



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La formazione infermieristica nella Repubblica
Moldova: un confronto storico con la realtà italiana**

**Nursing education in the Republic of Moldova: a
historical comparison with the Italian reality**

Relatore: Chiar.mo

Dott.ssa Alfia Amalia Lizzi

Tesi di Laurea di:

Aurelia Ciocirlan

Correlatore: Chiar.mo

Dott. Giordano Cotichelli

A.A. 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	2
1. INTRODUZIONE	3
2. OBIETTIVO	6
3. MATERIALI E METODI	7
4. RISULTATI	8
5.1 DISCUSSIONE	10
5.1.1 Evoluzione della formazione “Asistent medical” in Repubblica Moldova	11
5.1.2 Evoluzione della formazione infermieristica e normativa in Italia	20
5.1.3 Da Arte Ausiliaria a Professione Sanitaria	22
5.1.4 L’Infermiere all’Università	24
5.2 ANALISI COMPARATA DELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO IN MOLDAVIA E IN ITALIA.	27
5.2.1 La formazione pratica in Italia	29
5.2.2 Le differenze	30
5.3 IL CONFRONTO DELL’INFERMIERE NEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI MOLDAVO E ITALIANO.	31
5.3.1 L’infermiere nel Sistema Sanitario Moldavo	31
5.3.2 L’infermiere nel Sistema Sanitario Italiano	35
5.3.3 Le differenze tra un assistent medical moldavo e un infermiere italiano	39
6. CONCLUSIONI	40
BIBLIOGRAFIA	43
SITOGRAFIA	44

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La modernizzazione dei percorsi formativi della professione infermieristica ha interessato, nel corso del XX secolo, i vari Paesi della terra con una cadenza cronologica differente e con una definizione di programmi e percorsi inizialmente diversi, in seguito adattati a comuni standard internazionali. Per questo può essere utile prendere in considerazione due differenti percorsi evolutivi della formazione dei professionisti infermieri: quello italiano e quello moldavo, mettendo così a confronto due realtà sociali, politiche, culturali, economiche e storiche molto differenti tra loro.

Punti in comune e differenze relative alla professione infermieristica possono essere analizzate lungo un percorso di sviluppo storico che permette, nella situazione attuale, di poter capire peculiarità di rilievo legate ora al contesto sociale di riferimento ora alla dimensione universalistica della professione.

OBIETTIVO: attraverso i due differenti percorsi formativi si potrà delineare maggiormente l'identità professionale divisa fra dimensione scientifica e caratteristiche nazionali.

MATERIALI E METODI: lo studio prenderà in esame fonti storiche secondarie e fonti giuridiche primarie al fine di tracciare una sequenza temporale e definire gli aspetti dell'obbiettivo della ricerca.

RISULTATI: al fine di illustrare i risultati della mia ricerca storica è utile la costruzione di una timeline che mostri ad impatto immediato l'evoluzione differenziata nei due Paesi.

PAROLE CHIAVE: nursing, formazione, infermieristica, storia, cultura.

CONCLUSIONI: con questo elaborato ho cercato di dare, per quanto mi è stato possibile, un'idea di quella che è la formazione attuale dell'infermiere in due diverse nazioni. Ho cercato di rappresentare le caratteristiche peculiari dei due percorsi formativi ma, soprattutto, di evidenziare le difficoltà nell'affrontare lo stesso percorso di studio professionalizzante nei due diversi Paesi, pur con le stesse nozioni di anatomia. Difficoltà che nascono da tempi e, a volte, tecniche di apprendimento molto diverse. Come spesso accade, il confronto è molto utile a far emergere peculiarità e differenze. Nel nostro caso ci permette anche di mettere in evidenza ciò in cui il percorso formativo italiano eccelle e ciò che invece potrebbe (e dovrebbe) migliorare nella Repubblica Moldova.

1. INTRODUZIONE

Il desiderio di scrivere questa tesi nasce dalla necessità di riflessione e valorizzazione della mia pratica formativa e lavorativa come infermiera in Moldavia e dell'esperienza formativa nel corso di Laurea in Infermieristica in Italia. Da questo confronto è emersa una domanda: "La formazione infermieristica è ancora in fase di sviluppo in Repubblica Moldova? Quali sono le implicazioni per il futuro?" La formazione infermieristica è il processo di acquisizione delle conoscenze, delle abilità e delle competenze necessarie per esercitare la professione di infermiere. È un processo complesso e articolato, che varia a seconda dei Paesi. A livello globale, la formazione infermieristica è regolamentata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS raccomanda che questo percorso formativo abbia una durata minima di tre anni e che sia condotto in un contesto accademico, dovrebbe anche includere un'ampia componente pratica che permetta agli studenti di acquisire le competenze cliniche e di sviluppare le proprie capacità di pensiero critico e decisionale. In base ai dati dell'OMS, nel 2022 il mondo conta circa 28 milioni di infermieri. La maggior parte di loro si concentra nei Paesi sviluppati, dove rappresenta circa il 70% della forza lavoro sanitaria. I Paesi in via di sviluppo, invece, hanno una carenza di infermieri, che si stima sia di circa 6 milioni. La formazione infermieristica è un investimento importante per la salute pubblica. Gli infermieri sono responsabili di fornire assistenza sanitaria a milioni di persone in tutto il mondo, ecco perché una preparazione specialistica di qualità è essenziale per garantire che gli infermieri siano in grado di fornire un'assistenza di alto livello ai pazienti. Ecco alcuni dei principali obiettivi della formazione infermieristica:

- Fornire agli studenti le conoscenze e le competenze necessarie per esercitare la professione infermieristica;
- Sviluppare le capacità di pensiero critico e decisionale degli studenti;
- Preparare gli studenti ad affrontare le sfide del mondo reale.

Nel XX secolo, la formazione infermieristica ha continuato ad evolversi per rispondere alle nuove esigenze della società. In questo periodo, sono state introdotte nuove teorie e metodologie infermieristiche e sono stati sviluppati nuovi programmi di formazione specifica, che si sono adeguati alle esigenze dei diversi Paesi e Regioni. La formazione

infermieristica è un processo continuo, che si adatta alle esigenze della professione e alle innovazioni scientifiche e tecnologiche. L'OMS raccomanda che i Paesi investano nella preparazione dei nuovi futuri infermieri per garantire che la professione sia in grado di rispondere alle esigenze della salute pubblica del XXI secolo. Il percorso formativo specifico si è evoluto per rispondere alle nuove esigenze della società.

Questa rapida evoluzione mi ha portato ad esaminare il lungo percorso compiuto dalla nostra professione, a valutare come eravamo ieri, come siamo oggi e come sarà l'infermiere di domani. Negli ultimi anni si è riscontrata una sempre crescente richiesta di comprensione e soddisfacimento dei bisogni del paziente; di risoluzione dei suoi problemi di salute e dei bisogni sociali, prendendo in carico le sue richieste, utilizzando gli strumenti e i protocolli a disposizione, per gestire al meglio il percorso terapeutico più adeguato alle sue esigenze. Questo mio lavoro prevede di evidenziare il percorso storico-legislativo sull'evoluzione della formazione della professione infermieristica in Repubblica Moldava e la realtà formativa italiana. Tutto l'elaborato verterà sul confronto tra queste due realtà, perché nel pensare all'infermiere di "ieri", di "oggi" e di "domani", è inevitabile la collocazione della Repubblica Moldava anche nel contesto Europeo.

Nell'oggi infermieristico, al fine di applicare l'eredità consegnataci dal percorso storico dell'assistenza infermieristica, risulta fondamentale effettuare un'analisi dell'attuale contesto quale variabile che sta influenzando e influenzerà nel prossimo futuro il percorso degli infermieri italiani e degli assistenti medicali di Moldavia che tendono sempre al miglioramento e all'integrazione europea. La storia e l'evoluzione della disciplina infermieristica, come vedremo, è indissolubilmente legata alla storia generale dell'uomo. Probabilmente, sono la medesima cosa. A noi interessa identificare alcuni elementi sostanziali che ci serviranno per affrontare la ragione storica della disciplina infermieristica. L'infermieristica è una professione basata su ricchi valori che non si sono degradati nel corso del tempo. L'infermiere è molto più di una semplice professione: è una vocazione spirituale. I principi fondamentali non sono cambiati nel corso del tempo, essi descrivono come l'infermieristica si fonda su specifici valori umani, una conoscenza scientifica e un'abilità tecnica. Questi principi si basano su valori di cura specifici che sono stati studiati in letteratura, rimangono abbastanza costanti a livello globale e includono: valori umani,

onestà, senso di realizzazione, responsabilità, intelletto, dignità umana, uguaglianza, prevenzione della sofferenza. L'infermiere è una professione che richiede un forte impegno morale e spirituale. Gli infermieri sono chiamati a offrire cure di alta qualità, ma anche a supportare i pazienti a livello emotivo e spirituale. Gli infermieri moldavi e italiani condividono le stesse caratteristiche professionali, come la competenza tecnica, la capacità di lavorare in team e la dedizione al paziente. Tuttavia, ci sono anche alcune differenze che possono essere attribuite alle diverse culture e ai diversi sistemi sanitari dei due Paesi. Gli infermieri moldavi hanno in media meno esperienza lavorativa rispetto agli infermieri italiani. Questo perché il sistema sanitario moldavo è meno sviluppato e offre meno opportunità di lavoro per gli infermieri. La mancanza di esperienza lavorativa può rendere gli infermieri moldavi meno autonomi e meno capaci di gestire situazioni complesse; malgrado ciò, sono spesso più motivati e disposti a lavorare sodo per imparare e crescere professionalmente. Il compenso degli infermieri in Moldavia è inferiore rispetto a quello degli infermieri in Italia. Questo perché il costo della vita in Moldavia è inferiore. Il basso compenso può rendere gli infermieri moldavi meno soddisfatti del proprio lavoro e più propensi a lasciare la professione. Tuttavia, gli infermieri moldavi sono spesso motivati dalla passione per il proprio lavoro e dalla volontà di aiutare gli altri. Il confronto con le realtà infermieristiche dell'Italia ha messo in luce il fatto che in Moldavia è ancora poco sviluppata la fase di teorizzazione, in particolare per quanto concerne la ricerca e lo sviluppo di aspetti teorici, concettuali e filosofici della disciplina infermieristica. Le teorie infermieristiche costituiscono un riferimento imprescindibile per la prassi infermieristica, orientano lo sviluppo delle conoscenze, la definizione delle priorità di ricerca nell'ambito disciplinare, nonché la strutturazione dei curriculum formativi degli infermieri (Meleis, 2013). La formazione infermieristica è un processo fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza infermieristica e la sicurezza dei pazienti. In Italia, il percorso formativo è a livello universitario, con un corso di laurea triennale. In Repubblica Moldova, invece, la formazione infermieristica è stata storicamente a livello di istruzione professionale. In questo lavoro, si propone un confronto storico tra la formazione infermieristica nella Repubblica Moldova e la realtà italiana.

