, si ritrova ad essere sia un soggetto attivo nello svolgimento del proprio lavoro sia promotore di progetti e di obiettivi? In altri termini, in caso di errori, questi riconducibili all'operato o alla presa di decisioni, l'infermiere risponde in sede civile, penale o disciplinare/amministrativo.

La legislazione, a tal riguardo, stabilisce che in caso di violazione degli obblighi professionali, l'infermiere risponda del danno da lui prodotto con le sue azioni od omissioni<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Cfr. AA.VV., *La responsabilità professionale dell'infermiere e la sua tutela assicurativa*, Maggioli, Rimini, 2014.

#### 4.1.5 Qualifiche giuridiche dell'infermiere

L'esercizio dell'attività infermieristica si caratterizza per l'attribuzione di rilevanti qualifiche giuridiche, queste impattanti innanzitutto la sfera del diritto penale. Le qualifiche in questione si suddividono in:

- Incaricato di pubblico servizio;
- Esercente di servizio di pubblica necessità.

Così come stabilito dall'art. 357 del codice penale, risultano essere pubblici ufficiali *“colore che esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa [...] è pubblica la funzione amministrativa esercitata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi”*<sup>16</sup>.

La definizione di “incaricato di pubblico servizio” la si recupera dall'art. 358 del c.p. nel quale si legge che appartenenti a suddetta categoria sono *“coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi una attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima e con l'esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”*<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> CARCANO D., *Manuale di diritto penale*, Giuffrè, Milano, 2010.

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 95.

Ai sensi dell'art. 359 c. p., infine, possono definirsi persone che esercitano un servizio di pubblica necessità *“i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'Opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi; i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione”*<sup>18</sup>.

Suddette qualifiche giuridiche assumono notevole rilevanza in ambito penale, ciò in virtù del fatto che alcuni reati vengono puniti in maniera più grave se a commetterli è un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio. Va poi ricordato che alcuni reati sussistono solo se commessi da chi riveste tali qualifiche. Ne sono un esempio i reati per rifiuto di atti d'ufficio, per peculato e per falso in atto pubblico.

Al di là delle strutture in cui si presta servizio, occorre dire che tali qualifiche risultano essere correlate alla specifica attività effettuata al momento in cui si verifica il reato.

Ciò significa che un infermiere che lavora presso una struttura pubblica e che, al di fuori del proprio orario di servizio, svolge anche attività libero-professionale, può assumere, a seconda dei casi, sia la qualifica di incaricato di servizio pubblico che la qualifica di esercente un servizio di pubblica necessità.

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 110.

#### 4.1.6 Valutazione delle competenze

La formazione universitaria unisce l'apprendimento teorico con quello clinico, che è definito come tirocinio, avendo appunto l'obiettivo di formare dei professionisti con competenze adeguate all'attuale panorama sanitario.

L'apprendimento clinico ha un ruolo fondamentale, è quello che permette allo studente di confermare ciò che ha appreso nella parte teorica.

La valutazione delle competenze avviene attraverso varie metodologie (Buldone et al.,2006) ma l'esame clinico utilizzato maggiormente dai formatori per esaminare gli studenti nelle performance raggiunte è Objective Structured Clinical Examination(OSCE), ovvero la valutazione obiettiva strutturata delle competenze cliniche.

Questa valutazione obiettiva strutturata delle competenze prevede che ad ogni studente di dimostrare competenze specifiche e comportamenti nell'ambiente di lavoro, e viene divisa in 4 aree dove vi è rappresentata: l'area ETICO-DEONTOLOGICA, area TECNICO-ASSISTENZIALE, area EDUCATIVO RELAZIONALE, area ORGANIZZATIVO-GESTIONALE.

Quest'ultime vengono valutate dalla guida di tirocinio a termine del periodo formazione clinica, attraverso una valutazione globale che riprende gli obiettivi raggiunti e quelli non raggiunti pesandoli per farne una valutazione finale.

Il documento dopo essere stato valutato dalla guida di tirocinio sarà visionato dal tutor didattico.

Le 4 aree sopracitate ognuna di loro ha un peso in percentuale (a. ETICO-DEONTOLOGICA 35%, a. TECNICO-ASSISTENZIALE 35%, a. EDUCATIVO-RELAZIONALE 20%, a. ORGANIZZATIVO-GESTIONALE 10%).

Per ognuna di queste il massimo del punteggio degli obiettivi da raggiungere assume il valore di 5 punti, mentre il minimo è 1 punto.

Nella tabella1 è illustrata la modalità della valutazione.

Per ciascuna delle aree vengono individuati degli obiettivi specifici di apprendimento e sono indicati i relativi contenuti che vengono valutati con un punteggio che va da un minimo di 1 a un massimo di 5.

Nella Tabella 1 sono illustrati gli obiettivi di apprendimento e la valutazione di performance ottenute dallo studente

Tabella 1: modalità di valutazione

**1 - OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALL'AREA ETICO-DEONTOLOGICA**

Comprende la capacità di rispettare le norme previste dal Codice deontologico e dall'organizzazione. Lo studente:

	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	PUNTEGGIO VALUTAZIONE CERTIFICATIVA (1,2,3,4,5, NV)
1.1	Dimostra spirito di iniziativa e si interessa alle attività, essendo aperto a nuove conoscenze ed abilità gestuali e comportamentali	Dimostra di attivarsi nelle diverse situazioni, in base alle proprie competenze ed in modo appropriato; è propositivo.	
1.2	Possiede capacità di autocritica ed accoglie le osservazioni	Riflette sui propri atteggiamenti/abilità; riconosce di aver sbagliato, comunica i propri errori e accetta suggerimenti al fine di migliorare.	
1.3	Si assume la responsabilità delle proprie azioni	Dimostra responsabilità quando agisce in sicurezza, quindi non fa ciò che non conosce o non ha mai fatto; richiede l'intervento di altri operatori, se necessario; sa chiedere e riferire informazioni utili al piano di cura, rispetta le istruzioni e le procedure operative	
1.4	1) Area ETICO-DEONTOLOGICA (Peso: 35%) documentazione e delle informazioni cliniche 2) Area TECNICO-ASSISTENZIALE (Peso: 35%) ill persone assistite	Compila in modo appropriato, nelle sue parti, lo strumento personale e lo sa consultare.	
1.5	3) Area EDUCATIVO-RELAZIONALE (Peso: 20%) Dimostra di essere responsabile della documentazione didattica	Lo studente conserva ed utilizza in modo appropriato e secondo regolamenti la modulistica attinente il tirocinio: fogli firme, regolamento, contratto di tirocinio, libretto.....	
1.6	4) Area ORGANIZZATIVO-GESTIONALE (Peso: 10%) Rispetta gli orari programmati	E' puntuale nel rispetto degli orari assegnati; avverte tempestivamente in caso di assenze, ritardi o di eventuale necessità di allontanamento dall'U.O.	
1.7	Avverte in caso di ritardo ed assenze		
1.8	5) Valutazione Globale Indossa la divisa prevista ed indossa la divisa in modo completo ed ordinato	Indossa la divisa prevista; cura l'igiene e l'ordine personale (non opera con capelli lunghi slegati, monili smalto ); porta il cartellino di riconoscimento.	
1.9	Autovaluta il proprio livello di competenza professionale e segnala i propri bisogni di formazione	Procede all'autovalutazione, confrontandosi con la guida. Richiede spunti ed approfondimenti su casi clinici o procedure che non conosce ed eventualmente realizza lavori di ricerca nella letteratura.	
<b>MEDIA VALUTAZIONE LIVELLI DI PERFORMANCE</b>			

