



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE DI IERI,  
OGGI E DOMANI: ITALIA ED  
EUROPA A CONFRONTO**

Relatore: Chiar.ma  
**Prof.ssa Tommasi  
Marinella**

Tesi di Laurea di:  
**Di Dalmazio Angela**

A.A. 2018/2019

# INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUZIONE</b>  | <b>1</b>  |
| <b>CAPITOLO I: LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA</b>                                | <b>2</b>  |
| 1.1 Evoluzione Normativa in Italia   | 2         |
| 1.1.1 La Formazione: dalle Scuole Convitto alle Università                       | 2         |
| 1.1.2 Da Arte Ausiliaria a Professione Sanitaria                                 | 8         |
| 1.2 Evoluzione Normativa in Europa   | 14        |
| 1.2.1 La Libera Circolazione dei Professionisti                                  | 20        |
| <b>CAPITOLO II: ANALISI COMPARATA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN EUROPA</b> | <b>22</b> |
| 2.1 Francia  | 22        |
| 2.2 Germania   | 23        |
| 2.3 Olanda   | 28        |
| 2.4 Regno Unito  | 30        |
| 2.5 Spagna   | 33        |
| <b>CAPITOLO III: ANALISI COMPARATA DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE IN EUROPA</b>    | <b>39</b> |
| 3.1 Francia  | 39        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2 Germania  | 41        |
| 3.3 Olanda  | 42        |
| 3.4 Regno Unito   | 44        |
| 3.5 Spagna  | 47        |
| <b>CAPITOLO IV: IPOTESI SUL POTENZIAMENTO DELLA<br/>PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA</b> | <b>51</b> |
| <b>CONCLUSIONI</b>  | <b>58</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>59</b> |
| <b>SITOGRAFIA</b>   | <b>59</b> |
| <b>RINGRAZIAMENTI</b>   | <b>60</b> |

## INTRODUZIONE

L'esigenza di scrivere questa tesi nasce dalla necessità di riflessione e valorizzazione della mia esperienza formativa nel corso di Laurea in Infermieristica, che mi ha portato spesso a considerare il lungo percorso effettuato dalla nostra professione per passare da quel che eravamo ieri a quel che siamo divenuti oggi, ma soprattutto per arrivare a quello che potremo essere domani.

Pertanto, questo lavoro prevede una ricognizione storico-legislativa sull'evoluzione della formazione della professione infermieristica in Italia e in Europa.

Successivamente, tutto l'elaborato verterà sul confronto tra queste due realtà, perché nel pensare l'infermiere di "oggi" e di "domani" è inevitabile la collocazione nel contesto europeo.

L'Europa è una realtà storica, geografica ed economico-politica per ognuno di noi: pensarsi in Europa significa farlo relativamente ad ogni ambito della propria vita, soprattutto quello lavorativo. Pertanto, da cittadina europea, nel considerare prospettive di lavoro nei più ampi confini dell'Unione, è utile paragonare i percorsi di studio per comprendere la professione in un contesto così ampio e complesso.

Il confronto fra i vari percorsi formativi è uno strumento utile a migliorare il proprio percorso di studio e a programmare approfondimenti offerti da altre realtà dell'UE.

Questo lavoro si vuole fondare sul valorizzare l'ampio respiro della formazione in Europa come integrazione delle opportunità offerte: la possibilità di uno studente o di un professionista di muoversi liberamente nel territorio europeo perseguendo i propri obiettivi, con la consapevolezza e la certezza del riconoscimento dei percorsi su tutto il territorio.

Nel secondo capitolo analizzerò, quindi, le principali differenze della formazione infermieristica tra Italia ed Europa, con un focus specifico su cinque paesi: Francia, Germania, Spagna, Olanda e Regno Unito.

In seguito, farò una riflessione su attività e condizioni lavorative degli infermieri italiani ed europei, per giungere, infine, all'elaborazione di alcune ipotesi per il potenziamento del Corso di Laurea in Italia proprio sulla base di quanto emerso dal confronto e al fine di preparare professionisti sia per la realtà italiana sia per quella europea.

# CAPITOLO I

## LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

### 1.1 Evoluzione Normativa in Italia

Il Novecento rappresenta un periodo fondamentale per l'evoluzione dell'assistenza infermieristica, in quanto ha segnato l'inizio del processo di professionalizzazione dell'infermiere in Italia.

#### 1.1.1 La Formazione: dalle Scuole-Convitto alle Università

Le prime scuole, che nascono agli inizi del XX secolo per opera di organizzazioni private e istituzioni religiose, erano di durata biennale e rivolte alla borghesia: ad esempio la scuola Croce Azzurra di Napoli (1896); la scuola Don Gregorio al Celio di Roma (1907); la scuola Principessa Jolanda di Milano (1916).

La formazione era, però, ancora disomogenea per la mancanza di una normativa che uniformasse l'istituzione e la gestione di queste scuole.

Si delineava, così, la necessità di provvedimenti legislativi, per cui con il **Regio Decreto Legge n. 1832 del 1925** si giunse all'istituzione delle scuole-convitto professionali per infermiere. La formazione, di durata biennale e con obbligo di internato, prevedeva un corso successivo di un anno per il conseguimento del certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica. Il decreto inoltre rappresenta il primo riconoscimento ufficiale della professione infermieristica da parte dello Stato in quanto c'è l'acquisizione del Diploma di Stato, che rappresenta appunto una forma di legittimazione della professione.

In seguito, il **Regio Decreto n. 2330 del 1929** regola l'esecuzione delle scuole-convitto, in particolare stabilisce nuovi requisiti di ammissione: veniva richiesta la licenza di scuola media inferiore che sostituiva la precedente licenza elementare.

Nel 1934 le norme di formazione infermieristica vengono inserite nel **Testo Unico delle Leggi Sanitarie (Regio Decreto n.1265)** che definisce il ruolo dell'infermiere come "professione sanitaria ausiliaria", priva di autonomia decisionale e dipendente dal medico.

Il modello della scuola-convitto era indirizzato in maniera esclusiva alle donne, soprattutto di ceto medio elevato.

L'estensione dell'esercizio della professione di infermiere al personale maschile venne stabilita con la **Legge n.124 del 1971**, la quale convertì le scuole-convitto in scuole per infermieri professionali e abolì l'obbligo di internato. I requisiti per l'ammissione erano il possesso del diploma di scuola media superiore e il compimento del sedicesimo anno d'età.

Con la **Legge 15 novembre 1973, n.795**, l'Italia recepisce l'**Accordo di Strasburgo**, un'intesa europea sull'istruzione e sulla formazione dell'infermiere. L'obiettivo era quello di uniformare il percorso formativo dell'infermiere e i programmi d'insegnamento, nei diversi paesi della CEE (Comunità Economica Europea, 1957), con la libera circolazione dei professionisti in questi ultimi e la crescita della qualità della formazione. Si tratta di una tappa fondamentale per l'evoluzione della professione infermieristica, infatti a partire da tale data: il corso da biennale diventa triennale; si richiedono dieci anni di scolarità per l'accesso alla scuola; nuovi programmi di studio di 4600 ore di formazione teorico-pratica.

Quello tra il 1980 e il 1990 fu un decennio di cambiamenti. In particolare, si verificò: un cambiamento della domanda sociale e di salute in termini qualitativi e quantitativi; la maturazione della professione infermieristica; l'aumento della delega da parte del medico verso l'infermiere; l'invecchiamento precoce del mansionario; la riforma degli ordinamenti didattici universitari.

Infatti, con la **Legge 3 giugno 1980 n.243** ci fu la riqualificazione professionale degli infermieri generici e psichiatrici, ovvero attraverso una sanatoria con un esame-colloquio si otteneva la qualifica di infermiere professionale, in sostituzione del precedente titolo di studio. Inoltre, questa legge segnò la chiusura dei percorsi formativi per infermiere generico e infermiere psichiatrico.

Successivamente, la formazione infermieristica venne gradualmente inserita nelle Università, con l'obbligo di possesso del diploma di maturità quinquennale per l'accesso ai corsi di diploma universitario (DU), istituito con la prima riforma universitaria, la **Legge 19 novembre 1990 n.341**. Il diploma universitario aveva il fine di *“fornire agli studenti un'adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali”*.

La normativa definì, quindi, le quattro tipologie di titoli di studio che l'Università poteva rilasciare:

- Diploma Universitario (DU);
- Diploma di Laurea (DL);
- Diploma di Specializzazione (DS);

- Dottorato di Ricerca (DR).

L'ordinamento didattico fu recepito con un **Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST) del 2 dicembre 1991**, che istituì il *“Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche”*.

Dall'A.A 1992/93 sino all'A.A 1995/96 si configura un doppio canale formativo, in quanto i corsi universitari coesistono con quelli regionali del precedente ordinamento. A partire dal 1996 la formazione infermieristica passa definitivamente ed esclusivamente sotto l'ordinamento didattico degli atenei e, di conseguenza, Regioni ed Università stipulano apposite convenzioni e protocolli d'intesa per l'attuazione dei corsi previsti.

La tappa successiva di questo processo di cambiamento è rappresentata dal **D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502** (*“Riordino della disciplina in materia sanitaria”*) e successive modificazioni, in primis quelle operate con il D.Lgs. 7 dicembre 1993 n.517.

Il decreto sancisce, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, il definitivo passaggio alla formazione universitaria e prevede, come requisito obbligatorio per l'ammissione al corso, il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale, oltre a definire le competenze delle Regioni, delle Università e delle Aziende del SSN in materia di formazione infermieristica. Inoltre, esso stabilisce che la formazione del personale sanitario debba avvenire in sede ospedaliera o presso altre strutture del SSN e istituzioni private accreditate.

Il secondo ordinamento didattico universitario fu recepito con il **Decreto Ministeriale 24 luglio 1996**, che cambiò nome al corso da “scienze infermieristiche” a “per infermiere” (*“Diploma Universitario per infermiere”*) e identificò i 14 D.U. di area sanitaria, confermandone la durata triennale e l'esame finale con valore abilitante per l'esercizio della professione.

Con il successivo **Decreto Ministeriale 3 novembre 1999 n.509** si completa il percorso di riforma degli studi universitari, iniziato negli anni Ottanta, e si definisce la libertà degli atenei di darsi uno statuto, di possedere un'autonomia amministrativa e finanziaria e un autonomo ordinamento dei corsi di studio. Infatti, detto decreto (*“Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei”*) si pone i seguenti obiettivi:

- Realizzazione dell'autonomia didattica;
- Introduzione del sistema dei crediti formativi universitari (ECTS = European Credit Transfert System);
- Articolazione dei titoli didattici.

In riferimento a quest'ultimo obiettivo, l'Università ha regolamentato la riforma dei cicli universitari suddividendo il tradizionale corso di studi, di durata dai quattro ai sei anni, in

due corsi di laurea: dopo un iniziale percorso triennale si consegue il primo titolo, ovvero il Diploma di Laurea (DL); successivamente, si può decidere di proseguire gli studi con un percorso biennale che porta al conseguimento della Laurea Specialistica (LS). Inoltre, il nuovo sistema prevede che l'Università possa rilasciare anche il Diploma di Specializzazione (DS) e il Dottorato di Ricerca (DR).

È, però, soltanto con il **Decreto MURST del 2 aprile 2001** (*“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”*) che il progetto culturale e professionale di riforma dell'Università ha preso forma e si è diretto verso la piena realizzazione. Viene previsto, infatti, l'adeguamento degli ordinamenti didattici da parte delle Università alle disposizioni del presente decreto, per cui i corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze Infermieristiche e Ostetriche, a cui si accede in base ai crediti acquisiti nella formazione di base.

La numerazione e denominazione delle classi di laurea è la seguente:

- 1) Classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;
- 2) Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione;
- 3) Classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche;
- 4) Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione.

Nella specifica classe di laurea riservata alle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica sono collocati i profili dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.

Il suddetto decreto definisce, inoltre, le competenze dei laureati specialisti, che devono possedere *“una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca ... e sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo, preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi”*.

L'accesso a tale livello di formazione è consentito anche a chi è in possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione rilasciato in base al precedente ordinamento. Ciò è possibile grazie al riconoscimento dei titoli pregressi, o equipollenza dei titoli, previsto dalla **Legge 8 gennaio 2002 n.1** (*“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario”*), che afferma: *“I diplomi conseguiti in base alla normativa precedente dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 26 febbraio 1999, n.42, e 10*



agosto 2000, n.251, ..., sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi di formazione post base di cui al D.M. 509/99".

Il provvedimento, inoltre: riconosce agli infermieri dipendenti del SSN la possibilità di svolgere attività libero-professionale nelle strutture della loro amministrazione per garantire attraverso "prestazioni aggiuntive ... gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie"; definisce le funzioni dell'operatore socio-sanitario, che svolge le sue attività "conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione".

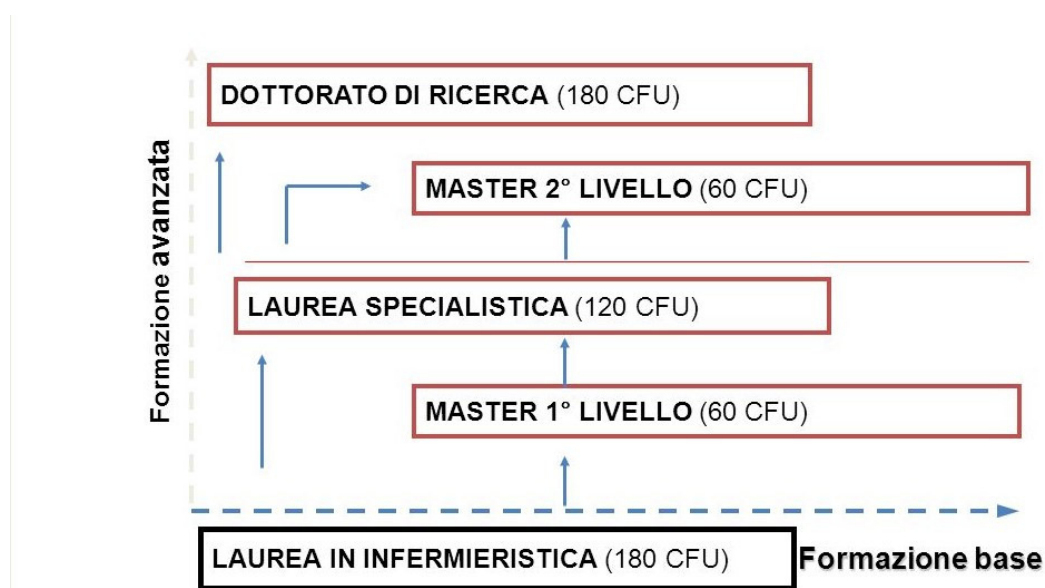
Successivamente il D.M. 509/99 è stato superato dal **Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004 n.270** "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei". Infatti, il sistema italiano degli studi universitari ha subito un'ulteriore trasformazione con la modifica della denominazione da corso di laurea specialistica in "corso di laurea magistrale". Per cui, l'Università oggi rilascia i seguenti titoli:

- Laurea (L);
- Laurea magistrale (LM).

Il corso di laurea ha il compito di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, mentre il corso di laurea magistrale ha l'obiettivo di fornire una formazione di livello avanzato.

Le Università rilasciano, inoltre, anche il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR) e possono attivare corsi di perfezionamento scientifico e corsi di alta formazione permanente e ricorrente, che conferiscono i Master di primo e di secondo livello.

Il percorso formativo infermieristico in Italia può essere, quindi, riprodotto come segue:



Gli ordinamenti didattici delle lauree specialistiche sono oggi regolamentati dal **Decreto Ministeriale 8 gennaio 2009** *“Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n.270”*, che si applica a tutte le Università statali e non statali. La numerazione delle lauree magistrali ricalca la classificazione delle lauree triennali, con l’aggiunta nella denominazione della parola “scienze”, quindi:

- LM/SNT1: classe delle lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche;
- LM/SNT2: classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione;
- LM/SNT3: classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni sanitarie tecniche;
- LM/SNT4: classe delle lauree magistrali nelle scienze delle professioni della prevenzione.

Gli attuali regolamenti e ordinamenti didattici dei corsi di laurea triennali sono stati recepiti, invece, dal **Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009** *“Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004 n.270”*. Le classi di laurea delle professioni sanitarie di cui al D.M. 2 aprile 2001 sono soppresse e sostituite da quelle di seguito elencate:

- L/SNT1: classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o;
- L/SNT2: classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione;
- L/SNT3: classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche;
- L/SNT4: classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione.

Il decreto afferma, inoltre, che i corsi di laurea sono istituiti e attivati dalle facoltà di Medicina e Chirurgia e che *“l’attività formativa pratica e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente appartenente allo specifico profilo professionale”*.