La formazione infermieristica in Repubblica Moldava ha una storia relativamente breve. Prima del 1990, il sistema educativo moldavo era basato sul modello sovietico, che prevedeva una formazione infermieristica a livello professionale. Dopo l'indipendenza della Repubblica Moldava nel 1991, il governo ha iniziato a riformare il sistema educativo, introducendo la formazione infermieristica a livello universitario (non obbligatoria). La prima facoltà di infermieristica in Repubblica Moldava è stata fondata nel 2018 presso l'Università Statale di Medicina e Odontoiatria di Chisinau, il governo ha approvato una nuova legge sulla formazione infermieristica, che ha stabilito che la formazione infermieristica di base deve essere a livello universitario. Attualmente, in Repubblica Moldava c'è una facoltà di infermieristica, a livello universitario (non ancora obbligatoria), è un inizio di cambiamento della formazione infermieristica. Il corso di laurea in infermieristica (non obbligatorio) prevede un totale di 240 crediti formativi, distribuiti in quattro anni e comprende sia attività formative teoriche che pratiche. La formazione infermieristica in Italia ha una storia più lunga. La prima scuola per infermieri è stata fondata a Napoli nel 1896. Nel 1992, la formazione infermieristica è stata riformata ed è stata istituita la laurea in infermieristica a livello universitario. Attualmente, in Italia ci sono 43 facoltà di infermieristica, tutte a livello universitario. Il corso di laurea triennale in infermieristica prevede un totale di 180 crediti formativi, divisi in 6 semestri. Il corso comprende sia attività formative teoriche che pratiche. Il confronto tra i due sistemi formativi evidenzia alcune possibili implicazioni per il futuro della formazione infermieristica in Repubblica Moldava. Una possibile implicazione è che la Repubblica Moldava dovrebbe continuare a investire nella formazione infermieristica a livello universitario. Questo garantirebbe agli infermieri moldavi l'acquisizione delle competenze e delle conoscenze necessarie per fornire un'assistenza infermieristica di alta qualità. Un'altra possibile implicazione è che la Repubblica Moldava dovrebbe riformare il corso di laurea in infermieristica. Questo renderebbe il corso di laurea più simile al corso di laurea italiano, e garantirebbe che gli infermieri moldavi siano in grado di competere sul mercato del lavoro internazionale.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo è contribuire a costruire un'identità professionale dell'infermiere, basata su fondamenti storico-disciplinari per l'acquisizione della competenza tecnica e dell'ideale

servizio all'uomo, e di comprendere le differenze e le analogie tra i due sistemi formativi, e di identificare le possibili implicazioni per il futuro della formazione infermieristica in Repubblica Moldova. Attraverso i due differenti percorsi formativi si potrà delineare maggiormente l'identità professionale divisa fra dimensione scientifica e caratteristiche nazionali.

3. MATERIALI E METODI

La ricerca si basa su una revisione della letteratura sull'argomento della formazione infermieristica nella Repubblica Moldova e in Italia. Sono stati analizzati articoli scientifici, documenti governativi e altri materiali pubblicati tra il 1960 e il 2023.

Al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, la ricerca della letteratura è stata condotta consultando i database biomedici elettronici (CINAHL, Medline, Embase). Per la revisione delle norme, non esistendo un elenco di riferimento riconosciuto a livello nazionale che riporti in modo esaustivo le fonti documentali che contribuiscono alla definizione dell'infermieristica, sono stati individuati i documenti di letteratura grigia considerata pertinente per la revisione delle norme. Per ciascuna domanda di ricerca è stata sviluppata una strategia di ricerca completa, utilizzando sia termini ottenuti tramite i singoli thesaurus, che termini liberi. Le principali parole chiave utilizzate sono state le seguenti: experience, pratica, nursing, formazione, evoluzione, storia, "assistant medical". Le parole chiave sono state usate in diverse combinazioni utilizzando gli operatori booleani AND, OR, NOT. Durante questa fase ho ritenuto necessario ampliare la ricerca della letteratura prendendo in esame la letteratura scientifica, ma anche letteratura grigia e internet. Per la realizzazione di questo studio sono state utilizzate le seguenti fonti: fonti storiche secondarie libri articoli, fonti giuridiche primarie, leggi, codice deontologico degli infermieri. Altri materiali, siti web come: Ordine delle Professioni Infermieristiche Italiane(OPI), Ministero della Salute della Repubblica Moldova. Lo studio è stato condotto mediante l'analisi delle fonti sopra elencate. Le fonti storiche secondarie sono state utilizzate per ricostruire l'evoluzione della professione infermieristica in Italia e in Moldova. Le fonti giuridiche primarie sono state utilizzate per analizzare la normativa vigente in materia di formazione infermieristica nei due Paesi.

I dati raccolti sono stati analizzati e confrontati al fine di delineare i punti in comune e le differenze tra i due percorsi formativi. Dalle analisi fatte sulla formazione vediamo che l'infermieristica in Italia è a livello universitario e dura 3 anni, al termine del percorso formativo, gli studenti conseguono la laurea in infermieristica. L'infermiere è un professionista sanitario autonomo e responsabile, le sue competenze includono l'assistenza infermieristica, la prevenzione, la riabilitazione e l'educazione sanitaria.

In Moldavia la formazione infermieristica si sta allineando al livello internazionale, la durata del percorso formativo varia a seconda del livello di formazione scelto, nei collegi dura 3 anni e all'Università 4 anni (ma non è ancora obbligatorio). L'infermiere in Moldavia collabora con il medico e le sue competenze includono l'esecuzione delle prescrizioni mediche, l'assistenza infermieristica di base e la gestione della cartella infermieristica.

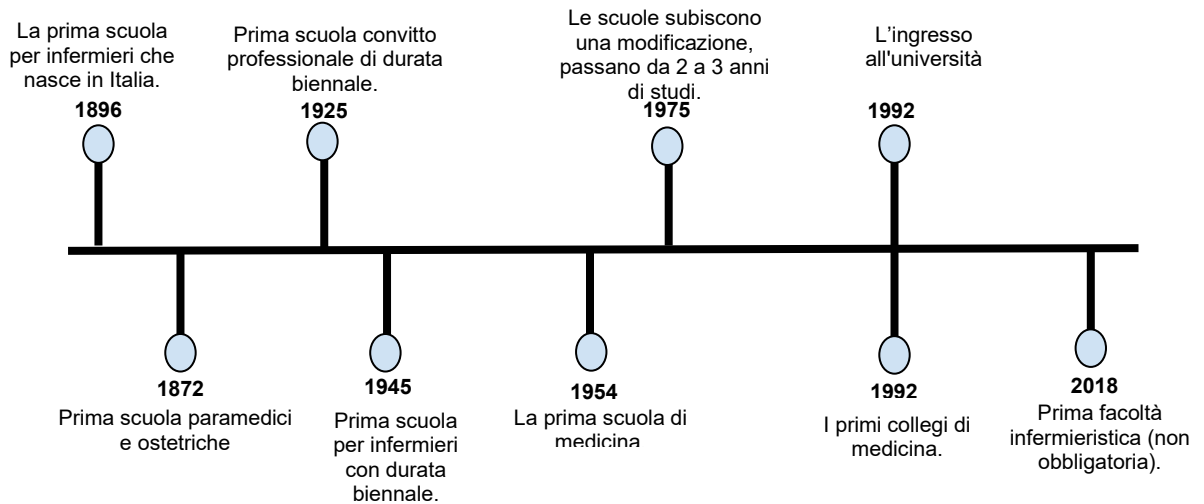
L'analisi dei due percorsi formativi ha evidenziato alcuni punti in comune e alcune differenze:

- La durata del percorso formativo è diversa in Italia rispetto alla Moldavia.
- In Italia l'infermiere è un professionista autonomo, mentre in Moldova collabora con il medico.
- Le competenze dell'infermiere sono in parte diverse nei due Paesi.

4. RISULTATI

Al fine di illustrare i risultati della mia ricerca storica è utile la costruzione di una timeline che mostri ad impatto immediato l'evoluzione differenziata nei due paesi.

Italia



Moldavia

La tabella presenta una panoramica generale dell'evoluzione della formazione infermieristica in Italia e Moldavia.

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, 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. Nel 1975 le scuole per infermieri subiscono una modificazione passando da 2 a 3 anni di studi e nel 1992 abbiamo ingresso all'Università.

La formazione infermieristica in Moldavia è ancora in fase di sviluppo. La prima scuola per paramedici e ostetriche a Chisinau aprì nel 1872 e la prima scuola per infermieri nel 1945. Nel 1954 aprì la prima scuola di medicina, poi trasformata in collegio di medicina con un percorso di studi di 3 anni nel 1992. La Moldavia tende ad allinearsi agli standard europei per la formazione infermieristica aprendo nel 2018 una facoltà di infermieri presso l'Università, ma non ancora obbligatoria. La professione infermieristica in Moldavia è in crescita e offre diverse opportunità di carriera. Il governo moldavo deve investire nella formazione infermieristica per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nel paese. Il nuovo curriculum di formazione infermieristica fornisce agli infermieri le competenze necessarie per lavorare in un contesto internazionale.

5.1 DISCUSSIONE

La nascita della figura moderna dell'infermiere è legata a Florence Nightingale, nobildonna inglese dalla forte vocazione religiosa, la prima alla quale sia possibile attribuire propriamente il titolo di "infermiera". Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910) è stata un'infermiera britannica nota come "la signora con la lanterna". È considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.

Florence Nightingale propose inoltre una moderna organizzazione degli ospedali da campo: durante la guerra di Crimea del 1853 la Nightingale, insieme ad altre 39 infermiere da lei selezionate, prese in mano la situazione dell'ospedale militare inglese di Scutari, ignorando l'iniziale diffidenza da parte dei medici. Applicando un nuovo metodo organizzativo che garantisse, in primis, l'igiene dell'ambiente terapeutico riuscì a far diminuire in maniera significativa il tasso di mortalità e fu tra i primi a comprendere l'importanza dell'epidemiologia e della statistica per interpretare le informazioni sull'evoluzione di una malattia e sull'efficacia delle prestazioni fornite. Il sistema formativo della Nightingale aveva come obiettivo la padronanza, da parte dell'infermiera diplomata, di una perfetta competenza tecnica e dell'irreprensibilità di carattere e della condotta. Il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica non è solo questione di teoria, metodo e standard specifici, ma si

tratta anche di stile professionale, cioè della messa in campo di un insieme di comportamenti efficaci nella cura dei malati.

5.1.1 Evoluzione della formazione “Asistent medical” in Repubblica Moldova

Non sarebbe corretto parlare di progresso di un qualsiasi ramo scientifico al di fuori della sua dimensione storica. È anche innegabile il fatto che i ricercatori contemporanei non debbano in nessun caso ignorare la conoscenza acquisita dai predecessori, apprezzandola nel suo giusto valore e, nel caso in cui i risultati precedenti siano scientificamente discussi e provati a sufficienza, facendola conoscere ai contemporanei, come l'esperienza mondiale plurisecolare ha abbondantemente dimostrato. I principi di organizzazione del sistema sanitario pubblico essenziale differisce da Stato a Stato. Lo sviluppo della medicina nel territorio della Repubblica Moldava, non è sufficientemente attuato, sia per quanto riguarda le forme tradizionali dei servizi medici alla popolazione, sia per lo stato dell'educazione medica nelle diverse fasi di sviluppo della società. Non si può escludere che molte informazioni provengano da documenti datati, in cui si attestavano le specificità dell'attività di assistenza medica nel lontano passato. Nella storia (moldava) si conoscono diverse forme di organizzazione dell'assistenza medica, le principali sono: la popolare, l'ecclesiastica e la laica.

Nel 1940 la Bessarabia, “strappata” al Regno di Romania alla quale appartiene dopo la prima Guerra Mondiale, viene proclamata repubblica costituente dell'Unione Sovietica e diventa Repubblica Socialista Sovietica Moldava. Pur attraversando varie vicende politico/militari tra russi e romeni per affermare la loro sovranità sul territorio moldavo, rimase con l'Unione Sovietica fino alla dissoluzione nel 1991, quando la Moldavia diventò indipendente. Durante questo periodo la Russia impone alla neo annessa comunità la sua lingua e la sua cultura, intendendo così dominare pienamente la popolazione dei suoi nuovi territori.