**2 - OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALL'AREA TECNICO-ASSISTENZIALE**

Comprende gli obiettivi relativi all'assistenza di base (descritti nelle diverse prestazioni ed intesi nelle varie fasi che le compongono, pre- durante e post). Lo studente:

	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	PUNTEGGIO VALUTAZIONE CERTIFICATIVA (1,2,3,4,5, NV)
2.1	Dimostra di possedere conoscenze e di saper motivare le azioni	E' capace di fornire elementi e spiegazioni sulle procedure assistenziali, motivandone le modalità di esecuzione.	
2.2	Possiede capacità di apprendimento, ed agisce con competenza nelle diverse situazioni	Dimostra di aver appreso quando agisce con competenza, intesa come l'insieme delle conoscenze, abilità e comportamenti applicate alle diverse situazioni.	
2.3	Possiede attitudini di osservazione, della persona assistita e del suo ambiente	Osserva le condizioni generali della persona assistita (aspetto, segni fisici, espressione, posture, ambiente, in senso lato), in modo da individuarne i problemi assistenziali .	
2.4	Sa rilevare il bisogno di igiene ed applica le tecniche relative all'igiene della persona assistita e dell'unità della stessa	Effettua l'Igiene (perineale, cavo orale, occhi, viso e mani, bagno a letto, ecc.), il rifacimento letto e riordino unità della persona.	
2.5	Sa rilevare il bisogno di mobilitazione ed applica le relative tecniche anche utilizzando in modo appropriato gli ausili	Effettua la Mobilitazione dell'assistito sia a letto che fuori dal letto ed il suo posizionamento; riconosce tempi e momenti per la mobilitazione; riconosce gli ausili per la mobilitazione.	
2.6	Collabora nella prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito	Dimostra di conoscere i fattori di rischio, i presidi, gli interventi per la prevenzione; attua le procedure e collabora nel trattamento.	
2.7	Sa rilevare il bisogno di alimentazione ed applica le tecniche di supporto alla persona; conosce il significato delle principali tipologie di diete	In relazione all'Alimentazione: prepara e supporta la persona durante i pasti; osserva e riferisce problemi di deglutizione; riferisce la quantità e la tipologia di cibi assunti; conosce il significato di 1° e 2° dieta, dieta idrica, dieta iposodica, dieta ipoproteica.	
2.8	Sa rilevare il bisogno di eliminazione, osserva e riferisce i caratteri di feci ed urine. Applica le tecniche inerenti il bisogno di eliminazione	In relazione all'Eliminazione: utilizza i presidi per l'eliminazione e conosce la relativa sanificazione; osserva e riferisce le caratteristiche delle feci ed urine; controlla diuresi ed evacuazioni; prepara il materiale ed esegue le diverse tipologie di clistere secondo i protocolli in uso; conosce ed effettua il corretto svuotamento delle sacche di raccolta delle urine.	

1= GRAVEMENTE INSUFFICIENTE: lo studente non adotta il comportamento/non dimostra la conoscenza/non attua l'abilità attesa, non ne è consapevole non riconosce le mancanze

2= INSUFFICIENTE: lo studente non adotta il comportamento/non dimostra la conoscenza/non attua l'abilità attesi per mancanza di volontà e non accoglie i suggerimenti

3= SUFFICIENTE: lo studente adotta/dimostra/attua saltuariamente il comportamento/conoscenza/abilità attesi ma dimostra impegno per migliorare

4= BUONO: lo studente adotta il comportamento/dimostra la conoscenza/attua l'abilità attesi ma, talvolta, necessita di stimoli per mantenere una continuità, accetta comunque suggerimenti

5= OTTIMO: lo studente adotta il comportamento/dimostra la conoscenza/attua l'abilità attesi sempre, sa adattarsi alle diverse situazioni, dimostra tensione al miglioramento continuo

NV= NON VALUTABILE: non si è verificata la situazione prevista dall'obiettivo

	Conosce le norme di asepsi ed opera nel rispetto delle stesse	Conosce le procedure per il lavaggio delle mani e le applica; conosce e rispetta le indicazioni di utilizzo dei guanti sterili e non e degli altri DPI; effettua il ricondizionamento dei presidi secondo i protocolli; conosce le norme di asepsi e quelle relative alla conservazione del materiale sterile e al controllo delle scadenze.	
	Accoglie la persona nell'unità di degenza secondo i protocolli in uso.	Svolge le procedure previste per il ricovero nella U.O. di accettazione.	
	Sa rilevare e registrare i parametri vitali; riconosce e riferisce i valori anomali	Conosce le modalità di rilevazione dei parametri, sa riconoscere i valori anomali, registra i valori.	
	Attua le procedure corrette per lo smaltimento dei rifiuti	E' in grado di riordinare il materiale utilizzato e distingue le diverse tipologie di rifiuti; conosce le procedure per il loro smaltimento.	
	Porta a termine le attività assegnate e riferisce eventuali imprevisti o problemi intercorsi	Dimostra di completare l'esecuzione delle attività assegnategli. E' in grado di motivare in modo efficace eventuali ritardi nell'esecuzione delle stesse, nonché eventuali richieste di materiale utile all'espletamento delle attività.	
	Collabora negli interventi di assistenza pre e post operatoria	Collabora nelle Attività previste nel <i>Pre-operatorio</i> (tricotomia, pulizia dell'ombelico, rifacimento letto, presidi di "abbigliamento") e nel <i>Post-operatori</i> ( controllo parametri, controllo drenaggi, ferita chirurgica, abbigliamento; compilazione scheda infermieristica post intervento).	
	Collabora nell'espletamento delle procedure relative al decesso	Gradualmente impara a gestire la situazione; dimostra di conoscere le procedure (ricomposizione della salma, modulistica, chiamata del necroforo ed eventuale assistenza religiosa).	

	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>CONTENUTI</b>	<b>PUNTEGGIO VALUTAZIONE CERTIFICATIVA (1,2,3,4,5, NV)</b>
	E' in grado di eseguire il cateterismo vescicale	Prepara il materiale e posiziona l'assistito per il cateterismo vescicale; lo esegue in entrambi i sessi; effettua la tecnica da solo o con l'ausilio di un secondo operatore; qualora necessario è in grado di applicare e gestire il lavaggio vescicale continuo.	
	Sa rilevare la glicemia capillare	Conosce i presidi da utilizzare, attuando la procedura prevista e riferendo tempestivamente i valori rilevati.	
	Conosce le modalità per la corretta conservazione dei farmaci e collabora al controllo della scadenza degli stessi	Conosce i principi per lo stoccaggio/conservazione dei farmaci e li applica nel rispetto delle indicazioni della struttura.	
	Collabora nella gestione della terapia orale, topica e respiratoria	Collabora con l'Infermiere nella preparazione e somministrazione della terapia, così come previsto dai protocolli.	
	Collabora nella gestione della terapia parenterale (I.M. – S.C.)		
	Collabora nella gestione della terapia infusione	Collabora con l'Infermiere nelle tecniche di preparazione, sostituzione, rimozione della terapia infusione. Esegue in collaborazione la terapia infusione con eventuale ausilio delle pompe infusione.	
	Sa eseguire la venipuntura	Dimostra di saper applicare la tecnica relativa alla venipuntura per l'esecuzione del prelievo ematico e del posizionamento del CVP.	
	Collabora nella gestione dell'ossigenoterapia	Riconosce i diversi presidi per la somministrazione di ossigeno e, in collaborazione con l'Infermiere, interviene nell'applicazione/rimozione della terapia.	
	Sa raccogliere urine, feci ed espettorato per esami diagnostici	Conosce le diverse tipologie di esami su urine, feci ed espettorato ed i contenitori appropriati ad ogni singolo esame; informa la persona e conosce le modalità di raccolta e di inoltro al laboratorio.	
	Conosce le responsabilità dell'Infermiere in riferimento alla terapia trasfusionale	Conosce la modulistica e sa dove la stessa deve essere inoltrata, le indicazioni normative inerenti i prelievi per gruppo e prove crociate; sa come si conserva il sangue; conosce le procedure assistenziali in corso di trasfusione e le responsabilità inerenti ad essa.	
		<b>MEDIA VALUTAZIONE LIVELLI DI PERFORMANCE</b>	