Le tappe del cambiamento nella formazione infermieristica che ho descritto fino a qui sono frutto sia delle esigenze espresse nel tempo dalla professione e sia del progressivo mutamento dei bisogni di salute, della domanda espressa dai cittadini e della cultura dell’organizzazione sanitaria. È chiaro, quindi, che la professione infermieristica sta cambiando rapidamente e richiede non solo abilità ma anche competenze, intese come complesse capacità di applicare modelli, metodi e strumenti nell’agire professionale, al fine di garantire prestazioni assistenziali di elevata qualità.

### 1.1.2 Da Arte Ausiliaria a Professione Sanitaria

L'infermieristica è un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-pratici, che hanno il fine di tutelare e promuovere la salute, individuale e collettiva.

Per arrivare a tale livello si sono susseguite una serie di disposizioni normative che hanno sancito il definitivo superamento del concetto di ausiliarità e mera esecutività dell'assistenza infermieristica, mutando profondamente le fondamenta dell'esercizio professionale.

Infatti, la professione infermieristica era regolata, inizialmente, dal cosiddetto mansionario, recepito dal **Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974 n.225** che modificava le precedenti norme di regolamentazione della professione risalenti al Regio Decreto 2 maggio 1940 n.1310 (*"Attribuzione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici"*).

Più esattamente il mansionario conteneva un elenco di funzioni e compiti, di carattere rigido ed esaustivo, attribuiti agli infermieri, che diventavano, quindi, figure lavorative con ruolo ausiliario al medico, anche dal punto di vista delle responsabilità.

Ne consegue, infatti, che tutto ciò che non era specificatamente compreso nell'elenco era vietato perché di competenza medica.

Il mansionario, quindi, oltre a determinare una figura lavorativa che agiva per ordini e compiti, rappresentava un indicatore dei limiti professionali.

Nel complesso, però, il "nuovo" mansionario venne accolto con favore dagli organismi di rappresentanza della professione, poiché considerato una tappa importante nel processo evolutivo dell'assistenza infermieristica. Infatti, rispetto al R.D. 1310/40, figuravano nel mansionario lo studio dei piani di lavoro infermieristici e l'educazione sanitaria, ma ancora più importante è l'introduzione nel lavoro infermieristico del concetto di soddisfazione delle esigenze psicologiche e relazionali del paziente e la partecipazione alla ricerca scientifica. Il testo intendeva stabilire un diverso approccio con l'assistito, visto come una persona con bisogni psichici, fisici e sociali, per cui diventavano fondamentali gli aspetti relazionali dell'assistenza infermieristica.

In sintesi, l'infermiere acquisisce una caratterizzazione professionale più adeguata ai tempi, ma il mansionario è destinato comunque a invecchiare ben presto date le importanti trasformazioni introdotte dal progresso scientifico e tecnologico dell'epoca.

È in questo clima che il 1° luglio 1994, per le strade di Roma, sfilano 50mila lavoratori della sanità, soprattutto infermieri professionali, per sostenere l’emanazione del profilo professionale.

La manifestazione rappresentò, quindi, una tappa fondamentale per la costruzione di una nuova e più forte identità professionale: infatti, grazie al **Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n.739**, venne definito il nuovo profilo professionale dell’infermiere.

Quest’ultimo rappresenta una pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell’attività infermieristica, poiché ne individua il campo proprio di attività e responsabilità, definendone ambiti operativi, metodologia di lavoro e interrelazione con altre figure.

Il D.M. 739/94 precisa, all’articolo 1, comma 1, che l’infermiere è *“l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”* e ancora che *“l’assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, ed è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”*.

Si delinea, quindi, il profilo di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile. Dunque, ormai si parla solo di “infermiere” e non più di “infermiere professionale”.

Il comma 5 pone le basi per il superamento dell’infermiere unico e polivalente, prevedendo dei percorsi specialistici di formazione complementare in cinque aree specifiche:

- Sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- Pediatria: infermiere pediatrico;
- Salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- Geriatria: infermiere geriatrico;
- Area critica: infermiere di area critica.

Lo stesso profilo prevede che *“in relazione a motivate esigenze emergenti dal Ssn potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica”*.

In generale, l’esercizio professionale dell’infermiere, e di tutte le professioni sanitarie ex ausiliarie, ha subito importanti evoluzioni in questi ultimi anni.

È fondamentale citare le due principali leggi che hanno riformato profondamente la professione:

- **Legge 26 febbraio 1999 n.42** (*“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*);

- **Legge 10 agosto 2000 n.251** (*“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica”*).

Le innovazioni apportate dalla Legge 42/99 sono rilevanti, in quanto per la prima volta si delinea l'esercizio professionale senza mansionario. Infatti, questa legge sancisce l'abrogazione del regolamento approvato con D.P.R. 14 marzo 1974 n.225 e pone alla base dell'esercizio professionale tre criteri guida ben precisi e due criteri limite.

I criteri guida sono rappresentati dal profilo professionale, dalla formazione di base e post-base e dal codice deontologico.

I due limiti posti dalla legge stessa sono dati dalle *“competenze previste per la professione medica”* e per le altre professioni sanitarie.

Inoltre, la legge in questione abolisce la suddivisione delle professioni proveniente dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, per cui il termine *“professione sanitaria ausiliaria”* viene sostituito dalla denominazione *“professione sanitaria”*.

Successivamente, la Legge 251/2000 ha determinato una novità rilevante nell'organizzazione infermieristica e sanitaria italiana.

Infatti, la suddetta legge contiene due tipologie di norme: una relativa all'esercizio e all'autonomia professionale; l'altra all'istituzione e implementazione della dirigenza infermieristica.

Innanzitutto, tale legge determina, nei primi quattro articoli, la struttura generale attualmente utilizzata per la classificazione delle professioni sanitarie, individuando quattro categorie:

1. Le professioni infermieristiche e la professione sanitaria ostetrica (art.1);
2. Le professioni sanitarie riabilitative (art.2);
3. Le professioni tecnico-sanitarie, distinte in un'area tecnico-diagnostica e un'area tecnico-assistenziale (art.3);
4. Le professioni tecniche della prevenzione (art.4).

La normativa permette quindi l'ancoraggio, sul piano formativo, al D.M. 2 aprile 2001, che a sua volta determina le omologhe quattro classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie.

Attraverso l'articolo 1 si sancisce definitivamente la legittimità dell'agire professionale dell'infermiere, infatti al primo comma si legge testualmente: *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle*

*norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”.*

La figura dell'infermiere acquisisce, quindi, maggiore autonomia e responsabilità.

L'importanza della 251/2000 consiste, anche, nell'aver dato il via al secondo livello di laurea per le professioni sanitarie e, in particolare, per il titolo che oggi chiamiamo laurea magistrale, disattivando le vecchie scuole dirette a fini speciali per docenti e dirigenti dell'assistenza infermieristica.

Per gli infermieri si aprono, quindi, le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario e, in attesa della regolamentazione della specifica disciplina concorsuale, la medesima legge stabilisce che *“al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio ... attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati”.*

Alle figure individuate sono attribuite, poi, la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Infine, con la **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”*) viene prevista la trasformazione dei Collegi in Ordini Professionali, con la conseguente istituzione degli Albi Professionali per le professioni che ancora non lo possedevano.

La professione infermieristica possiede l'albo professionale dal 1954 ma per la costituzione dell'Ordine bisognerà attendere il 2018.

La normativa stabilisce, quindi, l'obbligo di iscrizione all'albo, come recita nel comma 3 dell'articolo 2 *“L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante”.*

Inoltre, la legge 43/2006 ha portato innovazioni nella suddivisione del personale laureato, appartenente alle professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000, articolandolo come segue (art.6):

- a) Professionisti: in possesso della laurea o titolo equipollente;
- b) Professionisti coordinatori: in possesso del master di primo livello in management o titolo equipollente;
- c) Professionisti specialisti: in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche;

d) Professionisti dirigenti: in possesso della laurea magistrale e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali.

Tuttavia, la piena realizzazione dell'articolo 6 della L.43/2006 sarà raggiunta con l'emanazione della **Legge di stabilità del 2015**, che apre definitivamente le porte alle competenze specialistiche degli infermieri.

Proprio come afferma Annalisa Silvestro, ex Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, *“Si tratta di uno snodo importante per l'assistenza sanitaria e per la professione che apre la strada a quel lavoro di squadra, proprio e anche con le altre professioni, che da sempre gli infermieri cercano per dare la massima qualità nell'assistenza ai pazienti, ma con il riconoscimento del loro ruolo e dell'upgrading raggiunto e con paradigmi professionali, relazionali e organizzativi diversi dagli attuali”*.

Questo provvedimento ha avuto come presupposto legislativo il fatto che, negli ultimi vent'anni, le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e la professione di ostetrica hanno subito una profonda evoluzione, sia dal punto di vista ordinamentale che formativo.

Per questo il Ministro alla Salute e gli Assessori Regionali alla Sanità hanno deciso di rivisitare le competenze di queste professioni sanitarie, approvando e condividendo le proposte, elaborate dallo specifico Tavolo tecnico Ministero-Regioni, per l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e delle responsabilità delle professioni sanitarie, nonché per l'introduzione delle specializzazioni previste dall'art.6 della legge 43/2006.

Di seguito, le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri che con il comma 566 della legge di stabilità 2015 saranno realtà:

- Area cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (infermiere di famiglia);
- Area intensiva e dell'emergenza/urgenza;
- Area medica;
- Area chirurgica;
- Area neonatologica e pediatria;
- Area salute mentale e dipendenze.

In sintesi, la manovra 2015 prevede che: *“Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia”* un accordo Stato-Regioni definisca *“i ruoli, le competenze, le relazioni*

*e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche ..., anche attraverso percorsi formativi complementari”.*

Come precedentemente anticipato, l’approvazione e l’effettivo passaggio da Collegio a Ordine professionale si sono verificati con la riforma delle professioni sanitarie, ovvero la **Legge 11 gennaio 2018 n.3** (*“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”*) o “Legge Lorenzin”, dal nome del Ministro della Salute che l’ha presentata.

La Federazione Nazionale IPASVI è diventata, quindi, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), e i Collegi provinciali sono mutati in Ordini provinciali delle professioni infermieristiche (OPI).

Tuttavia, per rendere operativa la nuova legge sono stati necessari una serie di decreti attuativi, arrivati già dal marzo 2018, come ad esempio il D.M. 13/03/2018 che ha istituito 17 nuovi albi professionali, che entreranno a far parte dell’Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Una delle novità più rilevanti della L.3/2018 riguarda il principio di sussidiarietà, per il quale l’Ordine ora può svolgere attività amministrativa in luogo e per conto dello Stato, ad esempio stabilisce le leggi che vigilino sugli iscritti agli albi, disponendo direttamente sanzioni disciplinari secondo la volontarietà della condotta, la gravità e la reiterazione dell’illecito, al contrario di quanto avveniva in passato, in cui il Collegio era un ente ausiliario dello Stato, quindi solo con una funzione di iniziativa e controllo.

Inoltre, la suddetta legge potenzia il significato del Codice Deontologico, inteso come strumento di autogoverno di una categoria professionale che contiene l’insieme delle norme e delle regole di condotta e di indirizzo etico che il professionista è tenuto a seguire ed è espressione dei valori propri di una professione.

L’evoluzione storia di questo documento inizia dal 1959, quando il Comitato centrale della Federazione Ipasvi comincia a far emergere la necessità di mettere a punto un Codice deontologico infermieristico, che indichi le coordinate etiche in base alle quali operano le appartenenti alla professione. Nel 1960, quindi, viene definito il primo Codice Deontologico delle infermiere italiane, che rappresenta un passo avanti nella costruzione dell’identità professionale.

Nel 1977 sorge l’esigenza di rivedere il primo testo con scopo di eliminare ciò che era *“legato al tempo e ad elementi storici e sociali transitori”* e si arriva ad un testo più



sintetico, asciutto e maturo, che definisce il profilo di un professionista che non rinuncia alla dimensione umana dell'assistenza.

Nel 1999 il Codice Deontologico viene posto dalla L.42/99 come uno dei tre criteri guida per l'esercizio professionale, per cui è necessaria la riscrittura del testo, che risulterà più evoluto, avanzato e suddiviso in sette parti e una serie di articoli numerati, in cui l'obiettivo sarà quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica, dando spazio alle esigenze di autonomia professionale.

Successivamente, si verificano due revisioni: la prima nel 2009 in cui l'IPASVI integra e riscrive il Codice del 1999, dividendolo in 51 articoli raggruppati in 6 capi; la seconda nel 2019.

Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche il 13 aprile 2019, è diviso in otto capi e rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità. Infatti, il nuovo codice è caratterizzato dall'effettiva centralità decisionale dell'assistito, a differenza del precedente in cui si metteva in primo piano lo spazio d'azione dell'infermiere in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica.

Alcuni dei nuovi scenari introdotti rispetto al 2009 sono: la dimensione multiculturale, i conflitti e le migrazioni, la violenza sulle donne, la sperimentazione e la ricerca.

In conclusione, il concetto chiave del nuovo Codice Deontologico 2019 consiste nella tutela e nel supporto dei diritti, anche per la necessità del raggiungimento di una adeguata percezione da parte del cittadino e dei media della nostra identità e delle nostre prese di posizione nei confronti della salute e del sistema sanitario.

## **1.2 Evoluzione normativa in Europa**

Fino a quasi tutto l'800 l'attività assistenziale era attuata in forma empirica come esercizio di pietà religiosa o come atto di volontariato e di solidarietà umana e sociale.

Per la nascita della professione infermieristica in Europa fu determinante l'azione di **Florence Nightingale** (1820-1910), nobildonna inglese dalla forte vocazione religiosa, la prima alla quale sia stato possibile attribuire il titolo di "infermiera", per cui è considerata la fondatrice dell'infermieristica moderna, in quanto intuì che per migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria britannica era necessario modificare alcuni aspetti fondamentali, come l'igiene degli ambienti e degli stili di vita, l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e la relazione d'aiuto con i malati.

Questi concetti saranno alla base della nascita e dello sviluppo del Nursing moderno.

Nightingale sosteneva le sue idee attraverso gli strumenti dell'evidenza scientifica e la statistica, suscitando l'interesse del Governo britannico, che la nominò sovrintendente del corpo di infermiere degli Ospedali Riuniti inglesi in Turchia, durante la guerra in Crimea, dove si recò nel 1854 per portare assistenza sui campi di battaglia.

Nell'ospedale di Scutari rilevò pessime condizioni igienico-sanitarie in cui si trovavano i malati e inadeguatezza dell'assistenza, quindi, grazie a dei fondi ottenuti da donazioni private, impose procedure igieniche e razionali, soprattutto riguardo la pulizia degli ambienti terapeutici e la sterilizzazione della biancheria utilizzata.

Florence Nightingale riuscì a dimostrare che in sei mesi, grazie alle modifiche da lei apportate nell'assistenza sanitaria, l'alto tasso di mortalità per malattie tra soldati dal 42,7% scese al 2,2%, mostrando ancora una volta la fondatezza delle sue teorie.

Tornata dalla Crimea fu accolta in patria come eroina nazionale e nel 1860 fondò a Londra, presso il S.Thomas Hospital, la prima scuola convitto per infermiere laiche, la "Training School of Nursing", con l'obiettivo di innalzare lo status delle infermiere.

Nightingale attribuì, quindi, grande importanza alla formazione infermieristica e la sua scuola si basava su due fondamenti principali: l'internato obbligatorio delle "allieve" nella casa dell'infermiera per sviluppare il carattere e le conoscenze tecnico-scientifiche; una formazione basata su sapere, istruzione e conoscenza.

Successivamente, analogamente all'Italia, anche negli Stati della Comunità Europea si sono verificati cambiamenti nel settore infermieristico, sia dal punto di vista normativo che formativo.

In particolare, la categoria professionale si è posta il problema dell'omogeneità dei percorsi da molto tempo, infatti nel 1967, sulla spinta del Trattato di Roma (1957) che istituiva la Comunità Economica Europea, fu siglato **l'Accordo di Strasburgo**, riguardante l'istruzione e la formazione dell'infermiere. Questo atto intendeva uniformare la preparazione dell'infermiere sul territorio europeo, per cui risulta un documento importante sia dal punto di vista concettuale che giuridico.

Nella prefazione leggiamo: *"Convinti che la conclusione di un accordo regionale sull'armonizzazione dell'istruzione e della formazione delle infermiere potrà incrementare il progresso sociale ed assicurare un'elevata qualificazione delle infermiere, tale da permettere loro di potersi stabilire sul territorio delle altre Parti contraenti alle stesse condizioni dei cittadini di dette Parti"*.