La formazione per assistente medico in Bessarabia, durante il regime zarista, non esiste; l'organizzazione di assistente medico è stata stabilita molto più tardi rispetto ad altre regioni dell'Impero. Solo nel 1872, l'amministrazione dello Zemstve (forma di governo locale) della Bessarabia apre a Chisinau la prima scuola, di Paramedici e Ostetriche, situata all'interno

dell'Ospedale Comunale. La durata degli studi per i paramedici è di tre anni e per le ostetriche due anni.

È stato stabilito che l'età degli iscritti per i paramedici non avrebbe dovuto superare i 26 anni e per le ostetriche avrebbe dovuto essere compresa tra i 20 ed i 40 anni. Nel primo avvio della scuola vennero ammessi 17 paramedici, a ciascuno dei quali fu rilasciato un completo di strumenti medici e un manuale per ogni disciplina medica studiata. I giovani diplomati erano obbligati a lavorare nei posti dove venivano destinati per almeno 5 anni. In relazione con il forte bisogno di personale di assistente medico della Repubblica Moldava, nell'anno 1873, l'amministrazione di Chisinau ha organizzato un'altra scuola medica secondaria femminile, che rimase operativa per soli 15 anni. L'improvviso peggioramento della situazione sanitario-epidemiologica nel periodo immediatamente successivo, richiese l'organizzazione e la preparazione, da parte dell'amministrazione dello Zemstve della Bessarabia, degli ospedali della contea e anche di paramedici e ostetriche con una durata di formazione di 4-5 anni. Verso la fine del periodo dell'esistenza del sistema Zemstve nella Russia zarista, la formazione dei paramedici e delle ostetriche venne divisa in due scuole distinte: una per la formazione delle ostetriche e una per gli assistenti medici. Alla fine del secolo XIX, in difficili condizioni sanitario-epidemiologiche, in Bessarabia erano attivi più di 180 infermieri. Molto più tardi, scuole simili furono fondate a Balti (1945), Soroca, Orhei e Cahul (1946). I giovani specialisti erano obbligatoriamente destinati a lavorare nelle zone rurali della Repubblica. Dopo la "liberazione" della Bessarabia, a Chisinau, aprì nel 1945 il primo istituto di istruzione medica superiore: l'attuale USM "Nicolae Testemițanu", che favoriva, essenzialmente, la formazione del personale medico locale per i bisogni della popolazione della regione e la fondazione di proprie scuole scientifiche. A poco a poco vennero preparati diversi specialisti e studiosi di spicco in vari rami della medicina. Nel dopoguerra, durante il periodo sovietico, la storia della medicina venne influenzata dal sistema di Governo. Gli eventi e la realtà dell'epoca imponevano lo studio in modo standard, secondo la piattaforma ufficialmente approvata per tutti i rami di attività, compreso lo sviluppo del sistema educativo e sanitario. Negli anni del dopoguerra il sistema sanitario pubblico nella Moldavia era adattato ai principi strutturali-organizzativi esistenti nell'URSS, avendo una doppia dipendenza: locale e repubblicana. Le istituzioni medico-sanitarie presenti a livello locale già

operavano nell'ambito delle Sezioni di Tutela della Salute e facevano capo alle Direzioni Distrettuali ed Urbane. Nell'aspetto repubblicano, invece, erano diretti dall'apparato del Ministero della Sanità della Repubblica il quale, a sua volta, era influenzato dalle disposizioni proposte da Mosca. Nel corso del tempo, il modo di subordinazione di alcuni ospedali è parzialmente cambiato, nelle forme e nel volume dei servizi sanitari, nuove suddivisioni e istituzioni mediche specializzate hanno iniziato la loro attività. La storia dell'educazione medica moldava però, in larga misura, ripete il destino e l'evoluzione dello sviluppo dell'istruzione generale nelle diverse fasi temporali. In assenza di proprie scuole di medicina, molti esponenti della Repubblica dovettero studiare l'arte medica nei paesi con uno sviluppo più avanzato, dove rimasero poi, con rammarico, ad esercitare dopo aver terminato gli studi. Nella Repubblica Moldava, la storia della medicina veniva studiata in modo correlato al sistema governativo, in cui solo la piattaforma sovietica per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e il ruolo della medicina contribuiva ad aumentare il livello di attività scientifica medica universale. Si può dire che lo sviluppo della medicina nell'area dell'attuale territorio della Repubblica di Moldavia continua ancora ad essere insufficientemente veloce.

Nel 1954 la Scuola dei Paramedici e delle Ostetriche venne ribattezzata “Scuola di Medicina”; le lezioni teoriche si svolgevano nelle aule scolastiche e le ore pratiche presso le basi cliniche delle istituzioni di Medicina. La proclamazione dell'indipendenza della Repubblica di Moldova il 27 agosto 1991, ha dato impulso anche alla revisione del sistema educativo del Paese, ereditato dal periodo sovietico e che rimase valido nella Repubblica di Moldova fino al 1995. In tre decenni d'indipendenza, il sistema educativo nella Repubblica di Moldova ha attraversato diverse riforme, che miravano a modernizzare e democratizzare l'istruzione, creare le condizioni per capitalizzare il potenziale di ogni bambino, indipendentemente dalle condizioni materiali della famiglia, dal luogo di residenza, dall'etnia, dalla lingua parlata o dalle professioni religiose dei genitori. I principali ambiti di intervento della riforma furono la dottrina e la struttura del sistema educativo, i concetti e i metodi di valutazione, l'amministrazione e il finanziamento dell'istruzione.

Per la Repubblica di Moldova, l'istruzione rappresenta ora una priorità nazionale. È il fattore fondamentale nella trasmissione e creazione di nuovi valori culturali e umani, nello sviluppo del capitale umano, nella formazione della coscienza e dell'identità nazionale ed ha un ruolo

primario nella creazione delle premesse per uno sviluppo umano sostenibile e per l'edificazione di una società basata sulla conoscenza. La qualità dell'istruzione determina in gran parte la qualità della vita e crea opportunità per la piena realizzazione delle capacità di ciascun cittadino. La struttura dell'attuale sistema educativo nella Repubblica di Moldova comprende:

- Educazione prescolare
- Scuola elementare
- Scuola superiore
- Scuola secondaria di cultura generale
- Scuola professionale
- Collegio
- Istruzione superiore – Studi universitari
- Master
- Dottorato
- Post dottorato

L'istruzione superiore nella Repubblica di Moldova, ad eccezione dell'istruzione medica e farmaceutica, si svolge in tre cicli:

- Ciclo I°: studi universitari superiori, della durata di 3-4 anni e corrispondenti ad un numero di 60 crediti per ogni anno di studio;
- Ciclo II°: studi magistrali superiori, della durata di 1-2 anni e corrispondenti ad un numero di 90-120 crediti formativi;
- Ciclo III°: studi di dottorato superiore, della durata di 3 anni e corrispondenti a 180 crediti.

La Repubblica di Moldova, nel maggio 2005, ha aderito al Processo di Bologna, un accordo intergovernativo, a livello europeo, di collaborazione nel settore dell'istruzione superiore. Il suo obiettivo è quello di dare ai suoi concittadini istruzione e formazione professionalizzante riconosciuta anche negli altri Stati.

Con l'avvio del Processo di Bologna, la Moldavia si è assunta delle responsabilità ed è stata attivamente coinvolta nella riforma e modernizzazione dell'istruzione superiore per allinearla agli standard europei. Sono state attuate una serie di riforme che hanno portato

l'avvicinamento del sistema educativo Moldavo a quello Europeo. I primi cambiamenti hanno portato all'istituzionalizzazione dei crediti di studio ECTS (European Credit Transfer System) in tutti gli Istituti di Istruzione Superiore. Il programma Erasmus+ offre alle università europee, l'opportunità di stringere partenariati con istituti di istruzione superiore al di fuori dell'UE e di sviluppare programmi di mobilità, programmi di cooperazione internazionale per rafforzare le capacità e sviluppare il personale docente in paesi al di fuori dello spazio comune europeo. A partire dall'attuazione del nuovo Programma Europeo Erasmus+ Education, dal 2004 ad oggi, più di 6.000 studenti e docenti hanno beneficiato di mobilità nell'ambito del Programma. Anche la formazione infermieristica ha subito un importante cambiamento, le scuole con durata di due anni, diventarono Collegi con una durata di 3 e 5 anni. Con la decisione del Governo della Repubblica di Moldova n. 440 del 25 giugno 1992, la Scuola di Medicina di Base di Chisinau venne riorganizzata in Collegio Repubblicano di Medicina. Con la successiva decisione del Governo n. 591 del 25 giugno 1999 e l'Ordinanza del Ministero della Salute n. 48 del 2 luglio 1999, tutti gli studenti e il personale docente del Collegio Municipale di Medicina sono stati accorpati nella composizione del Collegio Repubblicano di Medicina. L'istituzione appena creata fu chiamata Facoltà di Medicina di Chisinau. Con la decisione del Governo della Repubblica di Moldova n. 1551 del 23 dicembre 2003 e l'ordinanza del Ministero dell'Istruzione della Repubblica di Moldova, la Facoltà di Medicina di Chisinau, venne riorganizzata in un Istituto di Istruzione Secondaria Specializzata, l'istituto fu denominato "Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia".

Con decisione del governo n. 791 del 22.10.2012, al Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia è stato attribuito il nome di "Raisa Pacalo".

Nel 2014 – 2015, la mappatura del Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia "Raisa Pacalo" è stata effettuata da una Commissione di esperti nell'ambito del Progetto UE secondo i criteri di valutazione:

- risorse umane;
- processo educativo;
- la base tecnico-materiale;
- collaborazione con l'ambiente economico;
- finanziamento dell'istituzione.

Con decisione del Consiglio nazionale di coordinamento in materia di formazione tecnica professionale, verbale n. 1 del 06/03/2015, è stato approvato l'elenco degli Istituti di formazione tecnica professionale da riorganizzare in Centri di Eccellenza, tra i quali rientra anche il Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia “Raisa Pacalo”.

Con decisione del governo n. 744 del 10 luglio 2016, il Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia “Raisa Pacalo” si riorganizza trasformandosi nel Centro di Eccellenza in Medicina e Farmacia “Raisa Pacalo”, che offre programmi di formazione iniziale nell'istruzione professionale post-secondaria (IV livello) e nell'istruzione professionale post-secondaria non terziaria (V livello), attribuendo funzioni di garanzia didattica, curriculare e metodologica della formazione professionale medica, di coordinamento e indirizzo metodologico delle istituzioni, di formazione continua del personale docente del sistema.

L'attività del Centro di Eccellenza è orientata alla formazione di assistenti medici specialisti con studi post-secondari e post-secondari non terziari, competitivi e capaci di lavorare in team. L'obiettivo è formare personale sanitario istruito e di alto livello professionale.

Nel 2019, i programmi di formazione professionale offerti dal Centro di Eccellenza in Medicina e Farmacia "Raisa Pacalo", sono stati valutati esternamente dall'Agenzia Nazionale per l'Assicurazione della Qualità dell'Istruzione e della Ricerca. Sulla base dei risultati della valutazione esterna, sono stati accreditati 6 programmi di formazione professionale in un periodo di 3 anni:

1. Specialità Medicina, qualifiche Assistente medico;
2. Assistente medico igienista-epidemiologo;
3. Specialità Tecniche di diagnosi e cura medica, qualifica di Assistente medico in diagnosi di laboratorio;
4. Specialità Farmacia, qualifica Assistente farmacista;
5. Specialità Ostetricia, qualifica di ostetrica;
6. Specialità Odontoiatria, qualifica di odontotecnico.