**3 - OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALL'AREA EDUCATIVO-RELAZIONALE**

*Comprende le capacità di relazionarsi con il paziente, la famiglia e l'équipe; di individuare bisogni formativi ed attuare interventi di educazione sanitaria (congruenti con il proprio percorso formativo). Lo studente:*

	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>CONTENUTI</b>	<b>PUNTEGGIO VALUTAZIONE CERTIFICATIVA (1,2,3,4,5, NV)</b>
	Evidenzia attitudini di ascolto, apertura verso l'altro nello stabilire una relazione efficace con la persona assistita e la sua famiglia	Mette in atto atteggiamenti di ascolto nei confronti di assistiti e familiari; si relaziona efficacemente con essi; si presenta alla persona assistita; usa un linguaggio comprensibile. L'ascolto è finalizzato anche all'identificazione dei bisogni dell'utente, ottenendo fiducia nella relazione.	
	E' in grado di fornire le corrette informazioni agli utenti, ai loro familiari e all'équipe	In base alle conoscenze acquisite, è in grado di fornire informazioni di base relative all'assistenza e alle pratiche che attua; comunica in maniera efficace (si fa capire e verifica la comprensione dell'ascoltatore) con l'utente, i familiari e l'équipe.	
	Si inserisce nell'équipe assistenziale rispettando i diversi ruoli e funzioni	Dimostra di essersi inserito quando è disponibile, collaborativo e riconosce lo specifico contributo delle figure professionali presenti nell'équipe.	
	Dimostra capacità di controllo emotivo nelle diverse situazioni	Dimostra un atteggiamento di collaborazione anche nelle situazioni di criticità; non deve manifestare atteggiamenti di "fuga" ripetuti nel tempo a fronte di situazioni "critiche".	
		<b>MEDIA VALUTAZIONE LIVELLI DI PERFORMANCE</b>	

**4 - OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALL'AREA ORGANIZZATIVO-GESTIONALE**

*Comprende gli obiettivi relativi alla capacità dello studente di lavorare nell'organizzazione e nell'équipe, conoscendone struttura ed attività assegnate a ciascun operatore; sono inoltre inseriti obiettivi relativi a responsabilità e comportamento. Lo studente:*

	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>CONTENUTI</b>	<b>PUNTEGGIO VALUTAZIONE CERTIFICATIVA (1,2,3,4,5, NV)</b>
	Organizza le proprie attività in sequenza temporale, adattandole alle priorità assistenziali emergenti	Non privilegia attività che ritiene più gratificanti a discapito di altre. Le priorità sono riferite alla persona assistita; la sequenza temporale denota la comprensione dei tempi in cui eseguire le diverse attività.	
	Si orienta all'interno della struttura sanitaria e della U.O. di assegnazione	Sa muoversi in autonomia nei diversi settori della U.O. e sa dove reperire il materiale in dotazione; conosce l'ubicazione dei servizi principali.	
	Sa descrivere le finalità e l'organizzazione dell'U.O. e riconosce ruolo e funzioni delle diverse figure professionali dell'équipe	Conosce le finalità della struttura nella quale è inserito per il tirocinio (sa fare differenze fra ambito medico e chirurgico, attività principali, tipologia di pazienti); nel rispetto delle conoscenze acquisite, sa riconoscere le funzioni e le attività in capo ai diversi operatori, identificando il proprio specifico; sa identificare la figura di riferimento all'interno dell'équipe, per i diversi ambiti di competenza.	
		<b>MEDIA VALUTAZIONE LIVELLI DI PERFORMANCE</b>	

## **4.2 LA PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERE IN MAROCCO:**

### 4.2.1 Cenni storici

Dal XX secolo agli anni '70 l'assistenza era di natura dipendente, cioè si intende una dipendenza dalla medicina, ancora non si parla di professione infermieristica ma qui si parla di assistente del medico.

Era definita come sottomissione ai medici, così come lo è anche culturalmente, dove le donne erano sottomesse e dipendenti dai loro mariti o al livello religioso laddove ci si deve sottomettere al creatore ed invocarlo.

Nel settimo secolo Rufaida figlia di Saad conosciuta come Rufaida Al-Aslamia, fu la prima infermiera musulmana, attraverso le sue pratiche mediche durante la guerra, dove il padre fu colpito durante la battaglia di Trichera, fu costruita una tenda accanto alla moschea del profeta in cui ella poi prestava cure ai malati, addestrando anche altre donne il mestiere. L'assistenza prestata era in maggioranza di tipo igienica, cioè si eseguiva principalmente la cura igienica ai malati inoltre curava anche le ferite con delle erbe.

Nel 1878 circa ci fu un processo eseguito da un giurista del paziente, dopo che ebbe informazioni su di lui riguardanti la malattia, questo scriveva versi coranci su delle tavole rettangolari o quadrate e le presenta al paziente come cura indicandogli di indossarlo o di bruciarlo ed inalare il suo fumo, per cui notiamo che l'assistenza era di tipo religioso.

Si può dire che sin dai primi tempi dell'era preistorica si eseguivano assistenze ai malati con riti religiosi, dove i sacerdoti erano medici dell'epoca come lo erano anche i Imam.

#### 4.2.2 Storia della formazione di infermieri e ostetriche in marocco e principali riforme degli studi

La formazione di infermieri e ostetriche in Marocco è una delle più antiche formazioni professionali del paese. Le prime scuole di formazione infermieristica, del Ministero della Salute, con l'istituzionalizzazione dei diplomi nazionali, furono aperte nel 1957.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé - Maroc. Arrêté\_brevet-infirmier\_1.pdf. Maroc; 1957:1510.

Per le ostetriche la formazione è iniziata come specializzazione in infermiere ostetriche<sup>1</sup>, e solo nel 1973 è stato definito lo status di ostetrica . A livello pedagogico, e al fine di supportare questo sistema di formazione e garantire una formazione di qualità, dal 1962 c'è stata la formazione di infermieri specializzati per l'insegnamento e la supervisione paramedica.<sup>2</sup>

Da allora, sono state apportate diverse revisioni e aggiornamenti ai programmi di formazione, e molti seminari e workshop sono stati regolarmente organizzati per gli insegnanti per rafforzare le loro abilità, in particolare soprattutto nel campo della pedagogia.