Inoltre, nell'articolo 6 si afferma che *"Dopo l'entrata in vigore del presente Accordo, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa potrà invitare qualsiasi Stato non membro*

*del Consiglio ad aderire al presente Accordo*". Con questa affermazione la formazione dell'infermiere viene vista come un'opportunità per determinare l'aggregazione di altri Stati.

L'Allegato I dello stesso trattato esplica *"Le esigenze minime per l'istruzione e la formazione delle infermiere"* ed è articolato nei seguenti capitoli:

- Definizione delle funzioni dell'infermiere professionale.
- Livello di istruzione richiesto alle candidate per essere ammesse alle scuole per infermiere (di norma decimo anno di insegnamento generale).
- Durata e materie del programma di insegnamento (l'insegnamento infermieristico di base deve essere di almeno 4600 ore, di cui almeno la metà deve essere dedicata all'insegnamento clinico-pratico).
- Requisiti per l'organizzazione delle scuole per infermiere: direzione, corpo insegnanti e finanziamento.
- Controllo degli studi (attraverso un libretto scolastico).

Negli anni '70 l'Unione Europea è, poi, intervenuta nelle professioni sanitarie con una serie di direttive che disciplinano il riconoscimento dei titoli, basandosi sull'omogeneità preventiva della formazione nelle singole professioni. Tutti gli Stati Membri sono, quindi, vincolati al rispetto delle direttive nel disciplinare l'iter formativo nel proprio sistema d'istruzione.

In particolare, due direttive del 1977 regolano la professione infermieristica generale, ovvero la **77/452/CEE** e la **77/453/CEE**. La prima stabilisce un elenco di titoli o qualifiche, il possesso dei quali è sufficiente per l'automatico riconoscimento nei paesi dell'Unione Europea, con semplice richiesta alle autorità competenti di un singolo Stato membro. La 77/453 descrive la natura ed il contenuto della formazione minima accettabile: l'obbligo di almeno 10 anni di scolarità precedenti all'inizio della formazione; formazione a tempo pieno costituita da almeno 4600 ore. Viene anche istituita una *"Advisory Committee on training in nursing"*, con compiti di consulenza della Commissione Europea.

Il 29 aprile 1981 a Bruxelles si è riunito il Comitato consultivo per la formazione infermieristica, che ha precisato che *"Ciascuno Stato Membro deve garantire che sia sufficientemente sottolineata l'importanza della preparazione dell'infermiere all'assunzione delle proprie responsabilità professionali, per quanto concerne la promozione della salute, compresa l'educazione sanitaria, la prevenzione delle malattie, l'assistenza al malato, l'orientamento verso le cure primarie, l'importanza di pianificare*

*e valutare l'assistenza globale al paziente e di basare la pratica infermieristica sulla ricerca scientifica nel campo della stessa”.*

È chiaro, dunque, che il sistema formativo e professionale è sottoposto a continui stimoli provenienti dal processo di integrazione europeo, dagli accordi internazionali e dalla necessità di ottimizzare le risorse in campo e di creare opportunità occupazionali.

Proprio per questo, nel 1999 fu sottoscritto il **Processo di Bologna** dai Ministri dell'Educazione di 29 paesi europei, con l'intento di costruire uno *“Spazio europeo dell'istruzione superiore”* (EHEA) entro il 2010 per promuovere la cooperazione e la collaborazione tra le istituzioni europee di alta formazione. Tale percorso nasce, però, nel 1998 quando Francia, Italia, Germania e Regno Unito firmarono la Dichiarazione di Sorbona sull' *“armonizzazione delle architetture dei sistemi di istruzione superiore in Europa”*.

L'obiettivo prioritario della riforma è promuovere *“la necessaria dimensione europea nell'istruzione superiore, con particolare riguardo allo sviluppo dei curricula, alla cooperazione fra istituzioni, agli schemi di mobilità e ai programmi integrati di studio, formazione e ricerca”*.

Data l'importanza di questo obiettivo il processo si è esteso ad ulteriori paesi europei: attualmente i partecipanti sono ben 48.

L'impegno preso dai governi europei per realizzare il Processo di Bologna si basa su alcuni pilastri comuni, che orientano la ristrutturazione omogenea dei sistemi universitari europei:

- Un sistema europeo comune dei cicli di studio: il percorso formativo è articolato su tre cicli, ovvero il Bachelor (in Italia Laurea Triennale), il Master (in Italia Laurea Magistrale) e il Doctoral level (in Italia Dottorato di Ricerca).
- Istituzione di un comune sistema di crediti, basato sul modello ECTS (European Credit Transfer System) nato nel 1989 in ambito comunitario: i crediti ECTS esprimono il carico di lavoro degli studenti e i relativi risultati di apprendimento. L'adozione di un comune sistema di crediti è finalizzata sia alla mobilità intraeuropea degli studenti e dei laureati (trasferimento dei crediti), sia per la costruzione dei curricula nazionali ed internazionali (accumulazione dei crediti) previsti nella nuova architettura europea a tre cicli.
- Promozione della collaborazione europea per l'istituzione di un sistema di controllo della qualità dell'istruzione.
- Adozione di un quadro generale delle qualifiche per lo spazio europeo dell'istruzione superiore ed introduzione di quadri delle qualifiche nazionali compatibili.

- Armonizzazione dei curricula, basati sulle competenze riconosciute in tutti i paesi europei.
- Trasparenza e leggibilità dei percorsi formativi e dei titoli di studio: è stata disposta l'attribuzione di un *Diploma Supplement* (DS), ovvero un documento integrativo del titolo ufficiale conseguito che rappresenta un sistema di informazioni standardizzate in quanto fornisce una descrizione dettagliata della natura, del livello, del contesto e del contenuto dell'istruzione ricevuta.
- Promozione della mobilità: possibilità concreta per studenti e laureati di proseguire gli studi o trovare un'occupazione in un altro paese europeo.

Il processo viene rivisto e aggiornato ogni due anni, con appositi summit dei Ministri europei dell'istruzione superiore, per fare il punto sullo stato di attuazione degli obiettivi stabiliti in precedenza e vengono elaborati nuovi impegni per il raggiungimento dell'obiettivo generale comune. Quindi, nelle conferenze successive al 1999 (Praga 2001, Berlino 2003, Bergen 2005, Londra 2007, Lovanio/Louvain-la-Neuve 2009, Budapest/Vienna 2010, Bucarest 2012, Erevan 2015 e Parigi 2018) le misure individuate inizialmente sono state precisate ulteriormente.

L'Italia è stata incaricata di ospitare la prossima conferenza ministeriale dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore, che si terrà, infatti, a Roma nel 2020.

La Dichiarazione di Bologna e le conseguenti direttive europee hanno avuto un profondo impatto sull'educazione infermieristica in Europa. Infatti, l'attuazione del processo è stata caratterizzata da alcuni temi. Di seguito i principali:

- Presenza di un quadro incoerente relativo all'attuazione della Dichiarazione di Bologna riguardo l'educazione infermieristica: infatti, in termini di formazione degli infermieri non è stato raggiunto un sistema educativo unificato e trasferibile, come vedremo nel Capitolo II del presente elaborato.
- Vari livelli di armonizzazione del curriculum infermieristico. L'implementazione del Processo di Bologna sembra seguire quattro diversi modelli: alcuni paesi hanno armonizzato l'istruzione universitaria, già consolidata, con le linee della Dichiarazione di Bologna; altri paesi hanno migliorato l'educazione infermieristica stabilendola al livello universitario o in Istituti di Tecnologia; altri hanno armonizzato i curricula lasciandoli fuori dal contesto universitario; altri paesi hanno creato una formazione infermieristica binaria, sia professionale che accademica, ispirata alla Dichiarazione di Bologna.
- Variabilità nella lunghezza del modello di ciclo adottato: la durata della formazione infermieristica di base (primo ciclo) varia da 3 a 4 anni.

- Difficoltà nell'istituire i programmi di secondo e terzo livello in alcuni paesi: l'istruzione infermieristica di livello superiore è influenzata dai sistemi educativi nazionali.
- Non esistono prove di un controllo di qualità paneuropeo dell'educazione infermieristica. I sistemi di controllo della qualità utilizzati dalle Università per monitorare i loro programmi infermieristici sembrano non avere una distribuzione omogenea nel territorio europeo. Infatti, alcuni sistemi sono focalizzati sulla struttura dei curricula (ad esempio, il numero di ECTS), altri su fattori diversi, come la struttura o le qualifiche degli educatori. Quindi, a causa della mancanza di un metodo comune non sono disponibili dati sulle iniziative di controllo della qualità a livello cooperativo e internazionale: questa è un'occasione mancata ai sensi del Processo di Bologna.

Da ciò emerge che il raggiungimento di standard comuni in materia di istruzione è fondamentale nelle professioni regolamentate come l'assistenza infermieristica.

Standard unificati facilitano, infatti, anche la mobilità infermieristica tra paesi.

È auspicabile, quindi, l'attuazione di ciascun principio espresso nella Dichiarazione di Bologna per realizzare uno Spazio Europeo dell'istruzione superiore infermieristica.

In generale, sono stati avviati diversi progetti a livello europeo con l'intento di guidare concretamente i paesi alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo di Bologna:

- Tuning Educational Structures in Europe (Tuning Project): è un progetto creato dalle Università e avviato nel 2000 il cui obiettivo è di accrescere la capacità di comprendere i differenti curricula infermieristici e compararli nel confronto tra i diversi stati. Non intende, quindi, limitare l'indipendenza degli specialisti accademici né danneggiare l'autorità accademica locale e nazionale.
- European Healthcare Training and Accreditation Network (EHTAN): nato nel 2003, il progetto ha fornito strumenti per il confronto su scala europea dei metodi di formazione e della pratica clinica nel settore infermieristico. Questo concorre nel garantire maggiore sicurezza e mobilità nella professione.
- European Federation of Nurses (EFN): avviato nel 2011, questo progetto ha l'obiettivo di identificare le competenze in relazione alle funzioni professionali.
- International Council of Nurses (ICN): il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di associazioni infermieristiche nazionali. Fondato nel 1899, l'ICN opera per assicurare un'assistenza infermieristica di qualità, politiche sanitarie valide a livello internazionale, l'avanzamento delle conoscenze infermieristiche. Inoltre,

utilizza le sue risorse per identificare le competenze generali dei vari livelli del personale infermieristico.

Successivamente, nel 2004, è nata la Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI), che rappresenta le autorità competenti per la professione infermieristica anche in paesi che non fanno parte dei 25 dell'Unione Europea. La finalità consiste nel promuovere l'eccellenza del nursing e la tutela del paziente, sia a livello nazionale che europeo, garantendo competenze e pratica infermieristica di qualità, standard professionali, formazione continua e rispetto dei codici deontologici.

Inoltre, dal 2013 la CNAI (Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri) con la sua sezione di storia dell'assistenza infermieristica è diventata componente attiva e rappresentata italiana in EAHN (European Association for the History of Nursing), l'associazione europea per la storia dell'assistenza infermieristica.

L'obiettivo dell'associazione è promuovere lo sviluppo e il progresso della ricerca e dello studio della storia dell'infermieristica, fornendo quindi un focus europeo per lo sviluppo della disciplina.

### **1.2.1 La Libera Circolazione dei Professionisti**

Una delle libertà di cui beneficiano i cittadini dell'Unione Europea è la libera circolazione dei lavoratori, che include il diritto d'ingresso e di soggiorno dei loro familiari e il diritto di svolgere un'attività lavorativa in un altro Stato membro, nonché di ricevere il medesimo trattamento rispetto ai cittadini di detto Stato, in termini di diritti e doveri.

La libera circolazione dei professionisti, alla base della nostra cittadinanza europea, è stata sancita dall'articolo 45 del **Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea** (TFUE) e implica l'abolizione di qualsiasi discriminazione relativa alla nazionalità per quanto concerne l'impiego, la retribuzione e tutte le altre condizioni di lavoro.

Tuttavia, di libera circolazione dei lavoratori si parla dagli anni '50, infatti già dal Trattato di Roma del 1957 si perseguivano obiettivi come la realizzazione di un mercato comune e della libera circolazione dei professionisti, per cui si legge l'impegno a *“l'eliminazione tra gli stati membri degli ostacoli alla libera circolazione delle persone, dei servizi e dei capitali”*.

Per permettere la circolazione dei professionisti è necessario il riconoscimento dei diplomi e dei titoli, infatti, grazie all'Accordo di Strasburgo e successive direttive europee, ciascun cittadino dell'Unione, che nel proprio paese di origine possiede

l'abilitazione per l'esercizio di una professione medico-sanitaria, può richiedere all'autorità competente dello Stato membro ospitante il riconoscimento della qualifica, che verrà concessa senza richiesta di integrazioni formative.

Inoltre, i lavoratori mobili beneficiano degli stessi vantaggi sociali e fiscali e dello stesso accesso all'alloggio dei lavoratori nazionali.

La parità di trattamento riguarda anche l'esercizio dei diritti sindacali e l'assistenza che gli uffici di collocamento dello Stato ospitante offrono ai propri cittadini.

In generale, l'UE ha adottato misure volte a favorire la creazione di un ambiente propizio alla mobilità dei lavoratori, tra cui:

- Riforma del sistema di riconoscimento delle qualifiche professionali tra Stati membri.
- Rilascio, nel 2016, di una **Tessera Professionale Europea** (EPC) che mira a promuovere la libera circolazione dei professionisti, garantendo un efficace ed efficiente sistema di riconoscimento reciproco dei titoli conseguiti. L'EPC è una procedura elettronica e consente di ottenere il riconoscimento di una professione regolamentata in un altro paese UE. Attualmente l'EPC è utilizzabile solo per determinate professioni, come: infermiere, fisioterapista, farmacista, guida alpina e agente immobiliare.
- Miglioramenti relativi all'acquisizione e alla salvaguardia dei diritti pensionistici complementari.
- Obbligo di garantire procedure giudiziarie per i lavoratori discriminati e di nominare organismi preposti alla promozione e al controllo della parità di trattamento.

Tuttavia, agli Stati membri è consentito di rifiutare l'ingresso e il soggiorno di un cittadino dell'Unione Europea per motivi di ordine pubblico, pubblica sicurezza o sanità pubblica.



## **CAPITOLO II**

### **ANALISI COMPARATA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN EUROPA**

Negli ultimi decenni si sono susseguiti una serie di cambiamenti nell'ambito della formazione degli infermieri sia a livello nazionale che europeo ed essendo innanzitutto cittadini europei, oltre che infermieri, è inevitabile constatare che gli scenari della formazione infermieristica sono estremamente variabili negli altri Stati membri. Infatti, non esiste un corso di laurea europeo in Infermieristica, ma le differenze sono numerose. Di seguito ho focalizzato la mia attenzione su cinque Paesi europei, scelti in maniera casuale, di cui ho analizzato il percorso formativo dell'infermiere, per poi confrontarne i principali punti di concordanza e discordanza.

#### **2.1 Francia**

Nella prima parte del secolo scorso, la professione infermieristica in Francia è stata regolata da un "brevetto" di abilitazione professionale. Successivamente, è stata creata l'Associazione Nazionale degli Infermieri Francesi e nel 1946 è entrata in vigore la normativa che cominciava a definire la figura professionale.

È del 1992 l'ultima riforma dei percorsi di studio infermieristici, emanata in riferimento alle Direttive Europee del 1967 e del 1973. Ne consegue la parziale applicazione del Processo di Bologna, per cui la Francia ha attuato solo lo schema formativo escludendo le università.

In Oltralpe, infatti, i corsi si svolgono in centri di formazione di nursing, gestiti direttamente dal ministero della Sanità francese, e l'accesso ad essi è permesso dopo aver conseguito il titolo di maturità. In mancanza di quest'ultimo, i candidati possono accedere dopo la valutazione di un'apposita commissione, ma occorre avere dai tre ai cinque anni di esperienza lavorativa nel settore medico-sanitario.

Al termine del corso di studi si consegue il "Diploma d'Etat d'Infirmier".

L'età minima richiesta è di 17 anni e le iscrizioni sono a numero chiuso.

L'iter formativo è articolato in 136 settimane complessive, pari a 4760 ore, di cui 132 sono le settimane dedicate all'insegnamento e 4 sono previste per gli stages pedagogici.

Il tirocinio pratico, distribuito in modo equilibrato nei tre anni di corso, prevede l'obbligo di sostenere almeno due settimane di turno notturno al secondo o al terzo anno.

L'organizzazione dei corsi di studio prevede la valutazione del percorso formativo in crediti e ciascun credito equivale a 20 ore di impegno dello studente.