Con la riorganizzazione dell'istituzione, il Centro di Eccellenza, diventò un centro metodico per tutte le facoltà mediche della Repubblica. L'istituzione partecipò attivamente all'attuazione delle riforme nel campo dell'istruzione e della sanità, promuovendo i principi

del miglioramento continuo, della creatività e della qualità. Il processo formativo puntò su una gestione moderna, autentica e partecipativa, attraverso l'implementazione di metodologie e tecnologie interattive di insegnamento-apprendimento-valutazione.

Gli orientamenti e le tendenze dell'integrazione europea implicano una nuova visione dei problemi della formazione medica post-secondaria e della gestione educativa all'interno della politica nazionale. Negli ultimi anni di attività, una delle priorità del gruppo dirigente è stata l'elaborazione del Concetto di Educazione Medica Professionale collegato agli standard educativi europei e alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel 2018 sono stati sviluppati i profili professionali e gli standard di qualificazione; dal 2022 vengono aggiornati e approvati dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Istruzione e della Ricerca, i piani formativi per le seguenti qualifiche: assistente medico, assistente medico igienista-epidemiologo, assistente medico d'urgenza, assistente medico di comunità, assistente medico in diagnosi di laboratorio, assistente farmacista, ostetrica, odontotecnico.

La formazione del personale sanitario del Centro di Eccellenza è progettata sulla base di un efficace partenariato docenti-studenti, attori e protagonisti delle attività didattiche ed extra-didattiche. Dalla sua fondazione ad oggi, l'istituto ha formato oltre 29 mila specialisti della medicina, nella Repubblica di Moldova. Oggi non esiste istituzione medica nel Paese in cui non siano attivi i diplomati del CEMF "Raisa Pacalo". Tutti gli sforzi congiunti di generazioni di docenti sono combinati per garantire la qualità della formazione professionale medica e farmaceutica, rafforzare l'attività di innovazione, migliorare l'assistenza medica e farmaceutica fornita alla popolazione, aumentare la visibilità e il prestigio dell'istituzione a livello nazionale ed internazionale e garantire un successo ai futuri laureati del Centro di Eccellenza in Medicina e Farmacia "Raisa Pacalo". La scelta corretta della professione apre la strada ad una carriera di successo per gli studenti che hanno terminato la scuola secondaria e superiore. Il Collegio Nazionale di Medicina e Farmacia "Raisa Pacalo" offre un'opportunità ai giovani, che mirano a conseguire il diploma di specializzazione e la qualifica di Assistente Medico, ammettendolo a studi della durata di 3 e 5 anni. L'Assistente medico è lo specialista con formazione medica specialistica secondaria, che dimostra capacità professionali di assistenza individualizzata, orientata alla persona in ambito preventivo, riabilitativo, curativo, palliativo, ospedaliero e/o comunitario, distribuito secondo

responsabilità autonome/individuali e interdipendenti/interdisciplinari. L'assistente medico in diagnostica di laboratorio è lo specialista con formazione medica post-secondaria, ha competenze nell'implementazione e nel controllo di qualità dei metodi di esplorazione paraclinica, nell'interpretazione del significato clinico delle indagini di laboratorio nel contesto della correlazione con la diagnosi e il trattamento, che può attivarsi nel campo della diagnosi paraclinica. Nella specialità Tecnica di diagnosi e cura medica, la qualifica di assistente medico in diagnosi di laboratorio occupa un posto speciale nel sistema delle specialità in campo sanitario. La sua specificità consiste nella formazione dei futuri assistenti medici alla diagnosi di laboratorio, con la formazione e lo sviluppo delle competenze professionali, necessarie per l'esercizio della professione nelle reali condizioni di lavoro. La formazione professionale iniziale degli Assistenti Medici in Diagnosi di Laboratorio è fondamentale e applicativa, focalizzata sull'apprendimento centrato sullo studente e sulla formazione delle competenze professionali. Gli obiettivi del percorso formativo sono: conoscere i concetti, i metodi e gli strumenti della diagnosi di laboratorio; utilizzare adeguatamente tecniche e metodi diagnostici paraclinici; analizzare campioni di laboratorio utilizzando le attrezzature fornite nel laboratorio; possedere tecniche di comunicazione e promozione della salute; rispettare l'etica e la deontologia nell'attività professionale.

L'assistente medico igienista epidemiologo è lo specialista con studi medici post-secondari che ha competenze professionali nel campo della medicina, con formazione specifica per l'attività nell'ambito del Servizio statale di vigilanza sanitaria pubblica ed ha competenze per prevenire, migliorare, mantenere, promuovere la salute fisica e mentale. Gli obiettivi del programma di formazione professionale rispondono alle esigenze della società contemporanea, del mercato del lavoro, che richiede nuove capacità professionali per garantire la qualità dei servizi di Sorveglianza Sanitaria Pubblica. Il Corso di studio ha la missione di realizzare un processo di formazione professionale iniziale dei futuri assistenti medici specialisti, incentrato su linee guida formative, che corrispondano alle attuali esigenze nazionali in materia di medicina, con l'obiettivo di immettere sul mercato del lavoro competenze specialistiche competitive, capaci di rispondere alle sfide del tempo e di fornire servizi sanitari di qualità alla popolazione. Gli obiettivi del programma di formazione sono: identificare, valutare e monitorare i fattori di rischio ambientale, sociale e professionale che

influenzano la salute umana; identificare, valutare e monitorare i rischi riguardanti la sicurezza alimentare, la qualità della dieta della popolazione; analizzare e monitorare la morbilità infettiva della popolazione; attuare misure preventive e anti-epidemiche; valutare e monitorare le condizioni di istruzione e formazione dei bambini e degli adolescenti; promuovere uno stile di vita sano; rispettare l'etica e la deontologia nell'attività professionale. La strategia formativa si concentra sulla formazione delle competenze e sullo studio centrato sullo studente, sui valori umani generali che consentiranno ai futuri specialisti di inserirsi con successo nell'attività professionale.

Nella Repubblica di Moldova si desidera da molti anni avere infermieri ben preparati, così presso l'Università di Medicina e Farmacia "N. Testemițanu", viene loro dedicata la Facoltà di Infermieristica Generale, dove gli infermieri sono assistenti medici formati con un'istruzione superiore. L'ingresso all'Università avviene tramite un concorso con un numero limitato di 20 posti per assistenti medici, con un contratto di 20.000 lei (equivalente a 1000 euro) e 10 posti per gli studenti con reddito basso. L'attuale programma di studi nell'assistenza sanitaria generale si basa sui requisiti e sugli standard dell'OMS e dell'Unione Europea (Direttiva 2005/36/CE) e comprende 240 crediti CFU (7.200 ore) distribuiti su quattro anni di studi universitari. La valutazione finale avviene con un metodo combinato composto da test, prove orali, abilità pratiche e discussione della tesi di laurea.

Naturalmente non è un sistema evoluto come nei paesi sviluppati, dove anche gli infermieri fanno dottorati, ma è un inizio e siamo orgogliosi di esserci riusciti. Speriamo di avere più infermieri con un'istruzione superiore in futuro. Il programma di studi di infermieristica medica generale, iniziato nel 2018, ha la missione di formare infermieri con istruzione superiore, che contribuiranno alla copertura universale dei servizi sanitari, ad aumentare la qualità dei servizi di promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la cura e riabilitazione dei pazienti. Il primo anno si basa principalmente sullo studio di materie fondamentali, quali anatomia, biologia, biochimica, infermieristica di base e negli anni successivi vengono introdotte materie cliniche. Gli studenti acquisiscono l'esperienza necessaria utilizzando moderne metodologie di insegnamento-apprendimento in lezioni frontali, seminari, attività di laboratorio, lavoro individuale e di gruppo. Punto di forza di questo programma è il fatto che gli studenti possono beneficiare di tirocini pratici presso

istituzioni medico-sanitarie e la formazione teorica viene svolta in modo equilibrato e coordinato con quella clinica. I laureati conseguono il titolo di Bachelor of General Nursing, avendo una formazione teorica nelle scienze di base e sociali, nonché una formazione clinica in medicina generale e altre specialità mediche: chirurgia generale e specialità chirurgiche, puericultura e pediatria, igiene e assistenza materna e del neonato, salute mentale e psichiatria, assistenza agli anziani e alla geriatria, assistenza domiciliare, ecc. L'assistente medico conosce più profondamente le scienze che sono alla base delle cure mediche, ha dati sufficienti sulla struttura del corpo, sulle funzioni fisiologiche e sul comportamento del corpo umano nei vari stati fisiologici e patologici, nonché sulle relazioni esistenti tra lo stato di salute, l'ambiente fisico e quello sociale. È in grado di elaborare un piano di cura individuale nelle diverse situazioni patologiche, eseguire interventi terapeutici e applicare le procedure prescritte dal medico, nei limiti delle sue competenze, compresa l'assistenza medica d'urgenza. Il Bachelor of General Nursing è formato e autorizzato a impegnarsi nel campo generale della pratica infermieristica, nonché nella promozione della salute, nella prevenzione delle malattie e nella cura dei malati e dei disabili di tutte le età, per partecipare pienamente come membro del team di profilassi ed educazione sanitaria, supervisionare e formare gli infermieri e condurre ricerche scientifiche. Ci auguriamo che la nuova generazione di assistenti medici, fornirà assistenza di qualità, che garantirà il progresso del sistema sanitario nazionale e contribuirà ad accrescere il prestigio dell'Alma Mater nel mondo.

5.1.2 Evoluzione della formazione infermieristica e normativa in Italia

In Italia le prime esperienze di formazione risalgono ai primi anni del Novecento e si strutturano nella forma di corsi interni agli ospedali, di profilo piuttosto basso, ma anche di iniziative illuminate, molto avanzate, mutate dal modello anglosassone che prevedeva già all'epoca vere e proprie scuole di durata biennale: sorsero così la Scuola Croce Azzurra di Napoli (1896), Scuola convitto Regina Elena di Roma (1910), l'Ambulatorio-Scuola San Giuseppe di Roma (1906), la Scuola convitto Principessa Jolanda di Milano (1912), la Scuola convitto annessa all'Ospedale Civile di Firenze (1914).

La formazione delle infermiere si realizza in Italia a partire dal 1925, con l'apertura delle scuole convitto professionali di durata biennale. Le scuole per infermiere professionali subiscono una profonda trasformazione con la Legge 25 febbraio 1971, n. 124 *“Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta”*, e, nel 1975 con D.P.R. 13 ottobre n. 867 *“Modificazione dell'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed i relativi programmi di insegnamento”*. La frequenza di queste scuole non è più limitata al solo personale femminile, ma è estesa anche al personale maschile; il programma di insegnamento e l'organizzazione dei corsi passano da 2 a 3 anni e richiedono, per l'accesso, il biennio di scuola media superiore. La gestione della formazione professionale viene attribuita alle neonate Regioni, le quali si attivano per autorizzare e gestire le scuole per infermieri professionali. Nascono così molte scuole, a dirigere le quali vengono chiamate le infermiere che nel frattempo avevano frequentato i corsi universitari per la dirigenza dell'assistenza infermieristica e altre colleghe che ricoprivano ruoli di responsabilità. Nel frattempo veniva varata la legge di riforma sanitaria: Legge n. 833 del 23 dicembre 1978; il personale infermieristico era chiamato ad esercitare anche l'assistenza territoriale. Le scuole, che da tempo aspettavano questa opportunità, si attivarono a formare gli infermieri per l'assistenza domiciliare con tirocini mirati. Il fatto che l'esercizio professionale fosse regolato dal “mansionario”, strumento già allora ritenuto inadeguato, non rappresentava di per sé un limite, perché le Scuole già miravano a formare un professionista autonomo, responsabile dell'assistenza. Dal 1987 ai primi anni novanta, attorno alla formazione infermieristica, si è sviluppato un grande fermento innovativo: la Federazione ISPAVI. Nel 1989 sono state istituite alcune Scuole universitarie dirette a fini speciali, post formazione di base, per preparare docenti e dirigenti di scienze infermieristiche. Queste scuole hanno svolto un ruolo importante nel preparare la leadership, che successivamente ha accompagnato la formazione verso l'università. Negli anni '90 la definizione del “profilo professionale” accelera lo sviluppo della professione sia a livello formativo che nella pratica assistenziale, legittima la necessità di una formazione universitaria.

