



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PISA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E
OSTETRICHE**

PRESIDENTE PROF. N. CAPPELLI

TITOLO DELLA TESI:

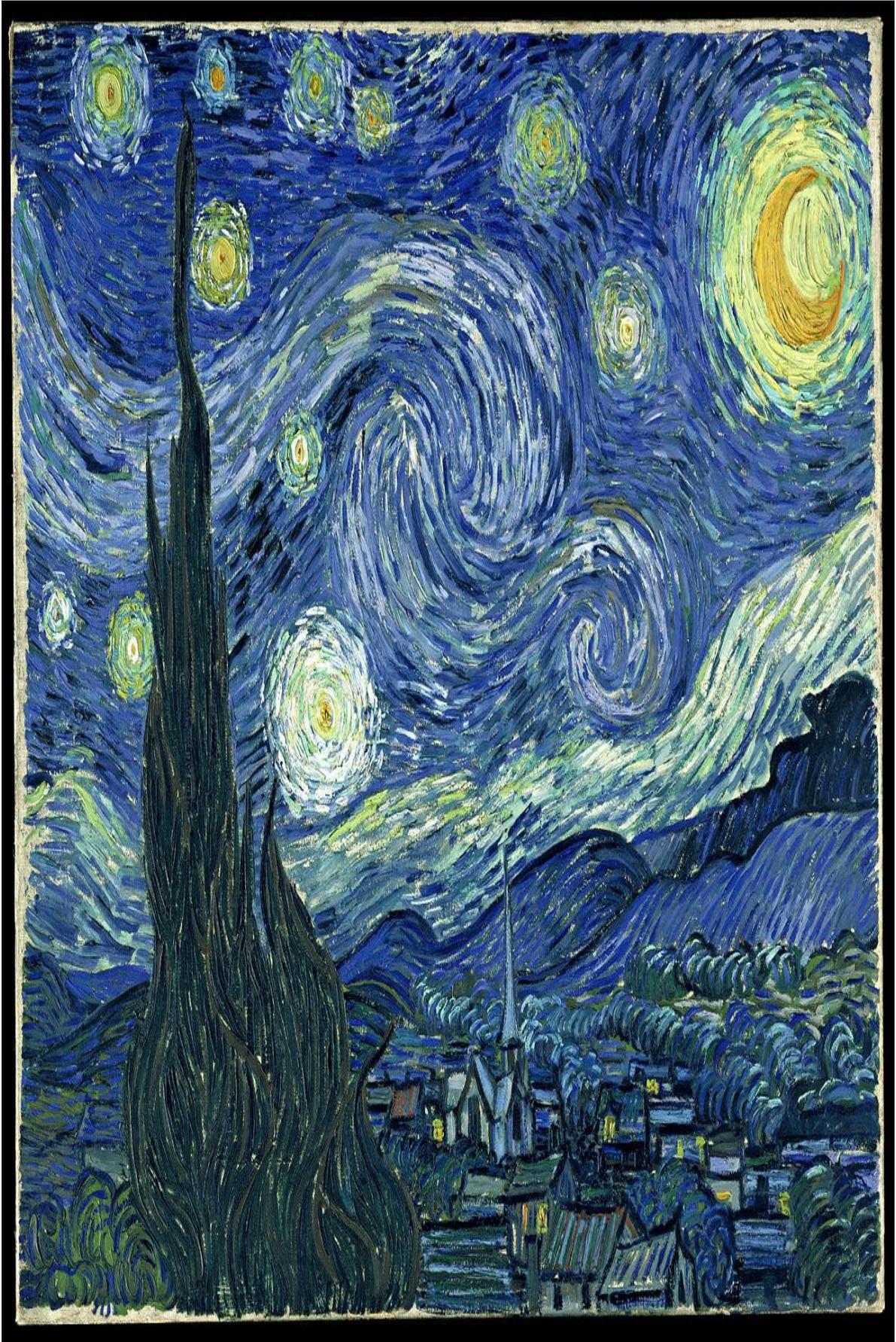
*“La realtà occupazionale del Laureato Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche in Italia”*

RELATORE

OST. DONATI ELISABETTA

CANDIDATA
MILANI FRANCESCA

ANNO ACCADEMICO
2012/2013



INDICE

Introduzione	pag. 4
Capitolo 1: La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in Italia tra ordinamento didattico e sbocchi occupazionali	pag. 8
Capitolo 2: Prospettive della Laurea Magistrale: la Dirigenza	pag. 21
Capitolo 3: Prospettive della Laurea Magistrale: la Didattica	pag. 38
Capitolo 4: Prospettive della Laurea Magistrale: la Ricerca	pag. 48
Capitolo 5: Stato dell'arte in Italia: uno studio osservazionale	pag. 60
Capitolo 6: Identità professionale e realtà occupazionale del Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nel mondo Anglosassone	pag. 69
Capitolo 7: Il futuro della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	pag. 75
Conclusioni	pag. 80
Bibliografia	pag. 83
Ringraziamenti	pag. 98

INTRODUZIONE

Professioni sanitarie come quella ostetrica e infermieristica affondano le loro radici in una storia molto antica, in cui si sono alternate fasi di valorizzazione e di involuzione sociale che, probabilmente, in parte motivano la costituzione di un'identità professionale che oggi appare ancora fragile in Italia.