Per quanto riguarda la formazione post-base, vi si accede se in possesso del titolo di base e dopo aver superato il test d'ammissione. In Francia sono previste tre specializzazioni:

- Infermiere Pediatrico;
- Infermiere di Anestesia;
- Infermiere di Sala operatoria.

In questi ultimi due casi, per accedere ai corsi di specializzazione sono necessari anche due anni di esperienza lavorativa.

Inoltre, conseguendo la specializzazione di infermiere di sala operatoria si è abilitati all'attività di infermiere "circolante", di infermiere strumentista e di infermiere di aiuto intraoperatorio. In generale, l'infermiere di sala operatoria è abilitato a svolgere la sua attività in tutti i settori dove si praticano atti invasivi a fini diagnostici o terapeutici in ambito medico-chirurgico e nei servizi di igiene ospedaliera.

La specializzazione in infermieristica pediatrica fornisce, invece, competenze e abilità nei seguenti campi:

- Assistenza al bambino nella fase di crescita;
- Sorveglianza del regime alimentare del poppante;
- Prevenzione e riconoscimento precoce dei problemi e degli handicap;
- Assistenza del neonato in rianimazione;
- Gestione del neonato in incubatrice o sotto fototerapia.

Tuttavia, nonostante ci sia il riconoscimento del titolo da un punto di vista curricolare, solo le attività di infermiere di anestesia sono riservate esclusivamente ai possessori del titolo specifico.

Inoltre, con un'esperienza professionale di almeno cinque anni è possibile scegliere di conseguire altre specializzazioni, della durata di nove mesi:

- Infermiere Manager;
- Infermiere Docente.

## **2.2 Germania**

La Germania è uno Stato Federale, in cui la gestione della sanità è decentrata ai singoli Länder che hanno la responsabilità delle cure ospedaliere, extraospedaliere e territoriali.

Si può dire che lo Stato ha un sistema di responsabilità condivise, anche per quanto riguarda la formazione infermieristica, infatti: la legge federale emana le regole generali per la formazione di base ed è poi ciascun Länder a impostare il proprio corso e perfezionarlo, avvalendosi anche delle raccomandazioni prodotte dal *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (DKG), ovvero l'equivalente del nostro collegio professionale. L'iter formativo di base consente la scelta tra i seguenti corsi:

- Infermiere generale;
- Infermiere pediatrico;
- Assistente infermiere;
- Ostetrica;
- Assistente geriatrico.

Quest'ultimo, anche se è collocato tra le professioni dirette all'assistenza, ha più una funzione sociale che sanitaria.

La durata dei corsi di formazione di infermiere generale e pediatrico è di 3 anni, anche se recentemente alcune università, come quella di Berlino, hanno iniziato ad offrire il corso della durata di 4 anni.

Il percorso prevede 4600 ore di formazione, di cui 1600 dedicate alle lezioni teoriche e 3000 al tirocinio pratico.

Diversamente, la durata del corso di formazione per assistente infermiere è di un anno e i requisiti d'ammissione risultano essere meno rigidi, per cui non è consentito l'accesso alla formazione post-base. Tuttavia, gli assistenti infermieri sono agevolati qualora volessero accedere ai corsi di infermiere generale e pediatrico. Il percorso di studi dell'assistente infermiere prevede 1600 ore di formazione, di cui 500 per la teoria e 1100 per il tirocinio clinico.

Il titolo si consegue dopo il superamento di un esame di stato e viene rilasciato dalla regione in cui si è svolto il corso e ha validità su tutto il territorio tedesco.

Per l'accesso ai corsi di formazione è necessario possedere diversi requisiti, come: età minima di 17 anni; essere di sana e robusta costituzione fisica e mentale; non aver subito condanne, le quali comporterebbero un giudizio di inaffidabilità all'esercizio della professione infermieristica; il completamento della scuola superiore, o equivalente, o il completamento di un percorso di istruzione di almeno dieci anni di scolarità.

Inoltre, è richiesto il completamento di un percorso di istruzione di scuola generale e secondaria o istruzione equivalente con le seguenti caratteristiche: due anni preparatori presso una scuola di nursing; frequenza volontaria di almeno due anni come "aiutante".

Nei percorsi formativi post-base per gli infermieri ci sono le seguenti qualifiche accademiche:

- Infermiere Docente;
- Infermiere Dirigente.

Ulteriori qualifiche di specializzazione sono definite nelle singole regioni.

Fra tutte le specializzazioni, però, solo per la docenza e la dirigenza è richiesto espressamente il titolo specifico, essendo le relative funzioni esecutive.

In generale, i percorsi di formazione post-base variano molto in base ai Länder, infatti, le singole regioni possono legiferare autonomamente oppure fare riferimento alle linee guida pubblicate dal DKG proprio per supportare le istituzioni nella gestione della formazione. Nelle linee guida sono indicati gli scopi dei corsi, i requisiti d'ingresso e il riconoscimento dei relativi titoli.

In particolare, solo quattro regioni tedesche si avvalgono esclusivamente delle raccomandazioni del DKG, ovvero: *Bayern; Sachsen; Thüringen; Baden-Württemberg*.

Nelle restanti regioni, i corsi si svolgono con caratteristiche specifiche, per cui, di seguito, tratterò brevemente di alcune regioni e i relativi percorsi post-base previsti.

➤ Berlino. In questa regione sono previste le seguenti specializzazioni:

- Terapia Intensiva ed Anestesia
- Area Critica Pediatrica
- Sala Operatoria
- Psichiatria
- Assistenza ambulatoriale
- Riabilitazione a lungo termine
- Oncologia
- Igiene

Il requisito d'ammissione ai corsi è il possesso del titolo di infermiere generale o pediatrico e di assistente geriatrico con almeno due anni di esperienza lavorativa. I corsi, se svolti in regime di full-time, hanno la durata di un anno, mentre, se svolti durante l'attività professionale, durano due anni.

➤ Brandeburgo. Generalmente, in questa regione si seguono le direttive del DKG, tranne che per il corso di infermiere ambulatoriale, che viene regolamentato autonomamente secondo le seguenti disposizioni:

- Possono accedere gli infermieri generali o pediatrici e gli assistenti geriatrici con almeno due anni di anzianità professionale, di cui uno svolto in area ambulatoriale.
- Il corso full-time è della durata di minimo 12 mesi, mentre in part-time dura da 2 a 4 anni.

Questa regione riconosce, inoltre, titoli di specializzazione conseguiti in altri Länder tedeschi.

➤ Amburgo. I corsi di specializzazione riconosciuti sono:

- Anestesia
- Terapia Intensiva
- Sala Operatoria
- Psichiatria
- Riabilitazione Geriatrica
- Igiene

Per quanto riguarda il riconoscimento dei titoli ottenuti in altre regioni, questo dipende dall'ordinamento didattico del corso e dal piano di studio.

Per essere ammessi al corso di Infermiere di Sala Operatoria o di Terapia Intensiva o di Anestesia, è necessario avere il titolo base di infermiere generale o pediatrico con almeno 6 mesi di attività professionale in sala operatoria.

Diversamente, l'accesso alla specializzazione in Igiene è permesso agli infermieri generali o pediatrici con almeno 2 anni di anzianità professionale. Anche in questa regione tutti i corsi possono essere svolti in modalità full-time o part-time e la durata è approssimativamente di 1000 ore.

➤ Assia. Le specializzazioni che si possono conseguire in questa regione sono:

- Terapia Intensiva ed Anestesia
- Servizi Funzionali
- Psichiatria
- Riabilitazione
- Nefrologia
- Oncologia
- Igiene

L'accesso ai suddetti corsi è consentito a tutte le figure infermieristiche ed ostetriche con almeno due anni di anzianità professionale.

Per accedere ai corsi di Nefrologia, Oncologia, Terapia Intensiva ed Anestesia gli infermieri devono avere sei mesi di anzianità lavorativa nel settore specifico.

Per accedere al corso di specializzazione in Igiene occorre avere sei mesi di attività in un reparto a rischio, per esempio centro trapianti, centro ustioni, dialisi, reparti infettivi, sale operatorie, unità di terapia intensiva neonatale.

Per accedere, invece, alla specializzazione in Riabilitazione e in Psichiatria è necessario avere due anni di anzianità nel settore specifico.

Infine, per accedere al corso in Servizi Funzionali occorre avere un anno di anzianità professionale, di cui almeno sei mesi in sala operatoria o in un servizio di endoscopia.

Tutti i corsi possono essere svolti in regime full-time o part-time e sono composti da una parte teorica e una pratica.

➤ Bassa Sassonia. Questa regione riconosce le seguenti specializzazioni:

- Terapia Intensiva ed Anestesia
- Terapia Intensiva Pediatrica
- Salute Pubblica
- Oncologia
- Psichiatria
- Sala Operatoria
- Igiene e Controllo delle Infezioni

Possono accedere alle specializzazioni di Terapia Intensiva, sia per adulti che in pediatria, Anestesia, Psichiatria e Sala Operatoria gli infermieri generali e pediatrici con 18 mesi di anzianità professionale, di cui almeno 6 in una struttura del settore specifico.

Per i corsi in Igiene e Controllo delle Infezioni, Salute Pubblica e Oncologia è necessario il titolo di base di infermiere generale o pediatrico e almeno 18 mesi di attività lavorativa.

La durata dei corsi sopra elencati cambia in base alla specializzazione scelta, infatti, la formazione in Terapia Intensiva ed Anestesia dura due anni con 720 ore di lezioni teoriche e conseguente tirocinio pratico presso i reparti specifici.

La specializzazione in Salute Pubblica può essere svolta in regime full-time o part-time e può durare da due a tre anni, con 800 ore di lezioni teoriche e 14 settimane di addestramento pratico.

I corsi in Oncologia, Psichiatria e Igiene e Controllo delle Infezioni hanno una durata pari a due anni con 720 ore di lezioni teoriche e successivo tirocinio pratico.

La frequenza al corso di specializzazione in Sala Operatoria è pari a due anni, in contemporanea all'attività professionale, con 240 ore di lezioni teoriche, 480 ore di esercitazioni pratiche e successivo tirocinio.

➤ Renania Settentrionale-Westfalia. Le specializzazioni riconosciute sono:

- Anestesia e Terapia Intensiva
- Psichiatria
- Sala Operatoria
- Igiene e Controllo delle Infezioni

L'accesso ai corsi di Sala Operatoria e Anestesia e Terapia Intensiva è permesso agli infermieri generali o pediatrici con almeno un anno di anzianità professionale, di cui almeno sei mesi in un reparto del settore specifico.

Al corso di Psichiatria, invece, è possibile accedere con due anni di anzianità professionale, di cui almeno uno in un reparto psichiatrico.

Infine, per la specializzazione in Igiene e Controllo delle Infezioni sono necessari due anni di esercizio professionale, preferibilmente in strutture a rischio infettivo.

In generale, la durata di tutti i corsi di specializzazione presenti in questa regione è di due anni, a tempo pieno o part-time, ma si differenziano per la distribuzione oraria della formazione teorico-pratica.

### **2.3 Olanda**

In Olanda, come del resto in tutta Europa, si sta verificando una situazione di carenza del personale infermieristico qualificato e di conseguenza sta crescendo sempre di più la richiesta di cure e assistenza infermieristica, soprattutto a causa di diversi fattori, tra cui i principali sono: aumento percentuale della popolazione anziana; trattamenti avanzati; aumento di apparecchiature mediche sofisticate.

Innanzitutto, va precisato che il sistema di formazione secondaria olandese prevede tre diversi percorsi tra cui è possibile scegliere:

- Il MAVO (quattro anni).
- L'HAVO (cinque anni).
- Il VWO (sei anni).

Gli ultimi due percorsi permettono l'ingresso all'Università.

Diversamente, per quanto riguarda l'istruzione professionale sono previsti due differenti percorsi, tra cui può scegliere anche lo studente infermiere:

- Il MBO (istruzione professionale secondaria), per il quale sono necessari i seguenti requisiti: attestato di MAVO; certificato di buona salute; età minima di 16 anni.
- L'HBO (formazione professionale più elevata), la cui ammissione richiede: attestato di HAVO; certificato di buona salute; età minima di 17 anni.

Nel 1993 fu emanata la legge nota come *Wet BIG (Individual Healthcare Professions Act)*, che rivisitò completamente la normativa che fino ad allora aveva regolato la professione e la formazione infermieristica al fine di acquisire il diploma "*Van Verpleegkundige*". Per il *Wet BIG* chiunque fosse competente in una determinata procedura era autorizzato a compierla, pur non essendo infermiere registrato.

Successivamente, compresa l'importanza di definire dei requisiti necessari per l'esercizio della professione, nel 1997 sono stati istituiti i primi corsi per infermiere con un sistema formativo i cui principi guida erano la trasparenza e il soddisfacimento delle richieste dei professionisti e del *Wet BIG*.

La nuova struttura della formazione infermieristica, regolamentata da leggi emanate dal Ministero dell'Istruzione, della Cultura e della Scienza, era articolata su cinque livelli, definiti "*qualification levels*", in cui ciascuno di questi definisce conoscenze, abilità e relative responsabilità di un professionista.

Entrambi i percorsi formativi di base (HBO e MBO) permettono l'accesso ai corsi post-base.

In Olanda ci sono numerose specializzazioni e i corsi sono molto frequentati, nonostante la formazione post-base non sia riconosciuta giuridicamente. Questo perché, nel mondo professionale, è molto diffusa l'opinione che non è sufficiente la mera esperienza clinica per ottenere un certo livello di competenza, ma occorre sempre una preparazione teorica ad accompagnare l'addestramento pratico.

Le specializzazioni attualmente attive sono:

- Infermiere di Terapia Intensiva per adulti, per bambini, per neonati.
- Infermiere specializzato in Cardiologia.
- Infermiere di Emergenza.
- Infermiere di Dialisi.
- Infermiere di Pediatria.
- Infermiere di Ostetricia e Ginecologia.
- Infermiere di Centro Ustioni.
- Infermiere di Oncologia.
- Infermiere di Anestesia.



- Infermiere di Sala Operatoria.
- Infermiere di Ambulanza.
- Infermiere di Comunità.
- Infermiere di Salute Professionale.
- Infermiere Psichiatrico e Sociale.
- Infermiere Geriatrico Clinico.

Inoltre, gli infermieri possono scegliere di intraprendere anche corsi di formazione nelle seguenti aree:

- Management.
- Formazione.
- Ricerca.

In più, dal 1988 sono stati istituiti corsi di Master in Scienze Infermieristiche presso il Politecnico olandese (*l'Hogeschool* di Utrecht), con la collaborazione dell'Università del Galles (Regno Unito).

Infine, nel 1990 *l'Amsterdam Medical Centre* (AMC) ha avviato il corso di formazione in “*Epidemiologia Clinica per infermieri*”, della durata di due anni, per coloro che sono interessati ad approfondire la ricerca scientifica e clinica.

## 2.4 Regno Unito

Per decenni, la formazione infermieristica ha risentito fortemente dell'influenza dell'opera della Nightingale, infatti, rimaneva una vocazione basata sulla pratica e aveva poca o nessuna credibilità accademica. Tutto ciò era causato da numerosi fattori, tra cui: gli allievi infermieri erano parte integrante della forza lavoro; la qualifica degli infermieri era paragonabile a quella degli impiegati; gli infermieri stessi erano restii ai cambiamenti. Negli anni, quindi, si è arrivati ad una diminuzione costante del numero di aspiranti infermieri, anche a causa della riduzione dei posti di lavoro, della forte mobilità degli infermieri qualificati, di un salario e una condizione lavorativa non gratificante.

Questa crisi di manodopera infermieristica qualificata trovò una strada risolutiva quando, nel 1979, il governo istituì un corpo regolatore della professione, *United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting* (UKCC), composto dai rappresentanti di tutti i settori della formazione e dai comitati nazionali delle quattro Regioni del Regno Unito. L'obiettivo principale di questo organismo era di stabilire e migliorare il livello

formativo, quindi gli standard educativi, degli infermieri, delle ostetriche e degli assistenti sanitari.

Nel 1986, l'UKCC presentò un nuovo metodo educativo, chiamato “*Progetto 2000*”, che proponeva: il livello di praticantato; un nuovo albo professionale; aumento delle possibilità di accesso alla professione; borse di studio per gli studenti infermieri; formazione universitaria; gestione finanziaria autonoma delle scuole infermieristiche; aggiornamento obbligatorio; opportunità di formazione post-base.

Oggi, l'UKCC è denominato *Nursing & Midwifery Council* (NMC).

Nel Regno Unito i College possono richiedere l'autorizzazione a conferire autonomamente i propri *degrees*, diplomi, certificati per infermieri, garantendo qualità dei corsi e uniformità a livello nazionale.