5.1.3 Da Arte Ausiliaria a Professione Sanitaria

Negli ultimi cinquant'anni e più precisamente a partire dal D.P.R. n° 225 del 14/03/1974 recante le *“Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.”*, che prevedeva una serie d'attribuzioni di compiti all'infermiere in campo assistenziale sotto la stretta sorveglianza e prescrizione medica, la figura professionale viene collocata in una dimensione di arte ausiliaria meramente esecutiva priva di autonomia decisionale nel proprio ambito lavorativo. Tale situazione non rispecchiava né rendeva giustizia alle potenzialità fattive in termini di autonomia, conoscenza, competenza e responsabilità, che per anni la categoria aveva dimostrato sul campo. L'evidenza metteva quindi in contrasto la normativa di riferimento con la realtà pratica in campo assistenziale. Pertanto grazie soprattutto allo sforzo e al continuo impegno svolto dalla federazione nazionale dei colleghi IPASVI è stata indicata alle istituzioni la necessità di adeguare la normativa in vigore in modo che si delineasse un'area specifica d'intervento e una ridefinizione del ruolo per gli infermieri tale da estrarre la professione da un'anacronistica subalternità, causa prima di effetti negativi non tanto e non solo per gli infermieri, quanto per l'organizzazione sanitaria e quindi per la tutela della salute dei cittadini/utenti. La risposta arrivava, non proprio puntualmente, mediante l'emanazione del D.M. n. 739 del 1994, che delineava il profilo autonomo dell'infermiere e più precisamente come l'art.1.1 cita testualmente: *“E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”* quindi all'art.1.3: *“L'infermiere:*

- *a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- *b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- *c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- *d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*
- *e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*

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

Inoltre all'art.3.1:

"Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici."

Successivamente e più precisamente il 26 febbraio del 1999, il legislatore emana la legge n. 42, pubblicata sulla GU n. 50 del 2 marzo 1999, denominata *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*, di cui all'articolo n. 1.1 recita:

"La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria"."

All'art.1.2:

"Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici....."

Con questa legge come si evince dagli articoli sopra riportati, è definitivamente abrogato il mansionario (fatta eccezione per il titolo V riguardante l'infermiere generico) e si formalizza definitivamente la denominazione di professione sanitaria quale attività che fa capo alla figura dell'infermiere, che risulta essere finalmente collocato nella posizione e nel ruolo di professionista anziché in quella di operatore sanitario ausiliario.

5.1.4 L'Infermiere all'Università

Il 1992 ha visto l'ingresso degli infermieri in Università. Dopo 32 anni si può tracciare un bilancio di questo evento e affermare con certezza che è stata un'occasione di sviluppo e di crescita non solo per la professione infermieristica e, nonostante il percorso non sia stato sempre facile, è stato ed è tuttora ricco di sfide e sicuramente stimolante. Le tappe principali di tale percorso sono state le seguenti: nel 1992 l'istituzione del “*Diploma universitario in scienze infermieristiche*” e nel 1994 la definizione del profilo professionale. Fino al 1995 il sistema formativo regionale conviveva con l'avvio delle prime esperienze di corsi universitari. 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).

Dall'A.A. 1992/93 sino all'A.A. 1995/96 si configurava un doppio canale formativo, in quanto i corsi universitari coesistevano con quelli regionali del precedente ordinamento. A partire dal 1996 la formazione infermieristica passò definitivamente ed esclusivamente sotto l'ordinamento didattico degli Atenei e, di conseguenza, Regioni ed Università stipularono 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 seguente Decreto Ministeriale 24 luglio 1996, 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 del 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. Il citato 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.

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), possono attivare corsi di perfezionamento scientifico e corsi di alta formazione permanente e ricorrente che conferiscono i Master di primo e di secondo livello.

Nel 2004 la laurea specialistica (oggi magistrale) in scienze infermieristiche e ostetriche diventa una realtà concreta. Attualmente il quadro normativo che in Italia regola sia la formazione che l'esercizio professionale degli infermieri è tra i più avanzati del mondo. L'ingresso degli infermieri in università era un evento molto atteso dal mondo accademico (in particolare dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia) e anche dal mondo infermieristico. Gli infermieri erano impegnati a formare un gruppo di colleghi con i requisiti idonei per entrare nel mondo accademico (ad esempio un buon curriculum di ricerche e pubblicazioni) e avevano attivato da anni una strategia di formazione, inviando all'estero i colleghi più

interessati e competenti, per acquisire titoli e dottorati di ricerca spendibili sia a livello nazionale che internazionale, avevano avviato contatti con gruppi di ricerca infermieristica internazionale, attivato progetti per produrre una cultura e un sapere infermieristico basato sulla ricerca.

La Laurea Magistrale è stato un obiettivo prioritario e irrinunciabile della professione, era la possibilità di offrire master e lauree di secondo livello ai laureati triennali; dopo un frenetico confronto a diversi livelli (Conferenza dei Corsi di Laurea, Federazione IPASVI, Associazioni), nel 2004 finalmente sono stati attivati i Corsi di Laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche, successivamente chiamati Laurea magistrale. Le competenze fondamentali di un laureato specialista/magistrale sono riconducibili alle seguenti funzioni: direzione/coordinamento dei servizi di media/elevata complessità organizzativa; docenza, tutorato, formazione a diversi livelli educativi; leadership professionale per ruoli di supervisione; consulenza referente per progetti di miglioramento continuo dell'assistenza. Ciascuna Università nella fase di attivazione ha caratterizzato la propria offerta; all'inizio era frequentata da Coordinatori, Dirigenti e Docenti che intendevano regolarizzare il loro percorso di studio anche ai fini dell'accesso a concorsi. Via via questa prima necessità si è esaurita e oggi il corso di laurea magistrale è frequentato da infermieri che lavorano in clinica e da neolaureati: pertanto si caratterizza sempre più come un percorso che non abilita a ruoli specifici, ma è capace di trainare processi di sviluppo culturale e operativo nelle scienze infermieristiche. La domanda di formazione avanzata post-base non si può esaurire tuttavia con la laurea magistrale. Nascono nel Paese molte esperienze di Master di primo e secondo livello con orientamenti specializzanti, per esempio in cure primarie e palliative, emergenza e area critica, oncologia, metodologie tutoriali, funzioni di coordinamento, rischio clinico, metodologia della ricerca, infermieristica forense; inoltre alcune Università (Roma Tor Vergata, Firenze, Genova, L'Aquila, Milano) stanno attivando le prime scuole di Dottorato in Scienze Infermieristiche. Le tappe del cambiamento nella formazione infermieristica descritte, sono frutto sia delle esigenze espresse nel tempo dalla professione, sia del progressivo mutamento dei bisogni della 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.

5.2 ANALISI COMPARATA DELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO IN MOLDAVIA E IN ITALIA.

Il tirocinio è un momento molto importante nel percorso di formazione, sia perché permette di sperimentare direttamente la vita dentro un ospedale, sia perché permette allo studente di mettere in pratica le conoscenze teoriche apprese durante le lezioni.

È dovere di ciascun membro del personale sanitario trasmettere l'esperienza maturata sul lavoro, arricchendo così il patrimonio della cultura specialistica della nostra professione. Sappiamo tutti che l'assistenza sanitaria può essere fatta solo con dedizione e profondo amore per il prossimo. La devozione determina l'atteggiamento di una persona verso il lavoro, soprattutto quando è messa alla prova dalle difficoltà. Il tirocinio mira allo sviluppo delle conoscenze e delle capacità cognitive, alla formazione e al miglioramento delle competenze specialistiche, alla maturazione del pensiero critico e all'affinamento della capacità di apprezzare ed assumere valori autentici da parte dei futuri assistenti medici, ma anche alla capacità di affrontare le situazioni di emergenza. Nel periodo dell'URSS, nelle scuole di medicina della Repubblica Moldova, la maggior parte della pratica e una parte teorica si facevano presso gli ospedali: 2 ore di teoria e poi si proseguiva con altre 4 ore di pratica, a fine giornata veniva già fatta una valutazione per le ore di pratica. Non si facevano i turni, tutte le ore pratiche si facevano al mattino. Nel secondo anno si faceva un percorso pratico negli ospedali per un periodo più lungo, nei reparti di medicina, chirurgia e pediatria. L'esame di fine tirocinio veniva effettuato dall'Assistente superiore di reparto. A scuola si veniva promossi con la valutazione data dal reparto, non esisteva un esame di tirocinio pratico nelle scuole di medicina. Con i grandi cambiamenti nella formazione dell'assistente medico, è cambiata anche la parte pratica. Fin dall'inizio del tirocinio pratico, allo studente vengono presentati gli elementi specifici dell'attività di assistente medico.

È molto importante il quaderno di pratica, è uno strumento di lavoro per lo studente e gli dà l'opportunità di apprendere gli elementi relativi al quadro generale di organizzazione e

svolgimento del tirocinio, gli obiettivi e come raggiungerli. Contiene anche la griglia delle competenze fissate dall'organizzatore della pratica e il nome del partner della pratica per le attività del tirocinio.

Il quaderno di pratica viene compilato giorno per giorno, è uno dei primi documenti ufficiali che uno studente di un'università o college di medicina deve compilare in modo indipendente. Per un giovane studente del primo anno, che ha appena iniziato a muovere i primi passi autonomi nella vita, la pratica stessa rappresenta un enorme stress e una responsabilità.

L'obiettivo di ogni stage è quello di acquisire l'opportunità di trasformare le conoscenze teoriche acquisite presso l'istituto, in competenze reali, che costituiranno la base del futuro lavoro professionale. Ogni giorno vengono inserite informazioni su ciò che il tirocinante ha osservato e a cui ha preso parte durante l'orario di lavoro. La compilazione di questo documento deve essere presa con particolare responsabilità, poiché l'accuratezza dei compiti completati deve essere confermata dalla firma dell'assistente medico di turno.

La forma del diario di pratica infermieristica può differire tra le diverse istituzioni di formazione medica. Tuttavia, la struttura del documento rimane invariata.

Il giorno del primo ingresso all'ospedale viene redatta la parte informativa che contiene il piano di lavoro individuale dello studente con indicazione oraria di inizio e fine turno. La suddivisione delle attività per giornata viene compilata sotto la guida di uno specialista dell'ospedale o della clinica, responsabile della pratica, solitamente un infermiere senior e consiste nella registrazione delle istruzioni, nell'osservanza delle regole di igiene personale, di sicurezza sul lavoro, del comportamento etico e dei rapporti con i pazienti e i dipendenti dell'istituto, sul rispetto dei diritti dei pazienti e nella conservazione dei dati personali.

Le pagine successive vengono completate quotidianamente. Tutto ciò che è stato eseguito (e osservato) durante il servizio viene registrato. Al termine del tirocinio è necessario ottenere un feedback dal supervisore e predisporre una relazione di sintesi, che deve soddisfare i requisiti del programma di tirocinio.

Ore di formazione pratica:

Anno 1°: formazione clinica: 360 ore - 12 CFU

Anno 2°: formazione clinica: 540 ore - 18 CFU

Anno 3°: formazione clinica: 900 ore - 30 CFU

Totale 1800 ore (1 CFU ogni 30 ore) - 60 CFU.