#### 4.2.3 Le prime scuole

Prima del protettorato francese (1912) in Marocco non c'erano strutture o un'adeguata organizzazione sanitaria e quindi nessuna formazione sanitaria fino al 1941 dove la prima scuola di formazione per infermieri è stata aperta a Casablanca. Questa scuola era riservata ai giovani francesi che vivevano in Marocco. Quest'ultima preparava per il diploma di stato francese. Oltre a questa ci fu l'apertura di un'altra scuola a Rabat doveva seguire tre anni dopo, è la scuola per infermiere musulmane è riservata ai giovani marocchini titolari di un corso eseguito

---

1 Ministère de la Santé - Maroc. Arrête\_spécialisation\_IDE\_2.pdf. Maroc; 1963:238.

2 AHMED A, *Histoire de la formation paramédicale au Maroc*, 2016.

in precedenza di usufruire di una formazione biennale, al termine della quale il giovane marocchino poteva diventare infermiere tirocinante se ha una media generale superiore a 12/20 o infermiere ausiliario se la media è compresa tra 10 e 12/20. Lo stesso anno 1944 è stata aperta un'altra scuola a Casablanca, scuola di ausiliari medico-sociali. Dagli anni 1970-1980 l'evoluzione tende a stabilire un rapporto di collaborazione in partnership con la medicina ed altre discipline sanitarie con un modello di pratica professionale meno tradizionale, ma più razionale e scientifico. Con la legge del 1978 è stato riconosciuto ufficialmente il ruolo infermieristico, quindi con quest'evoluzione nei testi di pratica si riconosce l'infermiere come figura di supporto e testimonianza dell'area specifica del proprio ruolo. Con l'emersione dell'infermieristica come disciplina a sé stante, capace di arricchire le scienze della salute con pratiche e conoscenze specifiche. Visti i problemi di salute da affrontare, sono state aperte ulteriori scuole, una a Marrakech e l'altra a Fez.

Dall'inizio degli anni '50 a Fez e Marrakech la scuola per musulmani accoglieva giovani ragazze marocchine del livello C.M2 (con due anni di formazione). La formazione a livello di scuola manageriale ebbe inizio nel 1963. La scuola di Casablanca insieme ad altre due scuole per infermieri regionali avevano la funzione in parallelo alla riabilitazione delle infrastrutture sanitarie, gli incaricati hanno intensificato la formazione in modo tale da rendere le risorse esistenti redditizie in

breve periodo. Questo personale doveva prestare assistenza in assenza del medico (D.M. 23 Settembre 1957).

#### 4.2.4 Riforma del 1993 e del 2013

La riforma del 1993 ha rappresentato una svolta storica nell'evoluzione della formazione paramedica, in particolare, alle professioni mediche, in generale, in Marocco.<sup>4</sup>

Questa riforma si basava su tre principi guida:

- L'aumento del livello di accesso alla formazione, che è diventato aperto ai titolari del diploma di maturità;

---

<sup>4</sup> Ibidem.

- Il prolungamento del periodo di formazione da due a tre anni;
- Il raggruppamento delle scuole di formazione in un'unica istituzione e la creazione di Istituti di formazione in carriere sanitarie (HCTI).<sup>5</sup>

La creazione degli HCTI è stata considerata come una rivalorizzazione del sistema formativo per i professionisti paramedici classificandoli tra gli istituti di formazione per dirigenti di tipo B.

Inoltre, questa riforma ha aperto la strada per la prima volta alla privatizzazione della formazione paramedica in Marocco, fornita esclusivamente da istituti di formazione del Ministero della Salute fino al 1993. Questa privatizzazione ha portato alla creazione di molti istituti di formazione, da parte del settore privato sotto forma di formazione professionale scuole e istituti, o facoltà di istruzione superiore e istituti dal 2013, dopo l'implementazione del Riforma Bachelor-Master-Doctorate.

Nel 2013, il sistema di formazione di base ha subito una profonda riforma in conformità con l'Accordo di Bologna, la quale ha condotto alla creazione degli Istituti Superiori delle Professioni Infermieristiche e Health Techniques (HINPHT) come istituto di istruzione superiore non appartenenti ad università e in regime di supervisione da parte del Ministero della Salute.<sup>6</sup>

Questa riforma è stata dettata da molti fattori e circostanze che ne hanno accelerato l'attuazione, combinando ciò che è strategico, come la volontà politica dei leader, con ciò che è professionale, come la forte mobilitazione di infermieri e sindacati.

---

5 Ministère de la Santé - Maroc. Décret\_IFCS\_P780\_5.pdf. Maroc; 1993. p. 78

6 Ministère de la Santé - Maroc. Décret-Création\_ISPITS\_6.pdf. Maroc; 2013:6507.

In questa riforma, l'accento è stato posto sul riorientamento della formazione accademica del personale paramedico, per rafforzare il proprio livello di conoscenza e le proprie capacità professionali. Questa riforma è segnata anche dall'innalzamento del livello accademico di formazione per professionisti paramedici.

Anzi, si è passati dalla formazione iniziale, segnata dal rilascio di diplomi di stato al termine degli studi professionali, a quelli del sistema universitario, incentrati sull'acquisizione di lauree, Master e Dottorato<sup>7</sup>

La riforma LICENCE MASTER DOCTORAT LMD è stata una scelta strategica per il Ministero di salute e ha suscitato forti aspettative tra gli studenti e professionisti in quanto offre l'opportunità di:

- Il riposizionamento del sistema di formazione infermieristica all'interno del sistema nazionale, educativo e formativo;
- Il miglioramento finanziario e statutario dei professionisti.
- Il miglioramento della formazione attraverso la revisione del contenuto e delle modalità di formazione dei professionisti con i seguenti obiettivi:
  - Migliorare la qualità dell'insegnamento e dei contenuti di formazione;
  - Condivisione di una serie di lezioni comuni tra professionisti di diversi campi in modo che acquisiscano una lingua e una cultura comuni;
  - La decompartmentazione dei diversi programmi di studio consentendo la creazione di gateway nazionali;

---

<sup>7</sup> NDECKI PP, *Accréditation institutionnelle* in *Présence Africaine*, 1962; XLII(3):147.

- La preparazione di professionisti in un processo di miglioramento continuo della loro conoscenza e pratiche aumentando la loro consapevolezza della ricerca;
- La progettazione di corsi di formazione di livello superiore (master) permettendo ai professionisti di evolversi verso di più ampie capacità di cura e pratiche avanzate;
- La possibilità per gli operatori sanitari di impegnarsi, con l'istituzione di studi di dottorato, in carriera di insegnamento o ricerca in cura e, quindi, lo sviluppo della ricerca clinica che è attualmente quasi inesistente.

Tuttavia, mentre gli obiettivi della riforma sono stati raggiunti in termini di status e accademico e amministrativo, lo stesso non si può dire in termini di pedagogia e revisione dei curricula formativi nelle varie discipline. Questa situazione ha attivato la necessità di una profonda riconsiderazione della formazione riguardo gli approcci incentrati sulle prestazioni, poiché la riforma si è focalizzata esclusivamente sulla forma con l'obiettivo di adattare i curricula agli standard educativi dell'istruzione superiore. Quindi, gli stessi programmi di formazione in vigore in precedenza sono stati rinnovati con gli stessi contenuti e obiettivi di apprendimento.