L'organismo deputato al controllo della qualità è il *Quality Assurance Agency for Higher Education* (QAA).

La formazione degli studi infermieristici e ostetrici nel Regno Unito si divide in corsi *Pre-registration* e *Post-registration*.

In particolare, fino al 2011 gli aspiranti infermieri potevano intraprendere un percorso di laurea o di diploma, che riconosceva in entrambi i casi la qualifica di Infermiere, per cui al termine del percorso di formazione di base (*Pre-registration*) si ottenevano due possibili qualifiche: *Diploma of Higher Education* oppure *First Degree* (laurea).

Infatti, nel Regno Unito è coesistito un “doppio binario” formativo, che è stato superato quando nel 2011 è stata formalizzata l'esclusività della formazione universitaria della professione.

Il requisito di base per accedere ai corsi è il possesso di un diploma di scuola superiore ed è necessario avere almeno 17 anni e 6 mesi all'inizio del corso (17 anni per la Scozia). Dopo aver conseguito la qualifica accademica, per poter esercitare la professione infermieristica, è necessaria l'iscrizione all'albo professionale presso il *Nursing and Midwifery Council* ed è possibile farlo con i seguenti titoli:

- Infermiere di primo livello, responsabile dell'assistenza degli adulti.
- Infermiere di primo livello, responsabile dell'assistenza in salute mentale.
- Infermiere di primo livello, responsabile dell'assistenza a persone con handicap mentali.
- Ostetrica.

Quindi, come già detto in precedenza, il corso di formazione di base per Infermieri rilascia una Laurea, è di durata triennale e si svolge in ambito universitario.

La formazione dura complessivamente 4600 ore, distribuite a metà tra lezioni teoriche e tirocinio pratico. Quest'ultimo è molto impegnativo e regolamentato in maniera rigida, infatti, ciascuno studente è seguito, durante tutto il percorso, da un unico tutor ed è sottoposto a continue verifiche della formazione teorica e pratica.

Nel Regno Unito, tutte le Università offrono quattro aree di attività:

- Formazione di base, per gli studenti che intendono conseguire un diploma;
- Formazione di base, per gli studenti che intendono conseguire una laurea;
- Formazione post-laurea, a tempo pieno o part-time;
- Ricerca.

Sebbene il contenuto della formazione vari a seconda del percorso scelto e della sede universitaria, il programma di base è, generalmente, di tipo modulare e diviso in due parti:

1. Preparazione preliminare, comune a tutti gli studenti, della durata di 12 mesi;
2. Preparazione di orientamento per la specializzazione nel campo prescelto, della durata di 24 mesi. A sua volta questa fase della formazione prevede moduli fondamentali e comuni a tutti i corsi e moduli caratterizzanti.

I corsi di orientamento per la specializzazione includono:

- Assistenza agli adulti;
- Assistenza ai bambini;
- Assistenza a pazienti con malattie mentali;
- Assistenza ai portatori di handicap.

Un'opportunità che viene offerta agli studenti è quella di poter visitare per tre mesi un'istituzione infermieristica in un altro paese europeo, con lo scopo di osservare e partecipare alla gestione dell'assistenza, conoscere la pratica professionale di altre culture e, quindi, sviluppare conoscenze e abilità inerenti la sanità.

Dopo aver superato con successo il corso di *Pre-registration*, quindi, è possibile seguire i percorsi di formazione chiamati "*Post-registration*" per ottenere ulteriori qualifiche.

La formazione specialistica permette agli infermieri di prendere decisioni cliniche, di monitorare e migliorare gli standard dell'assistenza, di sviluppare la pratica mediante la ricerca e di collaborare con altre figure professionali.

Tuttavia, per la pratica infermieristica avanzata l'NMC non ha stabilito degli standard per il livello della pratica in ogni settore, in quanto troppo numerosi, quindi, vengono seguiti quelli stabiliti negli Stati Uniti, che sono di carattere generico e non riferiti ad ogni settore specialistico.

I requisiti d'accesso ai corsi di specializzazione sono:

- *First Degree*

- Possesso di un'esperienza lavorativa e/o teorica.

I percorsi post-base hanno una durata che va da nove a dodici mesi, o anche di più, e alle lezioni frontali si affiancano seminari e tirocinio pratico, con l'obbligo di presentare alla fine della formazione una tesi scritta.

Per proseguire gli studi è possibile scegliere tra diverse opportunità:

- Diploma post-laurea: (*MmedSci*, ovvero il Master in Scienza Medica, o *Higher Degree MSc*) sono percorsi equivalenti ai nostri corsi di specializzazione e il requisito d'accesso è l'aver effettuato un'esperienza lavorativa nel settore specifico.
- Certificate/Diploma post-laurea: titoli che si conseguono dopo la frequenza ad un corso di lezioni o per l'effettuazione di una ricerca individuale.
- Corsi di qualificazione avanzata: *Certificate/Diploma/Master's Degree*.
- Ricerca: Master of Philosophy (MPhil), della durata di due anni, e Doctor of Philosophy (PhD), della durata di tre anni. Equivalgono al nostro Dottorato di Ricerca e si conseguono dopo aver effettuato una ricerca originale, interdisciplinare.

Inoltre, tutti gli studenti della Gran Bretagna ricevono aiuti finanziari dallo Stato durante la formazione e, in particolare, in Inghilterra:

- Gli studenti dei corsi di diploma ricevono una borsa di studio, a prescindere dalle condizioni economiche.
- Gli studenti dei programmi di laurea ricevono una borsa di studio in base alle condizioni economiche, che può essere integrata con un prestito studentesco.

## 2.5 Spagna

In Spagna, le prime regolamentazioni delle professioni sanitarie risalgono al 1855, con la legge "*l'Istruzione Generale*", e al 1904, quando fu previsto un registro delle professioni sanitarie tenuto dai Sottodelegati di Sanità, al fine di regolamentare l'esercizio professionale.

Nel 1986 (Legge 25 Aprile 1986 n.14) la normativa definì la libera professione delle professioni sanitarie, senza però prevederne disposizioni riguardo il sistema educativo, le relazioni con i pazienti, i diritti e i doveri dei professionisti e le relazioni dei professionisti con i centri e le istituzioni pubbliche e private. Si creò, quindi, una *vacatio legis* relativa all'esercizio delle professioni sanitarie, al diritto di protezione della salute, della vita e dell'integrità fisica, per cui per questi argomenti fu consigliata una legislazione specifica e differenziata tra le professioni sanitarie.

Specificatamente, la formazione infermieristica in Spagna diventò universitaria nel 1977, quando il titolo professionale esistente di “*Ayudante Técnico Sanitario*” (ATS) venne sostituito con quello di “*Diplomado Universitario en Enfermería*”.

Si delineò, di conseguenza, il curriculum universitario delle scuole infermieristiche, che prevedeva:

- Requisiti d'accesso ai corsi di infermieristica di base: conseguimento dell'istruzione secondaria superiore e superamento di un esame d'accesso.
- Durata degli studi: 3 anni accademici, con un impegno di 4600 ore da parte dello studente, divise per metà tra lezioni teoriche e tirocinio clinico.
- Ruolo importante della Ricerca infermieristica: è ritenuta essenziale per poter esercitare la professione con maggiore competenza, garantendo cure ed assistenza di qualità, in un contesto multidisciplinare.

Oggi, il nuovo assetto degli insegnamenti universitari e dei titoli ufficiali, in linea con il processo d'integrazione europea nel settore dell'istruzione superiore prevede i tre cicli: Grado (Laurea), Postgrado (Laurea Magistrale) e Doctorado (Dottorato). Il corso che consente di ottenere il Grado è della durata di 4 anni e prevede 240 crediti secondo il sistema europeo ECTS.

Inoltre, grazie al Decreto del Ministero dell'Istruzione e della Scienza del 31 Ottobre 1977, per coloro che avevano conseguito il titolo di ATS in passato è stato possibile convertire la qualifica in diploma universitario attraverso la frequenza di un percorso di formazione complementare.

Lo stesso discorso, però non valse per le specializzazioni che furono tutte soppresse.

Con queste innovazioni legislative, si pose l'enfasi sulla cura della comunità, sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute, quindi, il ruolo dell'infermiere cominciò a diventare sempre più importante.

A distanza di dieci anni dalla riforma universitaria, nel 1987, il Ministero dell'Istruzione istituì un gruppo di lavoro di infermieri, al fine di definire una “direzione generale e nuovi modelli per gli studi di base”. Questo gruppo propose di includere dei requisiti minimi nelle nuove direttive, con lo scopo di garantire una formazione di qualità.

Nell'infermieristica di base sono previsti programmi utili a sviluppare competenze che soddisfano le necessità di salute di individui e gruppi, in riferimento ai modelli sociali e culturali del Paese, alle risorse disponibili, alla legislazione esistente e allo sviluppo professionale. Le aree oggetto di studio sono suddivise in:

- Scienze di base
- Scienze Mediche

- Scienze del Nursing
- Scienze Comportamentali
- Salute Pubblica

Al termine della formazione gli infermieri devono essere capaci di sviluppare le seguenti funzioni:

- Funzioni assistenziali: assistenza alla persona sana e malata, alla famiglia e alla comunità, mediante una relazione terapeutica e lavorando in team.
- Funzioni organizzative e gestionali: partecipazione attiva all'equipe sanitaria
- Funzioni educative: formazione del personale infermieristico ed educazione alla salute della persona, dei gruppi e della comunità.
- Funzioni di ricercatore: ricerca nel settore dell'Infermieristica e, in generale, nel campo della salute.

Per quanto riguarda, invece, la formazione post-base, verso la fine degli anni '80 il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione definirono le specializzazioni riconosciute formalmente:

- Specializzazione in ostetricia-ginecologia (Ostetrica)
- Specializzazione in infermiere pediatrico
- Specializzazione in infermiere geriatrico
- Specializzazione in infermiere di comunità
- Specializzazione in infermiere di salute mentale
- Specializzazione in infermiere management
- Specializzazione in infermiere di cure speciali

Il requisito necessario per l'ammissione alla formazione specialistica è il possesso del titolo di Laurea o di Diploma Universitario.

In seguito, lo studente è tenuto a sostenere una serie di prove volte ad accertare le conoscenze teoriche e pratiche, per poi arrivare ad una valutazione finale dei meriti accademici e professionali. I corsi sono della durata di uno o due anni e consentono agli studenti di percepire l'80% del salario professionale.

Un'altra importante innovazione normativa introdotta nell'ordinamento spagnolo si è verificata nel 2003 con l'istituzione della formazione continua, che costituisce contemporaneamente diritto e obbligo per i professionisti sanitari.

L'obiettivo è quello di favorire lo sviluppo professionale, garantendo ai professionisti conoscenze, tecniche ed abilità propri della specialità corrispondente.

Con formazione continua, infatti, si intende proprio un processo di insegnamento ed apprendistato attivo e permanente che prevede l'assegnazione di Diplomi di Accredimento e Diplomi di Accredimento Avanzato, tali da certificare i livelli di competenza raggiunti in una determinata area funzionale specifica.

Di seguito, ho creato una tabella che mostra in modo più schematico la formazione infermieristica nei Paesi da me esaminati, per facilitarne la lettura in termini comparativi. Per ogni Stato sono indicate tre variabili, quali: requisiti necessari per l'ammissione alla formazione di base; durata degli studi e ore complessive di impegno per lo studente; percorsi di formazione post-base previsti.

| Paese           | Requisiti di accesso alla formazione di base   | Durata anni e n° ore complessive della formazione di base  | Percorsi formativi post-base   |
|-----------------|--|--|--|
| <b>FRANCIA</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Titolo di maturità oppure 3/5 anni di attività nel settore sanitario</li> <li>• Minimo 17 anni di età</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 anni</li> <li>• 4760 ore (2240 teoria; 2520 pratica)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere Pediatrico</li> <li>• Infermiere di Anestesia</li> <li>• Infermiere di Sala operatoria</li> <li>• Infermiere Manager</li> <li>• Infermiere Docente</li> </ul>  |
| <b>GERMANIA</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Titolo di scuola media superiore o almeno 10 anni di scolarità</li> <li>• Minimo 17 anni di età</li> <li>• Costituzione fisica e mentale robusta</li> <li>• No condanne a carico</li> <li>• Due anni di scuola di nursing e due anni di volontariato come aiutante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-4 anni</li> <li>• 4600 ore (1600 teoria; 3000 pratica)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere Docente</li> <li>• Infermiere Dirigente</li> </ul> <p><b>Specializzazioni diverse tra le regioni</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia intensiva ed Anestesia</li> <li>• Area Critica Pediatrica</li> <li>• Sala Operatoria</li> <li>• Psichiatria</li> <li>• Assistenza ambulatoriale</li> <li>• Riabilitazione e lungodegenza</li> <li>• Nefrologia</li> <li>• Oncologia e Cure Palliative</li> <li>• Igiene e Controllo Infezioni</li> </ul> |
| <b>OLANDA</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il MBO (istruzione professionale secondaria). Per l'accesso è richiesto: attestato</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MBO: da 3 a 4 anni</li> <li>• HBO: 5 anni</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere di Terapia Intensiva per adulti, per bambini, per neonati.</li> <li>• Infermiere di Cardiologia.</li> </ul>  |

|                    |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | <p>MAVO ed età minima di 16 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'HBO (formazione professionale superiore). Per l'accesso è richiesto: attestato di HAVO ed età minima di 17 anni.</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere di Emergenza.</li> <li>• Infermiere di Dialisi.</li> <li>• Infermiere di Pediatria.</li> <li>• Infermiere di Ostetricia e Ginecologia.</li> <li>• Infermiere di Centro Ustioni.</li> <li>• Infermiere di Oncologia.</li> <li>• Infermiere di Anestesia.</li> <li>• Infermiere di Sala Operatoria.</li> <li>• Infermiere di Ambulanza.</li> <li>• Infermiere di Comunità.</li> <li>• Infermiere di Salute Professionale.</li> <li>• Infermiere Psichiatrico e Sociale.</li> <li>• Infermiere Geriatrico Clinico</li> </ul> <p><b>Altre aree di formazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Management</li> <li>• Formazione</li> <li>• Ricerca</li> </ul> |
| <b>REGNO UNITO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diploma di scuola superiore</li> <li>• Età minima di 17 anni e 6 mesi (17 anni per la Scozia).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 anni</li> <li>• 4600 ore (50% teoria; 50% pratica)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diploma post-laurea (MmedSci o Higher Degree M.Sc)</li> <li>• Certificate/Diploma post-laurea</li> <li>• Corsi di qualificazione avanzata</li> <li>• Ricerca: <i>MPhil e PhD.</i></li> </ul>   |
| <b>SPAGNA</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istruzione secondaria superiore</li> <li>• Superamento esame d'accesso</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 anni</li> <li>• 4600 ore (50% teoria; 50% pratica)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specializzazione (S) in infermiere pediatrico</li> <li>• S. in infermiere geriatrico</li> <li>• S. in infermiere di comunità</li> <li>• S. in infermiere di salute mentale</li> <li>• S. in infermiere management</li> <li>• S. in infermiere di cure speciali</li> </ul>  |

Dall'analisi effettuata sui percorsi formativi in Europa emerge come tra i Paesi membri persiste un'importante variabilità dei sistemi d'istruzione, nonostante siano state disposte direttive europee e linee guida dal Processo di Bologna, come precedentemente discusso,



che hanno proprio l'intento finale di creare standard formativi omogenei tra gli Stati europei.

Nella mia analisi ho riscontrato, infatti, notevoli disuguaglianze già a partire dai requisiti d'accesso alla formazione di base infermieristica.

Emerge, appunto, come in alcuni Stati è richiesto un titolo di maturità, mentre in altri sono ancora necessari solo dieci anni di scolarità.

Un altro importante aspetto da valutare è la sede formativa prevista, per cui ci sono Paesi in cui l'istituzione che offre i corsi è l'Università e altri Stati in cui esistono ancora "scuole" preposte allo scopo.

Un altro criterio preso in considerazione nella tabella di riferimento è la durata del corso di studi: gli anni necessari per la formazione di base variano da 3 a 4 e il numero di ore ripartite tra lezioni teoriche e tirocini pratici è anch'esso diverso.

Nello studio ho riscontrato disuguaglianze anche nei percorsi di base riconosciuti nei vari Stati, in quanto sono previsti, oltre al corso di infermieristica generale, altri insegnamenti che non trovano riscontro in tutti gli Stati membri. Infatti, alcune realtà offrono, come ad esempio la Germania, corsi specifici per diventare infermiere pediatrico, mentre il Regno Unito propone percorsi per infermieri pediatrici, psichiatrici ma anche per infermieri delle disabilità intellettuali.