La formazione teorica in Moldavia viene insegnata esclusivamente dai medici e non dagli infermieri. La pratica è seguita in parte dai medici in parte dagli assistenti medici.

5.2.1 La formazione pratica in Italia

L'organizzazione dell'attività di tirocinio è responsabilità del Tutor della didattica professionale. A ciascun Tutor sono assegnate alcune sedi formative e un certo numero di studenti del primo, secondo e terzo anno di corso, per ogni periodo di tirocinio. Il Tutor informa i Coordinatori infermieristici e le Guide di tirocinio rispetto alle modalità di realizzazione dell'esperienza di praticantato, ribadendo la necessità che gli studenti svolgano solo le attività per cui sono stati preparati e possano sempre contare sulla supervisione di un infermiere esperto, in particolare nella somministrazione delle terapie farmacologiche. Il Tutor raccoglie eventuali suggerimenti per il miglioramento del tirocinio, incontra gli studenti prima dell'inizio di ciascuna esperienza di pratica per fornire le informazioni preparatorie, esplicitare i risultati di apprendimento attesi, preparare il progetto formativo individuale e dichiarare tempi e modalità di valutazione dell'esperienza di tirocinio. La frequenza dello studente a questa attività e a quella di Laboratorio Professionale è obbligatoria al 100%, ciò significa che per poter sostenere l'esame di tirocinio, lo studente è tenuto a frequentare tutto il monte ore previsto per ogni anno di corso disciplinato dall'ordinamento didattico. Per nessun motivo potranno essere giustificate le assenze realizzate durante lo svolgimento del tirocinio.

TIROCINIO CLINICO - PERCORSO FORMATIVO

Ore Tirocinio 1° Anno: 300 12 CFU

Ore Tirocinio 2° Anno: 350 14 CFU

Ore Tirocinio 3° Anno: 850 34 CFU

TOTALE ORE 1500 60 CFU (1 CFU ogni 25 ore)

L'esame di tirocinio del 1° anno, può essere sostenuto previo superamento degli esami di: Basi dell'Assistenza Infermieristica e Infermieristica Generale.

L'esame di tirocinio del 2° anno, può essere sostenuto previo superamento degli esami di: Basi anatomo-fisiologiche del corpo umano, Infermieristica Generale e Clinica, Infermieristica clinica in area medica, Infermieristica di Comunità e Relazione d'aiuto, Infermieristica clinica in area chirurgica, Infermieristica clinica in area specialistica, Infermieristica nelle cronicità e disabilità.

L'esame di tirocinio del 3° anno, può essere sostenuto previo superamento di tutti gli esami. La frequenza al tirocinio è propedeutica sia al superamento dell'esame specifico che al superamento di tutti gli esami. Le strutture ospedaliere responsabili cercano di pianificare il tirocinio con la collaborazione dei tutor, ma anche lo studente può contribuire a pianificare la propria esperienza di praticantato. L'ambiente di lavoro spesso è frenetico e in alcune giornate non c'è un minuto da perdere e quindi l'attenzione che lo studente riceve è minima. Il tirocinio è diverso per ogni studente, lo stesso posto può essere un'esperienza esaltante o deludente, questo dipende da tanti fattori, alcuni possono essere legati al lato umano, altri all'aspetto organizzativo di pianificazione.

5.2.2 Le differenze

Personalmente, ho fatto esperienza formativa e lavorativa sia in Moldavia che in Italia, dove l'esperienza pratica si riferisce all'affiancamento ai professionisti. Questo mi permette di poter confrontare le due offerte di studio e lavoro. Come già ampiamente esposto in precedenza, sono due realtà talmente diverse che mi sento di evidenziare l'importanza, soprattutto per gli studenti moldavi, di effettuare parte della formazione all'estero. Sarebbe un'occasione davvero importante per acquisire e scambiare informazioni ed esperienze rilevanti per la specializzazione; purtroppo, le scarse risorse economiche Moldave rappresentano un grande ostacolo da superare.

Gli studenti e gli assistenti medici moldavi avrebbero la possibilità di capire altre tipologie di trattamento, di organizzazione, di formazione, cosa che io ho trovato molto importante. L'istruzione universitaria, a cui ho avuto la fortuna di accedere, ti dà un'ampia gamma di opportunità formative professionalizzanti (cosa che manca in Moldavia).

In Moldavia il tirocinante viene principalmente seguito dal medico (che punta più sulla malattia che sull'assistenza del paziente), e in maniera minore dall'assistente medico (che

invece punta più sull'assistenza del paziente che sulla malattia). Da questo punto di vista siamo ancora lontani dagli obiettivi europei, non si punta sul paziente, ma sulla malattia.

Anche se ci apriamo alle riforme europee di cambiamento, rimane sempre la tendenza a seguire le idee lasciate dall'URSS.

In Italia per quanto riguarda la collaborazione del personale sanitario, sia quella spontanea dei singoli rispetto al tirocinante, sia quella di gruppo, esistono ancora delle carenze nell'accoglienza e nell'accompagnamento dei tirocinanti da parte degli infermieri, i quali non sempre coinvolgono il tirocinante nell'equipe di lavoro.

Una differenza più marcata emerge invece nelle aspettative degli studenti di trovare, una volta laureati, lavoro in un reparto di propria scelta. In questo caso infatti, mentre gli studenti italiani evidenziano una sostanziale disillusione, gli studenti moldavi hanno la possibilità di scegliere il proprio percorso lavorativo nel reparto prescelto. Appare infatti evidente come il sistema moldavo dei colloqui offra all'infermiere neo laureato maggiore scelta rispetto a quello italiano del concorso, e non solo per la difficoltà ad accedere e superare i concorsi pubblici, ma soprattutto perché non è l'infermiere ad avanzare una preferenza ma la struttura sanitaria a destinare la risorsa secondo le proprie necessità.

Sorprende invece la favorevole propensione degli studenti italiani alla possibilità di sperimentare parte della loro formazione all'estero, così come la prospettiva di un futuro lavorativo oltre il territorio italiano. Propensione invece meno presente in Moldavia, dove la tendenza è quella di rimanere sul territorio, sia per il periodo di studio che per il lavoro, anche perché i titoli moldavi non vengono riconosciuti oltre il territorio nazionale.

5.3 IL CONFRONTO DELL'INFERMIERE NEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI MOLDAVO E ITALIANO.

5.3.1 L'infermiere nel Sistema Sanitario Moldavo

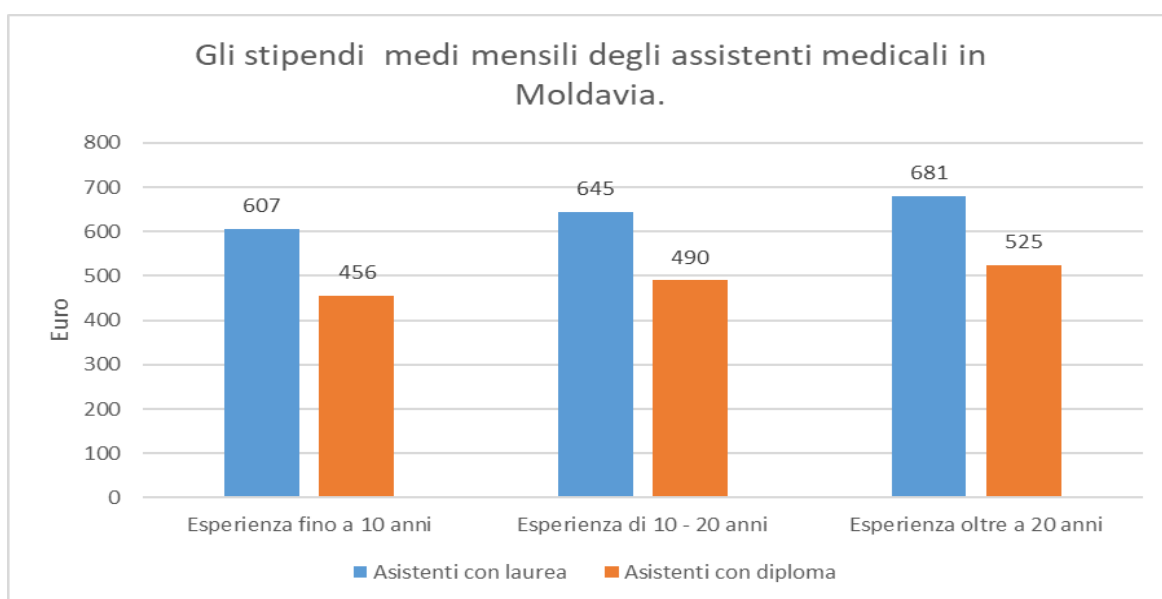
La Repubblica di Moldavia è divenuta indipendente nell'agosto del 1991 a seguito del collasso dell'Unione Sovietica. Come per gli altri paesi facenti parte dell'URSS, gli anni successivi al 1991 sono stati caratterizzati da una grave depressione economica e dalla perdita delle tradizionali reti di protezione in campo sanitario e sociale. Per la Moldavia tale

passaggio è stato particolarmente doloroso: dal 1993 al 1999 la ricchezza nazionale (PIL) si è ridotta del 60%, portando il 73% della popolazione al di sotto della soglia di povertà. Ciò ha prodotto una serie di gravi conseguenze demografiche: un netto calo delle nascite e la migrazione su larga scala della forza lavoro, circa un quarto della popolazione economicamente attiva attualmente lavora all'estero (le loro rimesse rappresentano il 20-25% del PIL). La popolazione generale si è quindi ridotta passando dai 4,4 milioni del 1990 agli attuali 3,6 milioni. Dal 2000 la situazione economica è migliorata, tuttavia la Moldavia con un PIL pro capite di 1.809 dollari è la nazione più povera dell'Europa.

Al momento dell'indipendenza la Moldavia, al pari delle altre repubbliche dell'URSS, si ritrovò con una rete ospedaliera sovrabbondante e inefficiente: 265 ospedali, tra strutture centrali specialistiche e piccoli centri rurali, con un rapporto di 11 posti letto per 1000 abitanti. Era un sistema (il modello Semashko) che premiava molto più la quantità che la qualità e che incentivava lo sviluppo di strutture pletoriche e l'assunzione di molto personale. Tale politica è stata subito abbandonata con una riduzione drastica del numero delle strutture, che oggi sono 65, quasi tutte pubbliche, prevalentemente concentrate nelle città, ed in particolare nella capitale Chisinau, e con il dimezzamento dei posti letto, oggi 5 per 1000 abitanti.

Nel gennaio 2004 è stata introdotta in Moldavia l'assicurazione sanitaria obbligatoria, che rappresenta la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari del paese. Il fondo è alimentato dalle imprese e dai dipendenti in proporzione al salario e dai lavoratori autonomi sotto forma di una quota fissa annuale. Chi non versa i contributi perde il diritto alla copertura assicurativa. I contributi per il resto della popolazione (bambini, pensionati, ecc.) sono pagati dal governo. Anche se sulla carta esiste l'obbligo di garantire a tutti un pacchetto di servizi essenziali, gran parte delle prestazioni sono pagate di tasca propria dai pazienti sia formalmente (sotto forma di co-pagamento), sia informalmente (sotto forma di mance, pratica molto diffusa). La spesa sanitaria annua pro-capite totale è di 236 dollari, metà della quale pubblica (assicurazione sanitaria obbligatoria, budget statale, aiuti internazionali), metà privata (di tasca propria in maniera formale, in larga parte assorbita dall'acquisto dei farmaci). Dato che non vengono conteggiati i pagamenti informali (mance sotto banco), la quota della spesa sanitaria privata è certamente più alta.