#### 4.2.4 Vecchi approcci formativi nella formazione di base degli infermieri

Prima della riforma del 1993, i programmi di formazione in atto presso le scuole di formazione sono stati progettati secondo un approccio biomedico, incentrato su patologia e tecnica. Questo approccio ha prodotto un buon servizio paramedico di professionisti con un alto livello di competenze tecniche, pur essendo considerati semplici fornitori di cure.

Nel 1993, uno degli obiettivi della riforma era quello di migliorare la qualità della formazione attraverso l'indirizzamento su diversi aspetti, con una maggiore attenzione a quello pedagogico, al fine di formare gli operatori sanitari anche in quest'ambito. A quel tempo, e sotto l'influenza di scritti come quelli di Benjamin Bloom nel campo dell'istruzione, in generale, e Jean Jacques Guilbert nel campo dei paramedici, in particolare, sulla formazione paramedica in Marocco l'approccio è stato fortemente influenzato.

Per tal fine, si è deciso di adottare questo approccio nella progettazione e sviluppo di nuovi programmi di formazione con maggiore attenzione ai contenuti rivisti e aggiornati.

L'adozione di questo approccio è stata di grande beneficio per la formazione post-riforma, soprattutto nelle sue fasi iniziali, a causa della sua semplicità di implementazione, il suo focus su sviluppo della conoscenza e, soprattutto, il suo rigore nella valutazione.<sup>8</sup>

Dal 2002, il Ministero della Salute ha avviato un programma per rafforzare le competenze infermieristiche in Marocco in collaborazione con l'Università di Montreal in Canada, introducendo l'approccio alla competenza. Uno degli obiettivi di questo programma era quello di preparare professionisti infermieristici specializzati in educazione paramedica a livello di master.

Da allora, workshop e seminari di formazione sono aumentati a favore di insegnanti, che miravano a sviluppare le loro capacità nell'insegnamento basato sull'attenzione, con

---

<sup>8</sup> NGUYEN D-Q, BLAIS J-G, *Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation Clinique* in *Pédagogie Médicale*, 2007;8(4):232–251.

particolare interesse sui dibattiti riguardo metodi di insegnamento attivi e la necessità di concentrarsi per insegnare allo studente. Tuttavia, questa dinamica non è stata seguita da una revisione dei programmi di formazione nell'ambito del *Competency-BASED APPROACH (CBA)*, anche durante la riforma del 2013.

Attualmente all'HINPHT (Higher Institutes of the Nursing Profession and Health Techniques), l'insegnamento e l'apprendimento seguono l'OBA (Objective Based Approach), che si centra sul contenuto, mira a sviluppare la conoscenza degli studenti in aree predefinite e aiutarli ad acquisire i vari tipi di conoscenza progettato per questo scopo. Lo scopo dell'insegnamento è consentire agli studenti, alla fine del corso, di definire, citare, descrivere . . . senza preoccuparsi di come farlo ed utilizzare questa conoscenza per affrontare complesse situazioni professionali.

La porta di accesso a questo approccio è l'obiettivo di apprendimento, i programmi di formazione sono progettati intorno a una serie di obiettivi e l'esito del percorso formativo è limitato all'acquisizione di conoscenza.

Lo stile di insegnamento spesso adottato è uno stile trasmissivo che a volte ha l'aspetto di uno stile costruttivo. In effetti, la maggior parte di insegnanti usano il coinvolgimento degli studenti chiamandoli per fare lavori di gruppo e presentazioni, poi gli studenti trasmetteranno i risultati del loro lavoro, rimanendo concentrati sul contenuto e sugli obiettivi da raggiungere, è abbastanza semplicemente uno stile trasmissivo realizzato dallo studente rispetto a quello di un insegnante.

Nel 2015 il Ministero della Salute ha intrapreso una revisione del programma di formazione per ostetriche basato sul CBA una base pilota, prima di estendere l'approccio a

tutti i programmi di specialità infermieristiche presso l'HINPHT. Quindi, e al fine di garantire la corretta attuazione di ciò che è il nuovo programma secondo la CBA, è stata sviluppata una guida didattica per gli insegnanti, concentrandosi sul processo di insegnamento e apprendimento.

#### 4.2.5 Valutazione secondo la CBA (Competency-Based Approach)

Valutare la competenza significa semplicemente valutare ciò che lo studente sarà in grado di fare in futuro in una situazione professionale.

Tuttavia, la valutazione dell'apprendimento secondo CBA non è un compito semplice e facile. Il principio di

insegnamento e apprendimento secondo la CBA si basa sulla costruzione della conoscenza attraverso situazioni professionali in cui lo studente si vede in azione. Lo scopo è

sviluppare abilità attraverso l'acquisizione di conoscenze correlate e necessarie. Di conseguenza, la valutazione è considerata parte integrante del processo e copre le diverse fasi della sua attuazione.

In effetti, la valutazione dell'apprendimento secondo la CBA è stata affrontata in modi diversi, pur avendo lo stesso scopo e cioè il grado di sviluppo della competenza. La natura integrativa e combinatoria di una competenza si contrappone al fatto che le diverse aree della conoscenza sono valutate separatamente<sup>9</sup>, la valutazione deve concentrarsi molto di più su come lo studente utilizza e mobilita la conoscenza acquisita. Ciò è possibile solo attraverso il confronto dello stesso con situazioni professionali complesse, chiamate situazioni autentiche, integrando conoscenze, know-how e abilità interpersonali e il modo in cui vengono utilizzate per ottenere una prestazione desiderata.

La prospettiva di valutazione “autentica” introdotta da Wiggins 1989<sup>10</sup> ha lo scopo di promuovere situazioni di valutazione complesse che simulano le attività che lo studente intraprenderà nella sua vita professionale. Questa prospettiva mira a contestualizzare la valutazione in modo simile alla contestualizzazione delle attività di insegnamento / apprendimento.

La valutazione delle competenze deve essere integrata nel processo di insegnamento / apprendimento, e non è più considerata come un'attività separata con l'unico obiettivo della sanzione finale.

---

9 NGUYEN D-Q, BLAIS J-G, Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation Clinique, op. cit.

10 DOLZ J, OLLAGNIER E, ALLAL L., *Acquisition et évaluation des compétences en situation scolaire* in *L'énigme La Compétence En Éducation*. 2002;75.

Pertanto, il successo della valutazione delle competenze dipende da come la competenza è stata insegnata e da come lo studente l'ha appresa. Le condizioni per valutare la competenza devono essere simili a quelle del suo sviluppo durante le attività di insegnamento / apprendimento e una situazione di valutazione autentica deve avere, con alcune differenze, le stesse caratteristiche generali di una situazione di insegnamento / apprendimento autentica.

Tardif 1996<sup>11</sup> precisa, che l'unico modo per valutare saggiamente gli studenti, è collocare le competenze in un contesto caratterizzato dall'autenticità delle situazioni come nell'insegnamento.