Per quanto riguarda la formazione post-base, la situazione è più complessa, in quanto riflette una variabilità ancora più importante tra i vari Stati europei.

Ogni Paese ha, infatti, istituito autonomamente dei percorsi specialistici, con durata e competenze specifiche aggiuntive differenti, generando consistenti disuguaglianze tra i titoli e le specificità all'interno dello stesso ambito specialistico. Ne consegue che la formazione post-base acquisita può essere impiegata esclusivamente nello Stato che l'ha rilasciata.

Inoltre, può capitare che un infermiere specializzato, in possesso quindi della qualifica di Infermieristica generale e della formazione specializzante, venga inquadrato solo come Infermiere generale. Questo accade poiché ci sono Stati in cui i percorsi di specializzazione previsti non sono riconosciuti in termini di carriera professionale, per cui non sono previste funzioni esclusive specifiche.

Le numerose variabilità fin qui descritte risultano essere causa di numerosi problemi, soprattutto relativi alla mobilità dei professionisti tra Paesi europei.

## CAPITOLO III

### ANALISI COMPARATA DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE IN EUROPA

Oltre agli aspetti formativi della nostra professione, è importante analizzare anche quelli relativi all'organizzazione e all'esercizio clinico-professionale propri dei Paesi europei presi in considerazione precedentemente, per valutarne eventuali corrispondenze e/o disuguaglianze.

In particolare, di ogni Stato ho valutato la presenza di una definizione della figura professionale, l'organizzazione dell'attività professionale e le competenze, l'autonomia e la responsabilità attribuite al professionista sanitario nei diversi contesti europei.

#### 3.1 Francia

In Francia, la figura professionale dell'infermiere è definita dal Codice di Sanità Pubblica ("*Code de la Santé Publique*", ultima versione, dell'11 ottobre 2019), che contiene tutte le disposizioni applicabili ai diritti delle persone in materia di salute, nonché i diritti dei pazienti e degli operatori sanitari.

In particolare, l'articolo R4311-1 stabilisce che *"l'esercizio della professione infermieristica comporta l'analisi, l'organizzazione, l'erogazione dell'assistenza e la sua valutazione; contribuisce alla raccolta dei dati clinici ed epidemiologici e partecipa alle attività di prevenzione, di riabilitazione, di formazione e di educazione alla salute. Nell'insieme di queste attività, gli infermieri sono tenuti al rispetto delle regole professionali e in particolare del segreto professionale. Essi esercitano la loro attività in collaborazione con gli altri professionisti del settore della salute, del settore sociale, nonché del settore educativo."*

Inoltre, *"l'infermiere nel rispetto dei diritti della persona, e tenendo conto della personalità di questa nelle sue componenti fisiologiche, psicologiche, economiche, sociali e culturali, agisce al fine di:*

- *Proteggere, mantenere, ripristinare, promuovere la salute fisica e mentale delle persone o il loro livello di autonomia;*
- *Contribuire all'istituzione di metodi e alla raccolta di informazioni utili ad altri professionisti, e in particolare ai medici, per formulare diagnosi e valutare l'effetto delle loro prescrizioni;*
- *Partecipare alla valutazione del grado di dipendenza delle persone;*

- *Contribuire all'implementazione dei trattamenti partecipando alla sorveglianza clinica e all'applicazione delle prescrizioni mediche contenute, se necessario, nei protocolli stabiliti su iniziativa del/i medico/i prescrivente/i;*
- *Partecipare alla prevenzione, valutazione e riduzione del dolore e del disagio fisico e psicologico delle persone, in particolare alla fine della vita attraverso le cure palliative.*”

In questo contesto, l'infermiere è competente a prendere le iniziative e ad eseguire le cure che ritiene necessarie. Infatti, la normativa specifica che, nell'ambito del proprio ruolo, gli infermieri devono compiere atti e dispensare cure che mirino ad identificare i rischi e ad assicurare il benessere e la sicurezza della persona e del suo ambiente naturale.

L'elenco esaustivo degli atti e delle attività che rientrano nel proprio ruolo si trova negli articoli R4311-5, R4311-5-1 e R4311-6 del citato codice.

L'infermiere è, inoltre, responsabile della corretta attuazione delle prescrizioni mediche e della supervisione degli effetti secondari o delle complicanze che possono derivarne. Anche in questo caso, un elenco esaustivo degli atti attuati su prescrizione medica è stabilito dal Codice di Sanità Pubblica negli articoli R4311-7 e R4311-9.

Il Codice stabilisce anche che l'infermiere è abilitato a intraprendere e adattare i trattamenti analgici, ad esempio nelle cure palliative, nell'ambito dei protocolli prestabiliti, scritti, datati e firmati da un medico.

Vengono definiti inoltre gli ambiti di autonomia, con le relative attività, degli infermieri specializzati in sala operatoria, in anestesia e in pediatria (articoli R4311-11, R4311-12 e R4311-13).

Dal 2007, i Ministri responsabili della Salute e della Sicurezza Sociale hanno stabilito l'elenco dei dispositivi medici che l'infermiere è in grado di prescrivere ai pazienti, se non diversamente indicato dal medico.

L'infermiere è, inoltre, autorizzato a: rinnovare le prescrizioni, datate meno di un anno, di farmaci contraccettivi orali; somministrare il vaccino antinfluenzale a determinate condizioni ai suoi pazienti (ordinanza del 29 agosto 2008); prescrivere sostituti della nicotina.

A livello domiciliare e territoriale, l'attività di assistenza infermieristica è svolta dall'infermiere che esercita la libera professione: l'IDEL (IDE liberale, ovvero Infirmière Diplôme d'État liberale), che si rapporta con il medico di base o con il medico ospedaliero e con gli altri professionisti della salute per coordinare gli interventi necessari.

Per quanto concerne l'organizzazione professionale, dal 2006 l'organo che la disciplina è l'“*Ordre National des infirmiers*” (Ordine Nazionale degli Infermieri), che ha il compito di garantire la promozione e la difesa dell'intera professione infermieristica.

L'iscrizione a questo albo è obbligatoria ai fini dell'esercizio professionale.

Dalla creazione dell'Ordine si sono verificati molti colpi di scena, tanto che nel 2015 l'Assemblea Nazionale ha votato per l'abolizione dell'Ordine Nazionale degli Infermieri sotto la legge sanitaria. Questa repressione era motivata dalla "cattiva gestione dell'Ordine", dalla sua "mancanza di rappresentatività" e dal fatto che avrebbe creato "tensioni nella professione". Tuttavia, il Senato ha ripristinato l'Ordine degli infermieri sostenendo che *"le strutture ordinali svolgono missioni essenziali per la regolamentazione delle professioni interessate"*.

L'Ordine ha, inoltre, sviluppato il Codice etico per la professione infermieristica, che è stato pubblicato il 27 novembre 2016 nella Gazzetta ufficiale e che raccoglie le regole di pratica professionale, nonché tutti i diritti e i doveri degli infermieri.

In particolare, chiarisce le relazioni con i pazienti, con gli altri membri della professione e gli altri professionisti della salute.

La pubblicazione del primo Codice etico per gli infermieri ha segnato il riconoscimento di un'intera professione sempre più autonoma.

Infine, la Francia, essendo un paese UE, ha riconosciuto la Tessera Europea del Professionista (EPC), per cui permette il riconoscimento delle qualifiche rilasciate nel territorio europeo.

### **3.2 Germania**

In Germania, la figura professionale dell'infermiere è descritta in modo generale dalla legge, che specifica gli scopi dell'attività professionale e le conoscenze, le abilità e le capacità richieste nell'assistenza:

- Assistenza appropriata, comprensiva, sistematica del paziente a seguito di diagnosi e terapia.
- Educare e incoraggiare il paziente nella promozione della salute e di stili di vita adeguati.
- Osservazione degli aspetti fisici e psicologici del paziente, nonché degli elementi di rischio, registrandoli e partecipando al processo di diagnosi e terapia: gli infermieri creano i piani di assistenza e coordinano i processi di cura e trattamento, in collaborazione con altri professionisti.

- Espletamento di azioni rianimatorie e misure d'emergenza fino all'arrivo del medico.
- Espletamento di funzioni amministrative connesse al processo assistenziale: grazie ai sistemi informativi ospedalieri, gli infermieri possono documentare, codificare, fatturare, organizzare e amministrare il lavoro.
- Monitoraggio e gestione delle scorte farmaceutiche e loro approvvigionamento.
- Formazione e tutoraggio nei confronti degli assistenti infermieri, trasmettendo le conoscenze, le capacità e le abilità assistenziali.

La prima regolamentazione nazionale sull'assistenza risale al 1938, quando si dispose il possesso della licenza per poter esercitare le attività assistenziali.

Dal punto di vista giuridico, poi, il titolo è tutelato dalla legge, mentre non c'è altrettanta attenzione per le attività svolte, per cui non esiste la definizione di funzioni "esclusive" per il professionista infermiere. Questo è dovuto sia alla carenza del personale di assistenza e sia all'impossibilità di distinguere le attività assistenziali da quelle normalmente svolte in ospedale.

Le competenze e gli ambiti di autonomia e responsabilità prevedono la possibilità, per l'infermiere, di gestire adeguatamente il processo assistenziale, ma il fulcro delle attività resta comunque molto condizionato dalla prescrizione medica.

In Germania, infatti, l'infermiere è definito "*Erfüllung und Gehilfe des Arzt*", letteralmente "eseguito ed aiuto del medico", per cui decisioni proprie, anche semplici ed elementari non può prenderne.

Tuttavia, ad oggi la legge federale demanda ai vari Länder la gestione della figura infermieristica, con la relativa tenuta degli albi professionali.

### **3.3 Olanda**

Nel 1993 fu istituito il *National Centre for Nursing and Care* (LCVV), al fine di migliorare le condizioni professionali degli infermieri e del personale di assistenza in tutti gli ambiti di cura.

Successivamente, nel 1996 fu creato il *General Assembly of Nursing and Allied Health Professional Groups* (AVVV), che raggruppa 43 organizzazioni professionali infermieristiche con l'obiettivo di promuovere l'ambito professionale e lo sviluppo scientifico nelle cure.

In Olanda, infatti, ci sono molti fondi governativi e privati disponibili a sostegno della ricerca infermieristica, tanto che l'Università di Maastricht ha avviato dei progetti di

ricerca relativi a quattro ambiti principalmente: qualità d'assistenza; continuità delle cure; interventi sanitari professionali; psicopatologia sperimentale.

Inoltre, il *Nursing Scientific Council* (VWR) esercita la sua attività al fine di assicurare una qualità delle cure sempre più elevata, fornendo gli standard infermieristici.

In termini di organizzazione professionale, dopo aver concluso il corso e aver ottenuto il diploma di infermiere, ai fini dell'esercizio professionale è necessario registrarsi al Wet BIG, secondo cui solo i professionisti registrati in qualità di "*Verpleegkundige*" possono utilizzare il titolo, poiché in Olanda un solo tipo di titolo infermieristico è riconosciuto a livello giuridico ed è quello di "infermiere generale".

Infatti, la formazione post-base, ad oggi, non è regolamentata né riconosciuta giuridicamente, sebbene il Wet BIG abbia espresso la necessità di una regolamentazione degli infermieri specializzati.

In Olanda, come spiegato nel capitolo precedente, per la formazione infermieristica è possibile scegliere tra due percorsi: MBO e HBO, entrambi non universitari.

Gli infermieri di primo livello, che corrispondono al livello più elevato, devono valutare il bisogno assistenziale e pianificare, di conseguenza, le cure necessarie per il paziente.

In più, dirigono le colleghe di secondo livello.

Tutti gli infermieri hanno, poi, il compito di osservare e valutare le condizioni fisiche e mentali, i processi patologici, le disabilità, i disturbi mentali e le funzioni vitali, nonché occuparsi dell'assistenza del paziente che si trova in tali condizioni. È fondamentale anche che gli infermieri sviluppino rapporti con i pazienti basati sul counseling e l'ascolto attivo.

Il profilo professionale dell'infermiere olandese descrive, quindi, che esso ha il compito di:

- **Prevenzione:** rappresenta una componente importante del mandato di un infermiere e comprende la promozione della salute e l'identificazione precoce dei potenziali rischi per il paziente.
- **Promozione dell'autosufficienza:** l'infermiere si concentra sulle capacità residue del paziente e promuove le relazioni sociali.
- **Educare:** è la competenza principale dell'infermiere, che stabilisce quindi relazioni con l'assistito, i caregivers e altri professionisti.

In particolare, il profilo professionale dell'infermiere HBO può essere suddiviso in tre domini:

- *Cura*: dei malati, dei disabili e dei pazienti terminali; comprende anche la prevenzione individuale e collettiva, la promozione della salute e l'educazione. In Olanda questo ruolo viene detto "Zorgverlener" ossia "fornitore di cure".
- *Organizzazione delle cure*: le competenze di questo dominio comprendono la promozione degli strumenti per assicurare la qualità dell'assistenza e la programmazione giornaliera, settimanale, mensile ed annuale del lavoro, insieme al progetto terapeutico individualizzato per ogni paziente.
- *Professione*: comprende l'innovazione e la pratica professionale. Questo dominio rappresenta la professionalità dell'infermiere, in quanto vigila sul funzionamento dell'organizzazione dove lavora, contribuisce attivamente all'aggiornamento delle proprie conoscenze sulle ultime pratiche disponibili in letteratura tramite dei corsi privati di formazione e concorre alla formazione degli studenti.

### 3.4 Regno Unito

In Gran Bretagna le possibilità di progressione di carriera sono continue e includono ruoli avanzati nella professione infermieristica, a completamento di ulteriori studi accademici e di esperienza pratica.

Ad esempio, attualmente gli infermieri, come anche altri professionisti sanitari, possono intraprendere una formazione specifica della durata di tre anni per qualificarsi come prescrittori non medici. Questi specialisti possono, poi, prescrivere qualsiasi farmaco che abbia la licenza, a condizione che rientri nella zona individuale di competenza e nel rispettivo campo di applicazione pratica.

È opportuno, però, distinguere la figura dell'infermiere prescrittore indipendente, che corrisponde alla descrizione sopra effettuata, da quella dell'infermiere prescrittore supplementare. Il primo è autonomamente responsabile della valutazione del paziente e della prescrizione, mentre il secondo agisce nel ristretto ambito di una pianificazione terapeutica individualizzata, concordata con il medico e con il paziente.

Da diversi anni, inoltre, nel Regno Unito esistono i PGD (Patient Group Directions), ovvero documenti che costituiscono la base giuridica che abilita i professionisti sanitari, appositamente formati, a sostituire e somministrare un farmaco in una specifica situazione clinica di routine, in assenza di una prescrizione medica individualizzata. Il PGD è compilato in ogni realtà da infermieri, medici e farmacisti e viene approvato da un responsabile della struttura.

Adottare il PGD conferisce, quindi, un notevole grado di autonomia ai professionisti sanitari, elevando gli standard di efficienza del servizio, senza compromettere la sicurezza dei pazienti.

In generale, l'infermiere nel Regno Unito è responsabile delle sue azioni dirette o di omissioni, ma anche di quelle attività svolte a seguito del consiglio o della prescrizione di un altro professionista.

Il professionista deve seguire, poi, precise regole, quali:

- Rispettare il paziente o cliente come individuo: riconoscere il paziente come parte del processo di assistenza permette di identificare adeguatamente le sue necessità e i suoi bisogni, nonché di comprendere le sue preferenze riguardo il processo di cura. Quindi, l'infermiere agisce in piena responsabilità per assicurare, promuovere e proteggere gli interessi e la dignità dei pazienti.
- Ottenere il consenso prima di effettuare qualunque trattamento o cura.
- Proteggere le informazioni riservate.
- Cooperare con gli altri membri dell'equipe: paziente, famiglia, Servizio Sanitario Nazionale, volontari, ecc.
- Mantenere aggiornate le proprie conoscenze e competenze: il sistema di accreditamento e formazione continua per gli infermieri è il CPD (Continuing Professional Development), che equivale al nostro sistema di educazione continua in medicina (ECM). Il CPD prevede 40 ore obbligatorie di aggiornamento ogni 3 anni. Tutti i datori di lavoro hanno il compito di provvedere all'aggiornamento dei propri infermieri con corsi gratuiti e qualora questo impegno non venga rispettato da parte del datore, il professionista sanitario dovrà provvedere all'aggiornamento e alla sua registrazione tramite presentazione del portfolio alla NMC.
- Agire identificando e minimizzando il rischio ai pazienti: è importante quindi che l'infermiere intraprenda solo pratiche di cui accetta la responsabilità in quanto in possesso delle necessarie competenze.
- Proteggere e sostenere la salute dei pazienti e della comunità.
- Permettere che il paziente abbia fiducia in lui e si relazioni adeguatamente.
- Migliorare la considerazione professionale della categoria: al professionista è richiesto un comportamento decoroso, anche al di fuori dell'attività professionale.