Nonostante la cura dimagrante inflitta alla rete ospedaliera, gli ospedali continuano ad essere il centro dell'assistenza sanitaria. Nel 1997 è stata formalmente istituita l'assistenza sanitaria di base, basata sulle figure del medico di famiglia (con l'istituzione di scuole di specializzazione ad hoc), scelto liberamente dai pazienti e remunerato a quota capitaria. I centri di medicina di famiglia (nelle realtà urbane) e i centri della salute (nelle realtà rurali) dovrebbero consentire, sulla carta, l'accesso ai servizi essenziali a tutta la popolazione (garantito con l'art. 36 della Costituzione). Tuttavia il livello d'informazione della popolazione sull'assicurazione sanitaria obbligatoria e sul pacchetto di prestazioni essenziali è molto basso. Le prossime riforme dovranno affrontare le questioni chiave delle disuguaglianze nell'accesso, nei benefici, nei risultati e negli stipendi. Nel grafico si possono vedere gli stipendi medi di un Assistant Medical in Moldavia, correlati ai livelli e agli anni di esperienza.



Lo stipendio della posizione è determinato individualmente, per ciascun dipendente in parte, secondo l'anzianità nella specialità della posizione ricoperta e in parte nella specificità dell'attività. La retribuzione ufficiale, per ciascuna categoria di dipendenti, è garantita al dipendente a condizione che esegua le disposizioni di lavoro stabilite per gli orari del programma, regolamentati dalla normativa vigente. L'integrazione retributiva dello stipendio, stabilita per la prestazione professionale, ha il carattere di stimolare il lavoro e si basa sulla qualità, il contributo e la professionalità del dipendente. Le istituzioni mediche e

sanitarie pubbliche regolano autonomamente l'entità del supplemento di integrazione retributiva delle prestazioni, sulla base degli Indicatori di tipologia di prestazione professionale individuale, approvati dal Ministero della Salute. Per questo nella Repubblica Moldova gli stipendi nelle cliniche private sono più alti che negli ospedali pubblici, mentre negli ospedali rurali esiste un'altra realtà e le condizioni di lavoro e gli stipendi sono molto inferiori rispetto agli ospedali della capitale Chisinau.

In Moldavia il Ministero della Salute stabilisce che il monte ore settimanale dell'infermiere è di 36 ore, diviso per turni giornalieri. A seconda dell'azienda, l'orario lavorativo è articolato su 5-6 giorni, sono previsti turni da 7-8 ore, oppure turni di 12 e 24 ore (i turni da 24 ore in Moldavia sono i più preferiti dagli Assistenti Medici) con un riposo di 3 giorni. In mancanza di Assistenti Medici è previsto dalla legge che si possa lavorare anche oltre le 36 ore previste, si può arrivare fino a 54 ore settimanali e anche di più. Per essere assunti, gli assistenti medici non necessitano di un'iscrizione a nessun ordine (non esiste un ordine per assistenti medici), basta fare un colloquio con l'azienda sanitaria scelta dove, dopo l'assunzione, si fa una specializzazione nel campo scelto e dopo 5 anni si passa alla prima categoria. Ogni 5 anni si fa una formazione e in base ad un esame orale, si sale di categoria, dalla 1 categoria fino ad arrivare alla categoria superiore, con la quale puoi avere una funzione di assistente medico superiore (coordinatore in Italia). Sempre più spesso l'assistente medico in Moldavia cerca lavoro nelle aziende sanitarie private dove lo stipendio è molto più alto rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Non esistono i concorsi per accedere ad un lavoro in aziende sanitarie pubbliche e private. Le assunzioni avvengono direttamente tra le aziende e gli assistenti medici tramite un colloquio. Esistono diverse problematiche nel mondo del lavoro degli assistenti medici in Moldavia. Uno dei problemi può essere il carico di lavoro, dai referti degli infermieri è stato analizzato che un infermiere in 24 ore di lavoro fa fino a 300 interventi. Ciò include iniezioni intramuscolari, endovenose, infusioni, cateterizzazione della vescica, raccolta di analisi. Non esiste però una legge riguardante l'esercizio della professione di assistente medico. Una legge del genere ti farebbe sentire più protetto dallo Stato, stabilendo le attribuzioni e tutto ciò che riguarda le cure infermieristiche. Sebbene esista una descrizione del lavoro, risulta comunque che la professione non è ancora regolamentata. Non ci sono standard o protocolli per i singoli profili. Per il medico è facile,

sa quali esami raccogliere, quali accertamenti fare, quanti giorni curare il paziente, ecc., mentre l'assistente medico, non ha un protocollo del genere. Un protocollo che definisca le procedure da seguire nelle varie situazioni che possono presentarsi all'assistente medico, lo metterebbe al riparo da dubbi ed eventuali errori nella scelta del giusto intervento e sicuramente lo metterebbe al riparo da critiche e giudizi. C'è l'impressione che il medico sia la cosa più importante e che gli assistenti medici siano abbandonati a sé stessi. Questo si deduce facilmente dal fatto che esiste una legge sull'esercizio della professione medica e anche dal fatto che tutti gli specialisti hanno un esperto superiore a cui rivolgersi per consulenze presso il Ministero della Salute, ma non c'è uno specialista dell'assistenza medica. Un altro problema è sicuramente la mancanza di un posto dove vivere. Nel periodo URSS c'erano i dormitori accanto agli istituti medici, dove potevano vivere gli operatori sanitari. Ora sono stati privatizzati. Si stanno realmente perdendo molti infermieri a causa di questo. Molti provenendo dai territori interni, rinunciano al lavoro a causa delle spese di trasporto e degli affitti, e scelgono di conseguenza di andare all'estero. Non esiste un aiuto da parte dello stato e con gli stipendi così bassi non si riesce a pagare un affitto.

Da un'infermiera ci si aspetta che abbia conoscenze in molti campi: comunicazione, contabilità, economia, psicologia, infermieristica e altro. Conoscenze che però non gli sono fornite, poiché non è previsto un percorso di studi superiori per loro, c'è come una barriera che vuole essere mantenuta, ignorando la loro richiesta di formazione ampia e completa, al pari di quella fornita dagli altri Stati Europei. Sarebbe altresì auspicabile un sostegno economico allo studente durante la sua formazione. Inoltre anche il rapporto tra medico ed infermiere deve cambiare, dando maggior risalto alla figura dell'assistente medico e alle sue competenze.

5.3.2 L'infermiere nel Sistema Sanitario Italiano

In Italia la figura dell'infermiere fa parte delle professioni sanitarie e la formazione, come precedentemente illustrato, è demandata per legge alle Università, dove viene disciplinato un percorso universitario di studi 3+2 anni, con il rilascio, al termine del triennio, del titolo accademico di dottore in Infermieristica e di dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche al termine dei 2 anni successivi. Quella dell'infermiere è una professione sempre

più richiesta: sia nel settore della sanità pubblica, che nel privato o a chiamata, i compiti e le responsabilità degli infermieri si sono moltiplicati e l'attuale retribuzione è oggetto di acceso dibattito, risultando tra le più basse in Europa nonostante le recenti modifiche al CCNL della Sanità. Gli infermieri possono lavorare sia nel settore pubblico, sia in quello privato. E anche negli ospedali non è raro trovare personale privato assunto attraverso cooperative. La stessa professione ha inquadramenti contrattuali diversi ai quali non corrisponde lo stesso salario. A febbraio 2022 è stato rinnovato il contratto collettivo nazionale della sanità, che ha stabilito delle nuove linee guida per la professione e un discreto aumento in busta paga. Per quanto riguarda gli infermieri inquadrati nel pubblico, lo stipendio dipende dalla categoria di appartenenza. L'infermiere viene assunto nella sanità pubblica tramite un concorso dove, oltre al voto di laurea, contano le esperienze lavorative, le qualifiche, le specializzazioni. Anche la promozione di livello, in ambito pubblico viene stabilito tramite concorso. Gli stipendi sono relativi al livello raggiunto e possono prevedere una maggiorazione facendo degli straordinari ed extra nei fine settimana che non siano di turno.

Tutti gli infermieri assunti presso gli ospedali appartengono da qualche anno alla categoria retributiva D, suddivisa al suo interno in 7 livelli.

Gli stipendi annui lordi sono:

- D € 24.157,28
- D1 € 25.013,39
- D2 € 25.781,08
- D3 € 26.553,55
- D4 € 27.331,92
- D5 € 28.170,47
- D6 € 29.153,14

Questi sopra sono gli importi per 36 ore di lavoro settimanali, oltre ai quali vengono percepite altre indennità, in base agli straordinari, ai turni, alla reperibilità, ecc..

In linea generale non c'è molta differenza tra lo stipendio di un infermiere che opera in ambito pubblico e quello di uno assunto da un'azienda privata. Lo stipendio medio è di circa 1.500 € netti, ma molto dipende dal tipo di azienda in cui si lavora e dalla tipologia dell'impiego.

Tra le retribuzioni più basse troviamo quelle di figure come l'Infermiere Part-Time o l'Infermiere in Cooperativa, mentre profili come l'Infermiere in Pronto Soccorso, l'Infermiere in Strutture Private o il Dirigente Infermieristico godono solitamente di retribuzioni più elevate. Un Infermiere senza esperienza (con meno di 3 anni di esperienza lavorativa) può aspettarsi uno stipendio medio complessivo di circa 1.360 € netti al mese. Un Infermiere a metà carriera, con 4-9 anni di esperienza, può avere uno stipendio medio di circa 1.510 €, mentre un Infermiere esperto con 10-20 anni di esperienza guadagna in media 1.890 €. Un Infermiere a fine carriera con più di 20 anni di esperienza si può attendere una retribuzione media complessiva di 1.970 €.

Una terza via per lavorare come infermiere è quella di aprire una partita IVA e iscriversi all'Enpapi, così da potere svolgere il lavoro in qualità di libero professionista. Anche in questo settore le cose sono cambiate. A partire dalla legge 27/2012 che ha abrogato i tariffari, sono gli infermieri stessi a dover determinare la propria parcella, seguendo delle norme precisate nella suddetta legge, ma non è sempre facile stabilire quale sia il giusto compenso. Naturalmente parlare di vero e proprio stipendio non è possibile per i liberi professionisti e neppure di guadagno medio. Chiaramente un infermiere che ha un giro di pazienti solido può avere maggiori soddisfazioni economiche rispetto ai colleghi dipendenti, ma di contro si valuta l'assenza di straordinari, malattie e ferie pagate. Certamente diventare infermiere garantisce un'occupazione capace di soddisfare il lato umano e quello economico, nonostante, come detto all'inizio, lo stipendio medio sia sottodimensionato rispetto all'impegno e alle competenze del ruolo.

I concorsi per infermieri generalmente vengono banditi in Gazzetta Ufficiale, Serie Concorsi o nelle Gazzette Regionali e rappresentano un'importante opportunità di lavoro per gli abilitati all'esercizio della professione infermieristica. In genere, ai candidati per i concorsi per infermieri è richiesto il possesso dei seguenti requisiti specifici: laurea di 1° livello in infermieristica e iscrizione all'albo professionale (collegio FNOPI). Per quanto riguarda le competenze di base, ai candidati generalmente vengono richieste: conoscenza di base di una lingua straniera e conoscenza dell'uso delle apparecchiature informatiche e dei software più diffusi.

Generalmente i concorsi per infermieri prevedono le seguenti prove:

- Eventuale preselezione, in base al numero di domande presentate, generalmente consiste in un questionario a risposte multiple sulle materie delle prove d'esame;
- Prova scritta, che può consistere in temi o questionari;
- Prova pratica, che è finalizzata alla verifica del possesso delle abilità professionali specifiche, necessarie per esercitare la professione;
- Prova orale, che è subordinata al conseguimento, nella prova pratica, del punteggio minimo previsto.