Wiggins 1998<sup>12</sup> ha riassunto le caratteristiche di una valutazione autentica come segue:

- Il compito e la situazione di valutazione devono essere realistici;
- Il contesto della valutazione deve replicare lo stesso testo del futuro posto di lavoro dello studente;
- La valutazione richiede il giudizio dello studente e della sua creatività;
- Lo studente deve eseguire i compiti in modo indipendente e portare alla risoluzione di una situazione problematica;
- La valutazione deve considerare la capacità di utilizzo dello studente della sua conoscenza in modo efficace per risolvere la situazione problematica;

---

11 LEROUX JL, BIGRAS N, *L'évaluation des compétences: une réalité accessible dans nos collèges* [Internet]. Cégep de Saint-Hyacinthe. 2003. 176.

12 JOLY L, *Conception d'un examen clinique objectif structuré pour le volet pratique de l'épreuve synthèse du programme* in *Technologie de radio-oncologie*, 2013.

- Il processo di valutazione deve consentire un tempo sufficiente e molteplici opportunità di pratica in modo che lo studente possa consultare le risorse necessarie e ricevere feedback necessari per progredire.

La valutazione della situazione autentica si basa quindi sulla misurazione di prestazioni complesse; si basa sulla capacità dello studente di implementare, in varie situazioni e contesti, le strategie cognitive e meta cognitive necessarie per svolgere un compito o un insieme di compiti,<sup>13</sup> e l'insegnante deve quindi giudicare la mobilitazione di tutte le conoscenze integrate dallo studente in ordine per eseguire un'azione.

Secondo Leroux J.L.<sup>14</sup> l'implementazione della valutazione delle competenze deve rispondere alle seguenti domande:

- Quale approccio dovrebbe essere adottato?
- Quali strumenti dovrebbero essere usati?
- Come esprimiamo un giudizio?
- Come arriveremo alla decisione di convalidare il file competenza?

Il modello piramidale sviluppato da Miller 1990,<sup>15</sup> utilizzato nella formazione medica, fornisce un quadro semplice e semplicistico per valutare la competenza e potrebbe fornire risposte alle domande di cui sopra.

---

13 Leroux JL, Bigras N, *L'évaluation des compétences: une réalité accessible dans nos colleges*, op.cit.

14 Ibidem.

15 VLEUTEN D, VAN DER CPM, *Assessment of Professional Competence* [Internet]. Media, 2014, p. 183.

Il modello si presenta come una piramide con quattro livelli di costruzione delle competenze, con tipologie di valutazione particolarmente adatte a ciascun livello.

La base della piramide corrisponde a quella della conoscenza dello studente, il secondo livello corrisponde al modo in cui lo studente può utilizzare le sue conoscenze, intellettualmente, o sapere come eseguire un compito, il terzo livello corrisponde alla dimostrazione di come lo studente usa la conoscenza, in un contesto simulato, per risolvere un'attività o mostra come, e il quarto livello corrisponde alla performance, in un contesto reale, dell'attività .

Parallelamente alle fasi di insegnamento per lo sviluppo delle competenze (risorse, processi, prestazioni), la valutazione deve riguardare l'apprendimento effettuato durante queste fasi, ovvero la valutazione dell'acquisizione delle conoscenze richieste come risorse (livello 1), la valutazione del processo del loro utilizzo (livello 2 e 3) e valutazione delle prestazioni (livello 4). La competenza non è osservabile, quindi la sua valutazione si basa sull'analisi di comportamenti osservabili, tradotti in questo caso in prestazioni degniate sulla base delle capacità, a loro volta declinate dalla competenza.

Basato sulla piramide di Miller, il processo di valutazione delle competenze può seguire il percorso dei quattro livelli della piramide senza la frammentazione dei livelli; la valutazione deve avvenire contestualmente e necessita di una preparazione anticipata, e sarà effettuata utilizzando gli strumenti predisposti a tal fine:

- Valutazione della conoscenza: come già accennato in precedenza, la conoscenza di diversi tipi è la risorsa essenziale per lo sviluppo delle competenze e non possiamo affermare di essere competenti senza conoscenza. Pertanto, tale conoscenza deve essere

valutata al fine di verificare se lo studente è stato in grado di acquisire le diverse conoscenze che sono alla base della competenza. Gli strumenti di valutazione utilizzati a questo livello possono essere i cosiddetti strumenti classici come questionari a scelta multipla, domande a risposta libera, domande a risposta aperta e breve, ecc.

- Valutazione di come lo studente può utilizzare le proprie conoscenze, intellettualmente, per svolgere un compito o saper fare: il solo possesso di conoscenza non può garantire l'efficacia nella risoluzione di compiti complessi. Di conseguenza, lo studente viene esaminato per dimostrare la capacità di mobilitare le risorse rilevanti per la situazione da risolvere. Questa mobilitazione della conoscenza può essere sviluppata con gli studenti attraverso studi di casi, esercizi di analisi dei problemi, ecc.

- Valutazione di come lo studente può utilizzare le sue conoscenze, in un contesto simulato, per risolvere un compito o mostrare come, durante questa fase, lo studente possa dimostrare, attraverso giochi di ruolo e / o simulazioni, la sua capacità di applicare le sue conoscenze. Ciò consentirà allo studente di correggere eventuali errori prima di procedere all'implementazione nel contesto reale.

- Valutazione del raggiungimento del compito in un contesto reale : questo è il passo finale nella valutazione delle prestazioni dello studente al fine di convalidare la sua competenza. Lo studente viene messo in una situazione reale nel suo futuro posto di lavoro, dove è chiamato, sulla base delle sue conoscenze simulate durante le prime tre fasi, a svolgere un compito complesso mobilitando la conoscenza pertinente e necessaria ed evitando possibili errori commessi in precedenza nella situazione simulata.

Quando si valuta la competenza degli studenti, lo strumento di misurazione è un passaggio fondamentale. È importante tenere a mente tutti gli strumenti che verranno utilizzati per confermare che gli studenti valutati siano in grado di fare cosa ci si aspetta da loro. Gli strumenti variano a seconda del livello di valutazione secondo la piramide di Miller, sono:

- Domande di saggio, domande a risposta multipla, aperte e domande a risposta breve. . . per la valutazione della conoscenza;
- Esercizi di analisi, casi di studio, casi problematici;
- Giochi di ruolo, simulazioni, dimostrazioni pratiche;
- Pratiche di vita reale (stage) per la valutazione del raggiungimento del compito.

La valutazione di ogni prestazione deve essere soggetta a criteri e indicatori, che devono essere scritti in modo chiaro e modo esplicito al fine di garantire l'obiettività e trasparenza della valutazione. L'obiettivo è definire la qualità delle prestazioni e delle loro caratteristiche tramite indicatori.<sup>16</sup>

La definizione di questi criteri e indicatori consentirà allo studente di dirigere i suoi sforzi per migliorare le sue prestazioni, e consentire inoltre all'insegnante di verificare il successo dello studente o il suo fallimento (criterio di successo), o a ancora per valutare e precisare il livello di rendimento dello studente oltre la soglia del precedente esito ottenuto dalla prestazione.

Pertanto, la convalida delle prestazioni dipenderà dal grado di padronanza dei criteri acquisiti.

---

<sup>16</sup> VAN NIEUWENHOVEN C, RICKER ME, *Quels critères et quels indicateurs pour évaluer les compétences des élèves?* In J Chem Inf Model. 2013;53 (9):1689–1699.

- Per i livelli 1 e 2 i criteri possono essere definiti nel come ottenere x risposte corrette su tutte le domande, ottenendo un punteggio almeno pari  $x / 20$ , presentando le parole chiave cercate, le logiche usate e gli esercizi di analisi, ecc.