L'infermiere ha, inoltre, il dovere di supportare gli studenti, in modo da contribuire allo sviluppo delle loro conoscenze e competenze, operando sempre secondo l'approccio *evidence-based*, in funzione delle migliori evidenze disponibili.



In merito ai livelli di competenza e di esperienza professionale, in Gran Bretagna esistono 5 fasce, chiamate “BAND”, che identificano la tipologia di infermiere e che vanno dall'infermerie generalista (BAND 5) al direttore infermieristico (BAND 8 e BAND 9).

Una volta raggiunti i livelli più alti, l'infermiere è responsabile della gestione del reparto e di ambulatori per pazienti esterni: ad esempio, ci sono infermieri dedicati e specialisti nella TAO, che garantiscono conoscenze e specializzazione di altissimo profilo nella gestione del paziente in TAO.

Nel Regno Unito, come già accennato nel capitolo precedente, come equivalente dell'ex IPASVI italiano c'è il *Nursing & Midwifery Council* (NMC), ovvero il Collegio che rappresenta e tutela gli infermieri e le ostetriche in Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord.

Al Collegio sono state attribuite diverse funzioni riguardanti la formazione e l'attività professionale: stabilire standard formativi e professionali; stabilire livelli accettabili di comportamento professionale per infermieri ed ostetriche ed assicurarne il mantenimento; salvaguardare la salute e il benessere delle persone che usufruiscono delle prestazioni infermieristiche.

Il Collegio si avvale, in particolare, di quattro comitati:

1. Comitato di Ricerca
2. Comitato di Competenza e di Condotta
3. Comitato sulla Salute
4. Comitato di Ostetrica

In più, il Collegio ha il compito di approvare o rifiutare l'istituzione di nuovi corsi, qualifiche e istituzioni formative.

Infine, anche in Gran Bretagna è presente un Codice Deontologico, chiamato *Code of Ethics*, approvato nel 2015, che vincola tutti gli infermieri inglesi iscritti all'NMC, il Collegio nazionale. L'ultima revisione aggiornata del Codice è del 10 ottobre 2018.

Il Codice si struttura in quattro grandi capitoli, preceduti da un'introduzione che chiarisce gli scopi dello stesso: fornire standard di condotta dei professionisti, che facciano da guida per l'infermiere al fine di erogare un'assistenza di alta qualità e di garantire la salvaguardia della salute e del benessere del cittadino.

Il testo è strutturato, come già anticipato, in quattro sezioni principali, che rappresentano i principali obiettivi del professionista infermiere:

- Dare priorità alle persone;
- Esercitare la professione efficacemente;
- Preservare la sicurezza;

- Promuovere l'agire professionale e la fiducia.

In altri termini, si definiscono i rapporti tra l'infermiere e il paziente, con gli altri operatori e con i soggetti istituzionali.

### 3.5 Spagna

In Spagna, a definire la figura professionale dell'infermiere è il "*Decalogo Professionale*", che introduce per la prima volta il concetto di "infermiere facoltativo", inteso come un professionista che gode di una facoltà, quindi autonomo.

Di conseguenza, la legge ha attribuito al professionista sanitario la prestazione personale di cura e i servizi propri del suo ambito di competenza, nelle varie fasi del processo di attuazione di salute, senza riduzione delle competenze, responsabilità ed autonomie proprie degli altri professionisti che intervengono e collaborano in tale processo.

Superata, quindi, la definizione di "funzione subordinata all'attività del medico" della professione infermieristica, all'infermiere spetta la missione di "*prestare attenzione alla salute degli individui, delle famiglie e della comunità in tutte le tappe del ciclo vitale e nei processi di sviluppo*".

Per realizzare questa missione l'infermiere deve attuare interventi basati su principi di carattere umanistico ed etico, nonché scientifico, in quanto la sua attività deve basarsi sull'uso dell'evidenza scientifica e di risorse cliniche e tecnologiche adeguate.

L'infermiere diviene, quindi, un professionista legalmente abilitato, responsabile della sua attività professionale, con conoscenze, competenze e abilità idonee al suo ruolo professionale e che basa la sua pratica sull'evidenza scientifica. Al professionista sono riconosciute, dunque, funzioni proprie in diversi ambiti, quali: assistenza, ricerca, docenza e gestione clinica.

Si delinea un ruolo indipendente dell'infermiere, che è responsabile della pianificazione, attuazione, valutazione, direzione e prestazione delle cure, mirate alla prevenzione, promozione e recupero della salute degli individui, delle famiglie e della comunità tutta. Da ciò deriva l'esigenza, per l'infermiere, di una formazione manageriale e di una preparazione che sviluppi le capacità di ricerca del professionista, per poter fornire tutte le competenze necessarie in un setting interdisciplinare.

Quanto sopra esposto, in riferimento alla figura professionale dell'infermiere, è stato definito dal *Regio Decreto n.1231 dell'8 novembre 2001*, che rappresenta una vera e propria pietra miliare nella storia infermieristica spagnola in quanto per la prima volta include una regolamentazione espressa dei principi di base della professione, ma approva

anche il nuovo statuto generale dell'Organizzazione infermieristica spagnola e i nuovi organi del Consiglio Generale e i loro poteri.

L'organo spagnolo che rappresenta la categoria professionale è, infatti, l'“*Organización Colegial de Enfermería*”, creata nel 1902 ed essenzialmente composta dal Consiglio Generale di Infermieristica (*Consejo General de Enfermería*), 17 Consigli autonomi e 52 Collegi provinciali, che sono articolati come enti di diritto pubblico tutelati dalla Legge e riconosciuti dallo Stato e dalla Costituzione.

Il Consiglio Generale è l'entità che raggruppa, coordina e rappresenta esclusivamente la professione infermieristica e tutte le Associazioni Infermieristiche Ufficiali della Spagna, nella sfera nazionale e internazionale. Nell'ambito delle sue competenze e in conformità con le disposizioni della Costituzione e delle leggi, il Consiglio ordina la pratica professionale e difende gli interessi dei pazienti e dei professionisti, esercitando il potere disciplinare.

Gli organi del Consiglio Generale sono:

- *Assemblea Generale*: è l'organo supremo ed è composta dai presidenti dei Collegi provinciali e dai membri del Comitato Esecutivo.
- *La Plenaria*, formata dai seguenti membri: presidente del Consiglio Generale, presidenti dei Consigli Autonomi, presidente della Commissione deontologica nazionale, presidente dell'Istituto superiore di accreditamento e sviluppo professionale delle infermiere, membri del Comitato Esecutivo e altri rappresentanti di diversi settori professionali.
- *Consiglio inter-autonomo*: è l'organo consultivo ed è composto dai presidenti dei Consigli Autonomi e dai membri del Comitato Esecutivo.
- *Comitato Esecutivo*: composto da un presidente, tre vice presidenti, un segretario generale, un vice segretario generale, un tesoriere e un vice tesoriere.
- *Commissione Permanente*: svolge funzioni affidategli dalla Plenaria e dal Comitato Esecutivo, è attualmente composta da quattro membri, tra cui il presidente e il segretario del Comitato Esecutivo.

Accanto all'Organizzazione infermieristica nazionale c'è il SATSE, ovvero il più grande sindacato di categoria (“*Sindicato de Enfermería*”) che dal 1979 lotta per i diritti dei professionisti e lavora giorno per giorno per lo sviluppo della professione, nonché per l'aumento del riconoscimento sociale della professione infermieristica.

In Spagna, l'assistenza sanitaria integrale è data da diversi fattori, come la cooperazione multidisciplinare, l'integrazione dei processi e la continuità assistenziale.

L'unità di base è, quindi, l'equipe mono o multiprofessionale ed interdisciplinare, per garantire servizi idonei in termini di efficacia ed efficienza.

Il sistema spagnolo prevede, inoltre, la partecipazione dei professionisti nello sviluppo e nella pianificazione delle professioni, che sono tutte rappresentate nella Commissione Consultiva.

Negli anni il Collegio spagnolo e il SATSE si sono battuti per l'approvazione del Regio Decreto sulla prescrizione infermieristica, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale spagnola ed entrato in vigore il 24 dicembre 2015.

Il Regio decreto di fatto, però, limitava l'autonomia prescrittiva dell'infermiere, rendendo complicata la prescrizione di farmaci e di presidi di assistenza da parte degli infermieri.

Dopo numerose polemiche, quindi, relative ad alcuni articoli del Decreto, il 24 ottobre 2017 l'accordo tra la Federazione Spagnola dei Medici (FPME) e il Tavolo della Professione Infermieristica per la modifica del Regio Decreto sulla prescrizione infermieristica è diventato realtà, con la mediazione da parte del Ministero della Salute.

In particolare, è stato modificato l'articolo 3.3 che ha permesso di stilare protocolli e linee guida che permettono di regolamentare la prescrizione infermieristica, con e senza la supervisione del medico, e senza che gli infermieri abbiano una formazione aggiuntiva al corso di laurea, per cui dovranno procedere solamente all'accreditamento.

Nello specifico i tipi di prescrizione infermieristica saranno due:

- Prescrizioni che necessitano di una supervisione medica, a cui comunque l'infermiere può variare i dosaggi (ad esempio, l'insulina per i diabetici o la regolazione degli anticoagulanti). Per consentire agli infermieri la prescrizione di farmaci soggetti a prescrizione medica bisognerà fare riferimento ai nuovi protocolli e linee guida di pratica clinico- assistenziale, sviluppate dalla Commissione Permanente di Farmacologia.
- Prescrizioni che non hanno bisogno di indicazione medica (ad esempio, per i vaccini o per il trattamento delle ulcere da pressione).

Dall'analisi comparata effettuata emerge come l'organizzazione professionale sia estremamente eterogenea, in quanto in alcuni Stati europei è molto ben strutturata e consolidata, sia per quanto riguarda la rappresentanza istituzionale sia per il riconoscimento sociale della professione, con Federazioni nazionali che hanno una forte rappresentatività a livello nazionale e internazionale. In altri paesi, invece, seppure vi è un riconoscimento istituzionale, questo è costituito da Albi professionali tenuti

direttamente dal Ministero della Salute o Consigli nazionali che esprimono più professioni contemporaneamente, anche molto distanti tra loro. Infine, in alcune nazioni c'è un riconoscimento della figura dell'infermiere, ma manca quello relativo all'aspetto professionale, che fa sì che vengano attribuite al professionista autonomia e responsabilità nel proprio ambito di competenza e attività.

In riferimento agli aspetti etico-deontologici, in alcuni Stati il codice è presente nella sua forma originaria, quindi scritto dagli stessi professionisti, mentre in altri il codice deontologico è una legge dello Stato. Altri paesi ancora si riferiscono al codice deontologico internazionale ICN (*International Council of Nurses*).

Inoltre, la definizione dell'attività professionale infermieristica è notevolmente variabile a seconda dello Stato a cui ci riferiamo: il profilo professionale specifico è presente solo in alcune nazioni.

Relativamente alla normativa che regola le attività professionali, ci sono casi in cui è lo Stato ad emanare leggi specifiche sulle attività delle professioni sanitarie, e casi in cui è l'ente che ha in carico il professionista a fare da garante delle sue capacità e competenze.

Un altro aspetto in cui si riscontrano differenze riguarda l'autonomia professionale, infatti, ci sono realtà in cui le competenze e l'ambito di autonomia del professionista vengono stabilite dal grado di formazione e dal livello di esperienza, mentre in altre questi aspetti professionali sono determinati e standardizzati indipendentemente dal livello di formazione post-base.

## **CAPITOLO IV**

### **IPOTESI SUL POTENZIAMENTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA**

L'elaborato sino ad ora è stato svolto con l'obiettivo di analizzare i diversi scenari della formazione infermieristica europea, rispetto ai percorsi di base e specialistici oltre che all'organizzazione professionale, nello specifico di competenze e responsabilità degli operatori sanitari.

Ciò che è risultato dal lavoro che ho effettuato fa emergere la necessità di riflettere su quanto ancora c'è da fare riguardo la crescita e l'integrazione sostanziale in Europa.

In ogni caso, l'analisi del contesto europeo ci spinge a riflettere su delle questioni ancora aperte in Italia, in merito alla professione infermieristica, e sulle quali è necessario soffermarsi per permettere, poi, un reale confronto con i Paesi comunitari.

La prima riflessione riguarda la formazione di base che, pur essendo riconosciuta come una tra le migliori in Europa e con il grande valore di far conseguire un titolo abilitante che consente ai laureati l'ingresso diretto al mondo del lavoro, potrebbe essere potenziata e ampliata con un periodo di sei mesi più lungo o, addirittura, con un anno aggiuntivo all'attuale laurea triennale da utilizzarsi come opportunità per poter redistribuire il tirocinio clinico, permettendo agli studenti una valorizzazione e una piena acquisizione dell'esperienza formativa.

In merito alla formazione avanzata post laurea triennale da tempo ci si confronta sulla necessità di finalizzarla all'acquisizione di competenze specialistiche realmente rispondenti ai nuovi e complessi bisogni di salute, soprattutto grazie alla comunicazione e all'incontro tra il mondo sanitario e quello accademico.

La finalizzazione dell'offerta formativa specialistica porterebbe, quindi, ad un livello professionale avanzato tale da permettere il raggiungimento degli standard di alcuni Stati europei.

In merito a questo tema ho intenzione di porre l'attenzione in particolare su due momenti di confronto che si sono rivelati fondamentali.

Nello specifico, il 7 novembre 2016 si è tenuta, a Catanzaro, la prima Giornata Nazionale sulla formazione infermieristica, organizzata dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. In questa occasione, si è ampiamente discusso della necessità di ridefinire il quadro formativo infermieristico in Italia, trattando di problemi aperti in merito alla

formazione di base, come sopra esposto, e, in particolare, alla formazione specialistica e ai Master.

Circa questi ultimi si è sentita la necessità di controllare l'offerta formativa degli atenei affinché questa risponda ai bisogni assistenziali reali del mondo sanitario.

In quella sede è stato dato mandato all'Osservatorio delle Professioni Sanitarie affinché garantisca questi obiettivi formativi. Infatti, la tematica della formazione post-laurea rappresenta un argomento in discussione presso l'Osservatorio, che riunisce il Ministero della Salute, il Ministero dell'Università e gli Ordini Professionali.

Siamo giunti, quindi, al 14 settembre 2019 quando, a Bologna, durante la Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, è stato realizzato *“L'incontro tra la formazione accademica e il mondo dei servizi sanitari – Esplorare nuove idee e sfide per la formazione”*.

In tale occasione, dopo un dibattito sulla necessità di offrire ai professionisti una formazione avanzata post laurea triennale che permetta loro di sviluppare competenze specialistiche, si è arrivati all'approvazione del *“Documento di Consenso sui Criteri di progettazione, gestione, conduzione e valutazione dei Master per le funzioni Specialistiche delle 22 professioni sanitarie - Master Trasversali, Interprofessionali e Specialistici”*.

In particolare, nel documento proposto si indicano quali sono i principali criteri di qualità che i Master specialistici, offerti dalle Università e mirati a certificare specifiche competenze, dovrebbero soddisfare, ovvero:

- I Master dovrebbero nascere da un confronto tra il servizio sanitario, sia pubblico che privato, e le Università, in modo da essere finalizzati e rispondere ai reali bisogni di salute emersi, permettendo così di stabilire la priorità di competenze specialistiche. Per cui, è necessaria e fondamentale la comunicazione tra mondo sanitario e atenei, pur nel rispetto dell'autonomia di questi ultimi.
- I Master dovrebbero essere *“attivati solo dagli Atenei che prevedono il Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia e i Corsi di Laurea triennale e magistrale delle professioni sanitarie e non da Università telematiche”*, proprio per la necessità di conferire un'effettiva spendibilità delle diverse tipologie di competenze infermieristiche nel mercato del lavoro.
- Un altro requisito di qualità che si ritiene indispensabile è la durata minima di un anno dei Master e *“la possibilità che questi siano proposti con percorsi flessibili e tasse di iscrizione contenute, per facilitare la partecipazione e la qualità dell'offerta formativa”*.

- Inoltre, i Master offerti dovrebbero: prevedere importanti esperienze di tirocinio e stage ben organizzati presso strutture accreditate e convenzionate; dichiarare in modo trasparente il profilo di competenza atteso; predisporre una valutazione dell'apprendimento e una reale certificazione delle competenze specialistiche raggiunte.