Le maggiori Università italiane propongono Master che possono essere di ambito clinico o organizzativo/gestionale. Tra i master proposti troviamo:

- infermieristica pediatrica;
- area critica, emergenza urgenza;
- geriatria;
- cure palliative;
- metodologie formative;
- terapia del dolore;
- infermieristica legale e forense;
- gestione del rischio clinico;
- infermieristica avanzata al paziente critico;
- management per le professioni sanitarie;
- infermiere di famiglia;
- strumentazione in sala operatoria;
- case management.
- ricerca infermieristica;
- ricerca clinica.

5.3.3 Le differenze tra un assistent medical moldavo e un infermiere italiano

Chi fa questo mestiere scopre, fin dal primo momento in cui indossa una divisa quanto possa essere dura, ma al contempo gratificante o esaltante una corsia e le storie di vita e di malattia che lì si trovano. La capostipite degli infermieri, Florence Nightingale, definiva questo lavoro “la più bella tra le arti belle” proprio per la vicinanza e l’unicità del rapporto di cura che si viene ad instaurare tra il paziente e l’infermiere che lo assiste.

Anche se la scienza infermieristica è unica al mondo, vediamo che a livello mondiale esistono sempre delle differenze nella formazione, nell’organizzazione, nello svolgimento pratico del lavoro. Nella Repubblica Moldova la formazione è rimasta un po’ indietro in confronto a tanti altri Paesi Europei, mancano i mezzi di informazione e manca uno scambio di esperienza e confronto con gli altri Paesi. Mancano le teorie infermieristiche, che danno un grande aiuto agli infermieri nel loro lavoro, manca la ricerca infermieristica e anche la formazione non cresce. A livello lavorativo, gli assistenti medici in Moldavia sono lasciati in ombra, non hanno nessuna autonomia nella loro professione, devono sempre seguire le indicazioni del medico e tutto quello che il medico prescrive (anche se non sono d’accordo con la prescrizione), perché il medico non accetta discussioni con un assistente medico che non ha studi universitari. Lavorano senza i protocolli e non sono protetti da nessuna legge. Non protestato perché ancora continuano ad avere le idee di sottomissione radicate durante il governo russo, ovvero che non devono ribellarsi altrimenti perdono il posto di lavoro e quindi lavorano con stipendi da fame.

Mentre la formazione in Italia è una delle migliori (anche se la teoria delle università non sempre viene messa in pratica nell’attività infermieristica). L’infermiere in Italia è il professionista sanitario responsabile unico della pianificazione e gestione del processo assistenziale, terapeutico, educativo, preventivo, riabilitativo e gode di una autonomia professionale legalmente dichiarata e riconosciuta. Nel mondo lavorativo gli infermieri italiani sono protetti dalle leggi e lavorano con i protocolli predisposti da autorità competenti nel settore. Dopo essersi iscritto all’Ordine professionale tenuto presso la federazione FNOPI presente come OPI in ogni provincia, l’infermiere può svolgere la sua attività sia come

lavoratore dipendente, sia come libero professionista anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (opportunità, questa, che gli infermieri moldavi non hanno).

6. CONCLUSIONI

La formazione infermieristica ha seguito un percorso di crescita che ha prodotto sicuramente dei professionisti capaci, competenti, pronti anche ad affrontare problematiche assistenziali complesse. *È stato necessario creare dei veri percorsi integrativi per i professionisti, in funzione dei contesti dove essi operano con le inevitabili differenze normative e sociali.* 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. Con una globalizzazione sempre crescente, l'infermiere è necessariamente chiamato ad ampliare la sua visione del mondo, a comprendere culture diverse, anche lontane dalla propria, ad adattarsi ad 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.

Questo elaborato ha voluto riportare al centro dell'attenzione il tema della formazione. È evidente infatti come la formazione del futuro personale infermieristico sia una leva efficace per migliorare la qualità del sistema sanitario, anche nei paesi con un importante divario socio economico, per renderlo capace di rispondere alle sfide rappresentate dalle nuove esigenze assistenziali e al mutato contesto (si pensi solo a come l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 abbia messo sotto pressione il Sistema Sanitario Nazionale).

La formazione (sia degli studenti, sia quella continua dell'aggiornamento professionale) dovrebbe apparire strategica se si pensa a ciò che essa consente di realizzare in termini di acquisizione di nuove competenze, coinvolgimento del personale, stimolo motivazionale, miglioramento del clima lavorativo e, in definitiva, innalzamento dei livelli di organizzazione, efficienza ed efficacia.

L'obiettivo della formazione e del confronto con altre realtà è quello di fornire ai futuri infermieri, così come a tutto il personale sanitario, le competenze e le conoscenze necessarie per valutare le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva e individuale, i bisogni della

popolazione, colmare i “gap” con la pratica corrente e utilizzare le migliori pratiche e gli strumenti necessari a sviluppare azioni dirette a migliorare l’assistenza sanitaria.

In Moldavia si cerca di raggiungere gli standard internazionali, ma il problema economico e la corruzione bloccano spesso lo sviluppo.

Dall’analisi sin qui condotta sulle similitudini e le differenze nella formazione dell’infermiere nei due Paesi, potrebbero essere tratte le seguenti considerazioni:

in entrambi i Paesi il ciclo di formazione ha una durata di tre anni e comprende una parte teorica e una di tirocinio, in Moldavia si fa il collegio e c’è la possibilità di un percorso universitario per chi desidera farlo e ha i mezzi economici, perché è un costo che non tutti si possono permettere. Il programma dei corsi, la durata della parte teorica e di quella pratica sono quasi equiparabili (in Moldavia le ore di un CFU sono 30, mentre in Italia sono 25). Una differenza è dovuta al fatto che in Moldavia lo studente ha poco accesso al sistema informatico e il percorso universitario non è obbligatorio, inoltre mancano le esperienze estere. Altra differenza sta nel fatto che, al termine del corso, in Moldavia non è prevista la discussione di una Tesi, ma alla fine del percorso di studi c’è il giuramento di “Ippocrate”, non esiste, nel percorso universitario, un corso magistrale per gli assistenti medici a differenza dell’Italia. Lo studente italiano ha più accessibilità informatica ed un percorso formativo continuo, che manca in Moldavia, dove gli infermieri non vengono sostenuti economicamente e quindi non riescono a fare dei corsi formativi in quanto hanno un costo rilevante. Un elemento favorevole per lo studente moldavo è che, a differenza di quello italiano, è meno stressato (lo stress del tirocinio e dell’esame di tirocinio).

Una diversità rilevante tra i due sistemi riguarda il metodo di assunzione: mentre in Moldavia l’assunzione avviene tramite un colloquio di lavoro tra l’infermiere e responsabile dell’azienda, in Italia almeno negli ospedali pubblici, essa si basa su un concorso (a cui spesso partecipano migliaia di infermieri per ambire a poche centinaia di posti, anche in ambiti diversi dal proprio interesse).

Un'altra differenza è che l’assistente medico in Moldavia lavora senza una protezione legale, senza i protocolli e il suo lavoro diventa difficile senza un processo infermieristico, non esistendo le teorie e le diagnosi infermieristiche. In Italia, invece, l’infermiere è molto

protetto nel suo lavoro, con delle leggi e dei protocolli ed una professione molto autonoma e distinta.

I fattori che inducono gli assistenti medici in Moldavia ad essere meno motivati sono:

- Condizioni di lavoro meno motivanti nel sistema sanitario della Repubblica Moldava (soprattutto nell'istituzione medica delle regioni rurali), mancanza di infrastrutture e condizioni inadeguate per la qualità della vita nella professione sanitaria;
- Retribuzione insufficiente per garantire uno standard di vita minimo;
- La presenza di corruzione e nepotismo nel sistema sanitario;
- Mancanza di prospettive di crescita professionale;
- L'atteggiamento ostile dell'amministrazione e dell'istituzione in cui si trovano;
- Situazione socio-politica incerta;
- La crisi economica.

Il confronto tra la formazione infermieristica nella Repubblica Moldova e la realtà italiana evidenzia che i due sistemi formativi presentano sia differenze che analogie. Le differenze possono rappresentare un'opportunità di miglioramento per la formazione infermieristica in Repubblica Moldova, che potrebbe beneficiare di un'ulteriore evoluzione verso un modello di formazione universitaria. Lo studio ha dimostrato che la formazione infermieristica in Italia è più avanzata rispetto a quella in Moldova. Tuttavia, entrambi i sistemi possono beneficiare di un confronto e di un reciproco scambio di esperienze. Proposte:

- Promuovere l'adozione di un modello di formazione universitaria in Moldova, simile a quello italiano.
- Migliorare le condizioni di lavoro e la retribuzione degli infermieri in Moldova.
- Favorire la collaborazione tra infermieri italiani e moldavi per lo scambio di conoscenze e best practices.

L'implementazione di queste proposte potrebbe contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica in entrambi i Paesi. In conclusione, lo studio ha contribuito a una migliore comprensione delle specificità dei percorsi formativi per la professione infermieristica in Italia e in Moldova. I risultati del lavoro possono essere utili per migliorare la formazione infermieristica in entrambi i Paesi.

È stato raggiunto l'obiettivo prefissato di analizzare la formazione infermieristica in Italia e Moldavia, evidenziandone le specificità e le potenzialità di miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

- Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano
- Baciu Gheorghe "Istoricul medicinei și al învățământului medical pe plaiul basarabean" red.: Raisa Ciobanu – Chișinău 2016 (Tipografia ...)
- Benci L. "Aspetti giuridici della professione infermieristica" Mc Graw-Hill, 1995
- Bratianu Gheorghe "Medicina în Moldova medievală" (La medicina in Moldova medievale) (1963)
- Bratianu Gheorghe "Medicina în Moldova în secolul al XIX-lea" (La medicina in Moldova nel XIX secolo) (1967)
- Calamandrei C. D'Addio L. "Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere" Milano, Mac Graw-Hill, 1999
- Ciobanu Mihai "Contribuții la istoria medicinei moldovenești" (Contributi alla storia della medicina moldava) (1984)
- Ciobanu Mihai "Istoria medicinei în Moldova" (Storia della medicina in Moldova) (1993)
- Ciobanu Mihai "Medicina în Moldova în secolul al XX-lea" (La medicina in Moldova nel XX secolo) (2000)
- Cotichelli Giordano "Storiografia della professione infermieristica in Italia (1945-2020)" Franco Angeli, Salute e Società
- Istoricul medicinei și al învățământului medical pe plaiul basarabean/Gheorghe Baciu; red.: Raisa Ciobanu – Chișinău 2016 (Tipografia ...)
- Gaina Alexandru "Istoria medicinei din Basarabia" (Storia della medicina in Bessarabia) (1997)
- Manzoni "storia e filosofia dell'assistenza infermieristica"
- Pascucci I. Tavormina C. "La professione infermieristica in Italia" Mcgraw-Hill 2012
- Sirioni C. "infermiere in Italia storia di una professione" Carocci Faber 2012 Riferimenti normativi.

SITOGRAFIA

<http://www.fupress.com/tutor>

<https://library.usmf.md/sites/default/files/>

<https://moldova.europalibera.org/a/ce-salarii-vor-primi-cadrele-medicale-dupa-majorarile-de-15-la-suta-/32642695.html>

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

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

www.cnai.info

www.fnopi.it

www.nursetimes.org/infermieristica-storia-ed-evoluzione-della-nostra-professione/

www.saluteinternazionale.info

www.sanatate.info.md

Un sentito grazie al Dott. Giordano Cotichelli, correlatore di tesi, per il supporto costante nella realizzazione di ogni capitolo della mia tesi ed alla relatrice Dott.ssa Alfia Amalia Lizzi per la sua collaborazione in una fase molto importante del mio percorso accademico.