- Per i livelli 3 e 4, l'utilizzo delle griglie dei criteri rimane lo strumento principale utilizzato. La griglia deve includere criteri logici in relazione al compito richiesto e ogni criterio deve essere diviso in indicatori di performance per convalidarne il risultato.

Per questi livelli, che corrispondono alla valutazione delle prestazioni, possiamo usare De Ketele <sup>17</sup> che rende possibile decidere la validità delle prestazioni e di conseguenza la padronanza di competenza, dando allo studente tre opportunità per controllare ogni criterio.

La cessazione viene attribuita se lo studente ne supera almeno due volte su tre.

Il seguente processo propone una valutazione delle competenze in conformità con la piramide di Miller, che è come segue:

- Presentare la competenza da valutare;
- Seleziona la performance o le performance da valutare, che devono essere degniate in termini di comportamento osservabile e direttamente derivato dalle capacità;
- Presentare la situazione clinica secondo le prestazioni da valutare;
- Fase 1: valutazione dei livelli 1 e 2;

---

<sup>17</sup> GERARD F-M. *L'évaluation Des Compétences À Travers des Situations Complexes. Actes du Colloque de l'Admee-Europe, IUFM Champagne- Ardenne, Reims, 2010:1–8.*

- Fase 2: valutazione del livello 3. Questo fatto utilizzando, a seconda della situazione clinica e le prestazioni da valutare, sia giochi di ruolo, simulazioni o dimostrazioni pratiche.
- Fase 3: valutazione del livello 4. Questo viene fatto mettendo lo studente in un ambiente reale e chiedergli di risolvere la situazione clinica, attraverso una serie di attività e compiti da svolgere.

I quattro livelli di valutazione devono essere eseguiti tramite la stessa situazione clinica, al fine di garantire una valutazione coerente e integrativa.

Nella Tabella1 sono illustrate le differenze e le affinità fra l'Italia ed il Marocco rispetto all'evoluzione storica del concetto di assistenza alla formazione, alla valutazione di riferimenti normativi ed alla qualifica giuridica

Tabella 2:

TITOLO	ITALIA	MAROCCO
--------	--------	---------

Storia: concetto di assistenza	Nel medioevo la cura e l'assistenza venivano eseguite dalla chiesa dentro le strutture religiose nell'Umanesimo si pongono le basi per i concetti di salute secondo un approccio scientifico. Dal '600 con medici clinici ci furono le prime teorie sulla salute nel campo medico-scientifico (segni e sintomi). Durante l'illuminismo il ruolo degli infermieri era di assist. Alberghiera e sorveglianza notturna. Florence Nightingale durante la guerra in Crimea(1853) adottò un metodo organizzativo per garantire l'igiene dell'ambiente terapeutico per ridurre il tasso di mortalità, contribuì alla professionalizzazione in ambito formativo.	Nel settimo secolo con Rufaida Al-Aslamia ritenuta prima infermiera e primo chirurgo arabo nell'epoca dell'era islamica, dove l'assistenza era rivolta ai feriti nella battaglia di Trichea, l'assistenza era di tipo igienica. Inoltre l'assistenza era di tipo religiosa islamica, per i pazienti psichiatrici si leggeva dei versi coranici per curarli. Assistenza dipendente dalla figura medica nel 1912 con il protettorato francese in Marocco.
Formazione dell'infermiere	Universitaria	Istituti superiori delle professioni infermieristiche e Università
Valutazione delle competenze	Attraverso OSCE objective structured clinical examination	CBA competency based approach
Riferimenti di norme in materia della professione in evoluzione	D.M. 739/94, Legge 42/99 legge 251/2000, legge 43/2006Codice penale	Dahir n1-57-008 di chaaban 1379 (19 febbraio 1960) riguarda l'esercizio della professione l'art.1 e atr.2
Qualifiche giuridiche	Codice penale art 357-358-359	Dahir n1-57-008 art36-37-40-41-42-43-44-45-46

codice



## 5. DISCUSSIONE

Il motivo di questo lavoro è quello di mettere in luce quelle che sono le differenze o le affinità dell'infermiere in Marocco e in Italia.

Sono stati evidenziati vari concetti riguardanti la professione, partendo sin dalla storia dell'assistenza, questa parola che proveniva dal latino ad-sistere che assume il significato di stare accanto.

Grazie alla signora della lampada, così era chiamata la famosa Florence Nightingale, ebbe inizio la storia dell'infermieristica in Italia, dove veniva prestata assistenza ai feriti nella guerra di Crimea.

Così come vi era la Nightingale per l'occidente, per l'oriente vi era Rufida figlia di Saad conosciuta come Rufida Alaslamia, la quale era affiancata dal profeta nell'era preistorica e prestava assistenza ai tempi della battaglia in Trichea.

Per quanto riguarda la formazione e le normative si è notato che la professione si è evoluta in entrambi i paesi ma in particolare in Italia, perché in Marocco ancora persiste la dipendenza e non ha la totale autonomia. La formazione in Italia avviene entro 3 anni di percorso universitario con il D.M. 739/94 che definisce che l'infermiere in possesso del diploma universitario abilitante ed iscritto all'albo professionale è responsabile sanitaria generale infermieristica, mentre in Marocco con la legge Dahir n1-57-008 (19 febbraio 1960) art 2 che indica che “nessuna persona può avere diritto o essere ammessa alla professione di infermiere se non possiede un diploma o se non ha un titolo che dà il diritto

di esercitare la professione nel Regno marocchino, e la formazione varia da due anni a tre cioè in alcuni istituti della scuola superiore prevedono una formazione di 2 anni dove lo studente ottiene un diploma di “Maturità” al livello sanitario (il vecchio diploma in Italia), mentre il percorso universitario è di 3 anni.

Prima di poter realizzare questo lavoro, si sono trovate delle difficoltà nel raccogliere i dati della ricerca per quanto riguarda la professionalizzazione dell’infermiere in Marocco, in quanto alcuni dettagli erano incomprensibili rispetto a differenza di quello in Italia.

Gli aspetti fondamentali della professione li troviamo in entrambi i paesi, si differenziano in alcune parti come per esempio nella formazione dove troviamo che in Italia avviene in università pubbliche mentre in Marocco troviamo anche quelle private che sono citate nella Riforma del 1993.

## **6. CONCLUSIONI**

Negli ultimi decenni, la professione infermieristica è mutata in una maniera tale da mettere in evidenza tutte le peculiarità dell’agire professionale infermieristico. La revisione dei modelli organizzativi dell’assistenza infermieristica da un lato, ed il consolidarsi di tendenze volte a migliorare la preparazione del personale sanitario dall’altro, risultano essere i due principali elementi che hanno contribuito sia all’esaltazione della professionalità dell’infermiere sia all’affermazione della sua capacità decisionale.

Ad oggi, al personale infermieristico non viene solo chiesto di possedere un'appropriatezza clinica, volta sostanzialmente a rispondere alle esigenze di salute degli utenti, ma anche possedere un'appropriatezza organizzativa, volta a rispondere alle esigenze organizzative che il sistema infermieristico odierno richiede.

In Marocco, l'adozione del CBA nella formazione di infermieri e ostetriche è una reale opportunità per migliorare le capacità degli studenti al fine di prepararli a svolgere appieno i loro ruoli professionali.