A tutto ciò va premesso che l'Osservatorio delle Professioni Sanitarie il 17 dicembre 2018 ha concluso un documento sui Master Specialistici, contenente 90 Master divisi in tre tipologie:

- Master Trasversali: rivolti a tutte o parte delle Professioni Sanitarie con contenuti organizzativo-gestionali, didattici e di ricerca.
- Master Interprofessionali: rivolti a due o più Professioni Sanitarie su tematiche a forte integrazione interprofessionale.
- Master Specialistici di ciascuna professione: prevedono lo sviluppo di competenze specialistiche di ogni Professione Sanitaria.

Questo accordo, con i criteri di qualità che ha sviluppato, permette l'ampliamento di competenze specifiche, spendibili nell'assistenza infermieristica, che non potranno che rafforzare l'autonomia nell'esercizio professionale, già riconosciuta grazie al profilo professionale (D.M. 739/94) e ribadita dalla L.42/99, dalla L.251/2000 e dal Codice Deontologico.

Questo documento ha cercato, quindi, di sistematizzare l'offerta formativa individuandone dei requisiti, proprio per l'esigenza di far fronte all'insorgere dei nuovi problemi sanitari e sociali e di rispondere ai bisogni complessi di salute, che sono stati rilevati e originati da una serie di condizioni, quali ad esempio: il continuo aumento del numero di popolazione anziana, che crea maggiori condizioni di fragilità; l'adozione di stili di vita che possono portare a malattie croniche; l'aumento dei problemi ambientali, che influiscono sulla salute; le crescenti aspettative degli utenti riguardo l'assistenza sanitaria.

L'esistenza di un'offerta formativa, che ci permetta di affinare conoscenze e strumenti professionali in risposta a questi problemi complessi, renderebbe, quindi, la professione infermieristica ancora più forte, più competente e necessariamente più autonoma, condizione questa direttamente proporzionale alle conoscenze e alle competenze possedute dai professionisti.

L'altro strumento che abbiamo a disposizione per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica e, quindi, lo status della professione è la ricerca, che permette



all'infermiere di intervenire nei suoi campi specifici, documentando la propria attività con dati e numeri e valutando i bisogni complessi che si trova ad affrontare.

La ricerca consente, quindi, in seguito alla valutazione della pratica, di definire e validare le conoscenze, in modo da poterle diffondere per il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale e di comunità. Pertanto, gli infermieri dovranno collaborare al fine di individuare strategie e proposte di intervento che rappresentino la guida e il sostegno per la pratica infermieristica e la disciplina tutta.

Una professione scientifica, infatti, si regge sul monitoraggio costante dell'attività attraverso una raccolta dati e l'elaborazione di questi è indispensabile all'orientamento dell'attività per trovare strategie e soluzioni.

In particolare, le attività di ricerca possono essere mirate a problemi e a situazioni specifiche, al tipo di utenza che si incontra, così da orientare le scelte in un senso o nell'altro, poiché l'obiettivo principale della ricerca è proprio quello di rendere sempre più efficace ed efficiente l'assistenza verso nostri pazienti e dall'altra parte migliorare anche le condizioni di lavoro per il personale.

Il 1 novembre 2018 è stato avviato un progetto europeo chiamato *“ProCare – Hospitals and faculties together for prosperous and scientific based healthcare”* (*“ProCare - Ospedali e facoltà insieme per un'assistenza sanitaria prospera e scientifica”*), con l'intento di potenziare il profilo della ricerca infermieristica per un'assistenza efficace, di qualità e basata sulle evidenze, migliorando sia la capacità di ricerca che la cooperazione tra Università e Ospedali.

Il progetto si articola in 36 mesi, per un periodo che va dal 2018 al 2021, e affronta due questioni complesse: la mancanza di conoscenza della ricerca tra gli infermieri e la scarsa alleanza di ricerca tra ospedali e istituti di istruzione superiore. Il progetto ha cinque obiettivi fondamentali:

- Costruire infrastrutture con una leadership di ricerca a supporto di un ambiente attivo di ricerca: analisi dell'ambiente di lavoro infermieristico e dei fattori favorevoli/ostacolanti la ricerca; istituzione di gruppi di ricerca infermieristica; identificazione di mentori di ricerca ospedalieri e in università.
- Migliorare l'accesso alle opportunità di formazione e supporto alla ricerca: sviluppare un programma di apprendimento online innovativo che affronti il deficit di competenze/conoscenze dei professionisti nella ricerca; creazione di journal club negli ospedali per facilitare il pensiero critico, la valutazione e l'apprendimento sulla ricerca.

- Identificare le priorità di ricerca nella pratica, affrontandole congiuntamente con l'Università, in modo da creare nuove conoscenze e condizioni per migliorare la pratica.
- Incoraggiare collaborazioni di ricerca intra-disciplinare e multidisciplinare, con la costituzione di gruppi di ricerca e club di riviste.
- Potenziare il profilo delle ricerche condotte dagli infermieri, incoraggiandoli a presentare abstract a conferenze e riviste e migliorando le capacità di scrittura degli articoli scientifici.

Quanto appena esposto è necessario in quanto, nell'assistenza sanitaria contemporanea, gli infermieri sono considerati, allo stesso tempo, utenti e generatori di evidenze e prove per sostenere la loro pratica: nello specifico, come utenti possiedono competenze per cercare le evidenze disponibili e valutarle criticamente; come generatori, sono in grado di ricercare quesiti all'interno della loro pratica clinica di ogni giorno e di produrre risultati applicabili nelle realtà professionali.

In merito all'ampliamento delle competenze è opportuno tenere conto di ciò che accade in alcuni Paesi dell'Unione Europea.

In particolare, in diversi Stati membri il processo di valorizzazione della professione infermieristica è già ad un livello avanzato, in quanto esistono ad esempio percorsi accademici che formano i *“Nurse practitioner prescriber”* inglesi o gli *“Enfermeros prescriptores”* spagnoli.

In Italia, in occasione del primo congresso dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche FNOPI avvenuto il 7 marzo 2018, il Direttore Generale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha aperto un dibattito, che non ha ottenuto il favore dei partecipanti al congresso, in merito alla possibilità di consentire agli infermieri la prescrizione di alcuni farmaci, evidenziando come questo possa avvenire prendendo in considerazione modelli già esistenti in alcuni Paesi europei, in cui le diverse legislazioni hanno creato le basi concrete per questo sviluppo.

A questo proposito, infatti, è inevitabile citare l'esempio del Regno Unito, nel quale l'infermiere ha la possibilità di prescrivere un numero ristretto e ben definito di farmaci, nel contesto di un piano clinico specifico, in seguito a diagnosi medica. Un'altra esperienza di rilievo è quella della Spagna, in cui gli infermieri sono autorizzati a prescrivere tutti i farmaci attualmente senza l'obbligo di ricetta medica, più una ristretta selezione di medicinali etici, per i quali sono previsti protocolli e linee guida concordati tra l'Ordine dei Medici e l'Ordine della Professione Infermieristica.

In Francia, invece, nel marzo 2018 è stata presentata la bozza della Legge sulla Salute, che prevede l'introduzione di nuove competenze e garantisce "specificata autonomia" per gli operatori sanitari definiti IPA (infermieri di pratica avanzata), i quali, con l'ausilio del medico e sotto la sua supervisione, potranno partecipare attivamente alla presa in carico del paziente affetto da patologie croniche stabilizzate (ad esempio diabete o Alzheimer), patologie psichiatriche e neoplasie.

Tuttavia, anche in Francia non mancano critiche e resistenze.

Dopo tutto resta, però, la necessità di porre in evidenza una considerazione inevitabile, quella legata alla sovrapposizione di ruoli, tra infermiere e medico: come espresso dal documento "*Closing the gap, increasing access and equity*", stilato nel 2011 dall'*International Council of Nursing* (ICN), la prescrizione infermieristica, infatti, non va e non può essere letta né in termini "concorrenziali" con la professione medica, né tantomeno in termini di subordinazione, ma rappresenta un campo di azione e di sviluppo finalizzato a sostenere il percorso diagnostico-terapeutico del paziente e i bisogni di salute della comunità, nonché a garantire e monitorare la compliance terapeutica, l'equità delle cure e la sostenibilità di un sistema sanitario universalistico, favorendo l'accesso ai farmaci da parte delle fasce più deboli della popolazione.

Oltre a ciò, riguardo al processo di sviluppo e di ampliamento delle competenze nella professione infermieristica, ho intenzione di spendere alcune righe per trattare di una branca relativamente recente della nostra disciplina, l'infermieristica legale – forense, che si propone di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, con lo scopo di promuovere la sua corretta applicazione in una serie di settori.

L'origine della figura dell'infermiere forense è da ricercarsi negli Stati Uniti attorno agli anni '80, quando venne fondata la prima associazione degli infermieri forensi americani, l'*American Forensic Nurses* (AFN), che ancora oggi si occupa della formazione dei suoi membri.

In Italia il riconoscimento di tale figura, pur essendo la prima nazione fuori dagli USA a definirla, è avvenuto tra il 2005 e il 2006 con l'istituzione dei primi Master universitari.

L'infermiere legale – forense deve, in particolare, esprimere una valutazione obiettiva dell'operato e della condotta dei colleghi infermieri, nonché degli operatori sanitari di supporto, riuscendo a stabilire fatti penalmente perseguibili scaturiti da procedure e tecniche infermieristiche o di assistenza attuate con imprudenza, imperizia o inosservanza di leggi e regolamenti.

Nonostante le significative trasformazioni che, nell'ultimo decennio, hanno portato all'evoluzione della professione infermieristica italiana, dando vita a continue riflessioni sulle nuove e complesse competenze che l'infermiere è chiamato a garantire, l'infermieristica forense, così come altri campi di specializzazione, fatica ad avere spazi e a decollare in Italia.

In ogni caso, i traguardi raggiunti, seppur non definitivi, sono incoraggianti nel continuare, con impegno, la formazione di professionisti che sappiano rispondere adeguatamente alla domanda di salute e alle esigenze di cura di una società in rapida evoluzione.

## CONCLUSIONI

Nell'analisi di un progetto di potenziamento dell'infermiere di domani la prima riflessione nasce, innanzitutto, in merito al problema della lingua, dell'eterogeneità di popoli e delle culture che compongono l'Europa: dobbiamo fare i conti, soprattutto, con questa realtà, nell'ipotizzare un infermiere di domani che possa avere realmente un'ampia prospettiva sull'Europa e nell'Europa.

In secondo luogo, pur parlando di formazione infermieristica universitaria per la maggior parte dei Paesi membri, in realtà ci sono delle differenze che connotano in maniera diversa la professione, oltre a difformità sulla visione del potere decisionale del professionista, come ad esempio in Gran Bretagna e Spagna dove gli infermieri hanno anche il potere di prescrizione farmacologica.

È chiaro che, se volessimo parlare di un "infermiere europeo", questo potremmo raggiungerlo soltanto quando a livello comunitario, in seguito a direttive chiare sui programmi di formazione, su organizzazione professionale, su ruolo e funzioni dell'infermiere, su autonomia e responsabilità, possa definirsi un profilo con indicatori specifici, che valutino proprio l'applicazione del modello nei singoli stati.

Ad oggi la formazione infermieristica in Europa ha seguito un percorso di crescita che ha prodotto sicuramente dei professionisti capaci, competenti, pronti anche ad affrontare problematiche assistenziali complesse.

Per creare dei veri percorsi integrativi dei professionisti, in funzione dei contesti dove essi operano con le inevitabili differenze normative e sociali, l'interlocutore ideale può essere rappresentato da un organismo sovranazionale, come la FEPI, in grado di supervisionare i modelli integrativi nel contesto europeo e seguirne l'evoluzione.

Pur in presenza delle differenze suddette in merito alla formazione universitaria e all'organizzazione professionale, rimane certa la presenza di un Codice Deontologico, che in tutti i Paesi orienta e guida il professionista a collocare la persona al centro di tutto il processo assistenziale.

L'infermiere di domani, in una globalizzazione sempre crescente, è necessariamente chiamato ad ampliare la sua visione del mondo, a comprendere culture diverse, anche lontane dalla propria, ad adattarsi a una costante evoluzione sociale e ad un confronto continuo con colleghi di altre culture, in modo da essere in grado di offrire una reale assistenza olistica.

## BIBLIOGRAFIA

- Alvaro R., Germini F., Sasso L., Suma G. *Analisi comparata della formazione infermieristica nella Comunità Europea e percorsi integrativi*. Napoli: EdiSES; 2007.
- Benci L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. VI ed. Milano: McGraw-Hill; 2011.
- Brugnolli A., Saiani L. *Trattato di cure infermieristiche*. II ed. Sorbona / Idelson-Gnocchi; 2013.
- Calamandrei C. *Manuale di management per le professioni sanitarie*. IV ed. McGraw-Hill Education; 2015.
- Humar L., Sansoni J. (2017). *Bologna Process and Basic Nursing Education in 21 European Countries*. *Ann Ig*. 2017; 29: 561-571.
- Lahtinen P. et al. (2013). *Nursing education in the European higher education area - variations in implementation*. *Nurse Educ. Today* 2014 Jun; 34(6): 1040-7.
- Palese A. et al. (2013). *Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area: a discussion paper*. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2014; 11(1): 63–73.

## SITOGRAFIA

- [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)
- [www.cnai.info](http://www.cnai.info)
- [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)
- [www.nursetimes.org/infermieristica-storia-ed-evoluzione-della-nostra-professione/](http://www.nursetimes.org/infermieristica-storia-ed-evoluzione-della-nostra-professione/)
- [www.associazione-animo.it](http://www.associazione-animo.it)
- [www.processodibologna.it/](http://www.processodibologna.it/)
- [www.consejogeneralenfermeria.org](http://www.consejogeneralenfermeria.org)
- [www.satse.es](http://www.satse.es)
- [www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr)
- [www.rijksoverheid.nl/](http://www.rijksoverheid.nl/)
- [www.dkgev.de/](http://www.dkgev.de/)
- [www.nmc.org.uk/](http://www.nmc.org.uk/)

## RINGRAZIAMENTI

Desidero spendere due parole di ringraziamento nei confronti di tutte le persone che mi hanno sostenuto e aiutato durante questo percorso.

Ringrazio, anzitutto, la prof.ssa Tommasi, relatrice di questa tesi di laurea, per avermi fornito tutti gli strumenti di cui avevo bisogno per intraprendere la strada giusta e portare a compimento la mia tesi, nonché per l'immensa disponibilità e la precisione dimostratemi durante tutto il periodo di stesura.

Un grande ringraziamento alla mia famiglia, mia madre Veronica, mio padre Francesco e mia sorella Benedetta, che con il loro instancabile sostegno mi hanno permesso di arrivare fin qui, contribuendo alla mia formazione personale. Un particolare grazie va a mia madre per la sua costante presenza, che ha rappresentato per me conforto e stimolo nei momenti di maggiore difficoltà, rendendo possibile il raggiungimento di questo traguardo.

Vorrei ringraziare anche mia nonna Anna, che con il suo immenso affetto e sostegno ha reso questo traguardo ancora più prezioso. Grazie nonna per non avermi fatto mai mancare i tuoi consigli durante questi anni, soprattutto prima degli esami quando mi vedevi un po' agitata. Grazie anche per non avermi fatto mai mancare la tua chiamata al termine di ogni esame, per complimentarti con me a prescindere da come fosse andata.

Un grazie speciale va al mio fidanzato Federico che ha sopportato i miei momenti di crisi e di ansie profonde, dimostrandomi sempre il suo amore e il suo supporto in ogni circostanza. Grazie per avermi sempre ascoltata, sostenuta, aiutata e incoraggiata in questi anni.

Un immenso grazie a mia cugina Nastasia, un pezzo del mio cuore, per esserci sempre, per avermi supportato e sopportato nei miei momenti peggiori e per comprendermi anche solo da uno sguardo. Grazie per avermi sempre motivato ad andare avanti nel mio percorso senza mai mollare.

Grazie alle amiche di una vita, Federica e Ilaria, per avermi regalato degli anni meravigliosi e per essere ancora al mio fianco nell'inizio di un nuovo capitolo della mia vita. Grazie perché in tutti questi anni abbiamo condiviso gioie, successi, dolori e sconfitte, rimanendo sempre unite e forti, insieme.

Grazie alle mie compagne e amiche di Università, ora colleghe, per aver condiviso, in questi tre anni, sacrifici e ansie prima di ogni esame, ma anche gioie e spensieratezza nei momenti più belli.

Ringrazio, quindi, tutti coloro che hanno reso possibile il raggiungimento di questo traguardo.