L'insegnamento secondo la CBA non è così complesso e complicato come sembra. Certamente, richiede impegno, innovazione e creatività, così come coaching e partecipazione per avere successo, e questi sono tradizionalmente indicati come i ruoli di un insegnante di successo.

Gli insegnanti sono invitati a rivisitare le loro pratiche di insegnamento e supervisione attraverso l'analisi del CBA e dei suoi strumenti di implementazione, nonché la giusta assimilazione e integrazione del concetto di competenza, che resta l'elemento chiave per il successo dell'approccio.

## **7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

AA.VV., *La responsabilità professionale dell'infermiere e la sua tutela assicurativa*, Maggioli, Rimini, 2014.

AA.VV., *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2015.

AHMED A., *Histoire de la formation paramédicale au Maroc*, 2016.

BERGOMI P., FRISONE E., LOI D., RIPA P., *I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere. Viaggio nella professione infermieristica*, Maggioli, Rimini, 2013.

CARCANO D., *Manuale di diritto penale*, Giuffrè, Milano, 2010.

- CIPOLLA C., ARTIOLI G., *La professionalità del care infermieristico*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- D. M. 14 settembre 1994, n. 739 – *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 6 del 9 gennaio 1995.
- D. M. 3 novembre 1999, n. 509 – *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 2 del 4 gennaio 2000.
- D. P. M. 14 marzo 1974, n. 225 – *Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 157 del 18 giugno 1974.
- DELLE FAVE A., MARSICANO S., *L'umanizzazione dell'ospedale. Riflessioni ed esperienze*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- DOLZ J, OLLAGNIER E, ALLAL L., *Acquisition et évaluation des compétences en situation scolaire* in *L'énigme La Compétence En Éducation*. 2002;75.
- GERARD F-M. *L'évaluation Des Compétences À Travers des Situations Complexes. Actes du Colloque de l'Admee-Europe*, IUFM Champagne- Ardenne, Reims, 2010:1–8.
- JOLY L *,Conception d'un examen clinique objectif structuré pour le volet pratique de l'épreuve synthèse du programme* in *Technologie de radio-oncologie*, 2013.
- Legge 1 febbraio 2006, n. 43 – *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 40 del 17 febbraio 2006.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 – *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche,, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 208 del 6 settembre 2000.
- Legge 25 febbraio 1971, n. 124 – *Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 83 del 3 aprile 1971.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 – *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, in *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999.
- LEROUX JL, BIGRAS N, *L'évaluation des compétences: une réalité accessible dans nos collèges* [Internet]. Cégep de Saint-Hyacinthe. 2003. 176.
- Ministère de la Santé - Maroc. Arrêté\_brevet-infirmier\_1.pdf. Maroc; 1957:1510.
- Ministère de la Santé - Maroc. Arrête\_spécialisation\_IDE\_2.pdf. Maroc; 1963:238.
- Ministère de la Santé - Maroc. Décret\_IFCS\_P780\_5.pdf. Maroc; 1993. p. 78
- Ministère de la Santé - Maroc. Décret-Création\_ISPITS\_6.pdf. Maroc; 2013:6507.
- NAPPINI P., SERINI M., PETRANGELI M., *La dirigenza dei servizi infermieristici*, Maggioli, Rimini, 2009.
- NDECKI PP, *Accréditation institutionnelle* in *Présence Africaine*, 1962; XLII(3):147.
- NGUYEN D-Q, BLAIS J-G, *Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et*

*d'évaluation au cours de la formation Clinique* in *Pédagogie Médicale*, 2007;8(4):232–251.

VAN NIEUWENHOVEN C, RICKER ME, *Quels critères et quels indicateurs pour évaluer les compétences des élèves?* In *J Chem Inf Model*. 2013;53 (9):1689–1699.

VLEUTEN D, VAN DER CPM, *Assessment of Professional Competence* [Internet]. *Media*, 2014, p. 183.

## SITOGRAFIA

<https://www.google.com/search?>

[q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale](https://www.google.com/search?q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale)

[%2C&rlz=1C1GCEA\\_enIT888IT888&biw=919&bih=802&sxsrf=ALeKk02GJpJ-f2Sy1yR5ruKvRcp4IIX3Ew](https://www.google.com/search?q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale&rlz=1C1GCEA_enIT888IT888&biw=919&bih=802&sxsrf=ALeKk02GJpJ-f2Sy1yR5ruKvRcp4IIX3Ew)

[%3A1617525656758&ei=mHtpYNLILaLClAalzZvYcQ&oq=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale](https://www.google.com/search?q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale&ei=mHtpYNLILaLClAalzZvYcQ&oq=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale)

[%2C&gs\\_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAxQAFgAYIYNABwAHgAgAHCAyGbwGSAQMwLjGYAQCqAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=gws-](https://www.google.com/search?q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAxQAFgAYIYNABwAHgAgAHCAyGbwGSAQMwLjGYAQCqAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=gws-)

[wiz&ved=0ahUKEwjS9L3RmOTvAhUiIcUKHaXmBpsQ4dUDCA0](https://www.google.com/search?q=La+storia+del+nursing+in+Italia+e+nel+contesto+internazionale&ved=0ahUKEwjS9L3RmOTvAhUiIcUKHaXmBpsQ4dUDCA0)

<https://www.maggiolieditore.it/9788838783555-i-principi-dellorganizzazione-professionale-dellinfermiere.html>

<https://www.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/02/099G0092/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1974/06/18/074U0225/sg>

[https://pharmacie.ma/uploads/pdfs/Systeme\\_de\\_formation.pdf](https://pharmacie.ma/uploads/pdfs/Systeme_de_formation.pdf)

[https://www.sante.gov.ma/Reglementation/Cov\\_Med/Documents/Instituts%20de](https://www.sante.gov.ma/Reglementation/Cov_Med/Documents/Instituts%20de)

[%20Formation/INSTFOR-RI.pdf](https://www.sante.gov.ma/Reglementation/Cov_Med/Documents/Instituts%20de%20Formation/INSTFOR-RI.pdf)

<https://www.govlec.fr/xbox-one-fperp/d31922-infirmier-polyvalent-ispits-cours>

<https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2007/04/pmed20078p232/pmed20078p232.html>

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Minist%C3%A8re\\_de\\_la\\_Sant%C3%A9\\_\(Maroc\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Minist%C3%A8re_de_la_Sant%C3%A9_(Maroc))

<https://www.sante.gov.ma/Publications/Pages/default.aspx>

[http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/profession\\_reglementee/dahir\\_titre\\_exe\\_infirmier\\_fr.pdf](http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/profession_reglementee/dahir_titre_exe_infirmier_fr.pdf)

## **8. RINGRAZIAMENTI**

Volevo ringraziare innanzitutto i miei genitori per avermi supportato all'inizio di questa formazione, inoltre volevo ringraziare i tutor e la mia relatrice che sono stati sempre disponibili in particolare volevo ringraziare la persona che mi ha spinto a fare questo mestiere kalthum infermiera, e Chiara D.P. che mi è stata sempre accanto e mi ha sostenuto, inoltre volevo ringraziare anche colleghi di Fermo che sono già in campo lavorativo (Martina G. Azzurra) e tanti altri che non posso citare ma che ringrazio infinitamente.