Da un punto di vista sociologico, per definire una professione come tale, è necessario tenere presente come e quanto si siano sviluppate nel tempo ed espresse le numerose dimensioni che la costituiscono. In merito a ciò, una ricerca etnografica ha portato ad affermare come per le ostetriche e gli infermieri italiani il processo di professionalizzazione non sia ancora pienamente avvenuto.

Nel resto dell'Europa e in America, al contrario, i cambiamenti socioculturali, politici ed economici che hanno determinato una modifica della domanda di salute e delle modalità di accesso alle cure sanitarie negli ultimi anni hanno comportato all'istituzione di una pluralità di figure del cosiddetto *Advanced Practitioner Nurse* (Pinelli 1997, Offredy 2000, Chang & Wong 2001, Chen 2001, Pulcini & Wagner 2001, White 2001). Questi ruoli si sono sviluppati preliminarmente nei setting clinici e la loro applicazione è divenuta negli ultimi anni un global trend (Callaghan 2008, Carryer et al. 2007). In tutti i paesi il ruolo degli *Advanced Practitioner Nurse* richiede un percorso formativo ad un *graduate level* (Master's or Doctoral degree). Per una chiara identificazione dei ruoli sarebbe importante la definizione di standards formativi che in Europa sono determinati dai singoli paesi in relazione al background culturale proprio della professione.

La complessità della problematica si evince dall'assenza di una concezione chiara ed univoca del ruolo di pratica infermieristica avanzata (Furlong et al. 2005) di cui esistono diverse definizioni. Esse danno origine a una molteplicità di ruoli sostenuti nel contesto pratico (Woods 1999, Ormande-Walshe & Newham 2001, Pearson e Peels 2002, Daly & Carnwell 2003, Marsden et al. 2003), le cui competenze

appaiono spesso di scarsa consistenza e uniformità (Buchan & Calman 2004; Castledine 1997; Maylor 2005). Quattro aree sono state identificate come peculiari del ruolo di *Advanced Practitioner Nurse*: assistenziale, educativa, consulenza e ricerca (Hamric Spross & Hanson, 2009).

Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche rappresenta il livello *graduate* e pur raffigurando un modello di professionalità proprio dell'*Advanced Practitioner Nurse* non viene ufficialmente riconosciuto come tale in Italia.

Ai termini del decreto, la Laurea Magistrale infatti mira alla formazione di una figura professionale dotata di competenze avanzate e approfondite nell'ambito professionalizzante delle discipline infermieristiche e ostetriche per lo svolgimento di interventi di carattere assistenziale nell'ambito di quattro macro-aree: assistenza infermieristica e assistenza ostetrica, organizzazione e management, ricerca e innovazione, formazione e educazione. Secondo gli ordinamenti e i regolamenti didattici di Ateneo, a conclusione del corso biennale, il laureato magistrale è in grado di:

- valutare potenzialità e limiti di teorie e modelli ai fini della loro applicazione all'assistenza e al miglioramento della qualità del contesto organizzativo e professionale;
- assumere comportamenti coerenti con le dimensioni etiche, deontologiche e legali dell'assistenza alle persone con bisogni di salute;
- valutare i bisogni di salute del singolo e della comunità in rapporto alle risposte dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- programmare, coordinare, gestire e verificare sistemi sanitari, infermieristici e ostetrici;
- analizzare, organizzare, gestire e verificare sistemi operativi di servizi professionali sanitari;

- progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati sull'evidenza scientifica per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di salute del singolo e della comunità;
- trasferire risultati di ricerca scientifica nell'assistenza infermieristica ed ostetrica;
- valutare modalità e strumenti per l'analisi e l'accertamento dello stato di salute del soggetto al fine dell'assistenza infermieristica ed ostetrica da erogare;
- integrare conoscenze scientifiche, metodologiche clinico – educative e manageriali nelle risposte a bisogni specifici di salute del singolo e della comunità;
- approfondire e valutare criticamente conoscenze teorico – empiriche di vari ambiti disciplinari al fine della loro applicazione all'assistenza infermieristica e ostetrica;
- assumere la leadership in attività professionali e in contesti interdisciplinari e organizzativi;
- progettare, valutare e gestire interventi di sviluppo delle competenze professionali nella formazione di base e permanente.

I laureati magistrali della classe SNT/1 sono già professionisti abilitati ad esercitare le professioni di Infermiere e Ostetrica/o: il Corso di Laurea Magistrale fornisce il requisito di legge per concorrere alla funzione apicale dirigenziale di Servizi Sanitari.

Tuttavia, a tutt'oggi non è perfettamente chiara la spendibilità del titolo nel contesto sanitario in assenza di norme che regolino le prospettive occupazionali e di carriera e si rende ancora oggi necessario prevedere e delineare i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del S.S.N., delle Strutture Universitarie, delle altre Amministrazioni Pubbliche e Private, autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate: troppo spesso di fatto ai livelli

successivi di preparazione (laurea triennale, master di primo livello, laurea magistrale) non corrispondono ruoli diversi (Gamberoni, 2008).

Questa tesi si prefigge questo scopo: analizzare le realtà occupazionali e i rispettivi ruoli “avanzati” dei laureati magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nel breve termine dal conseguimento del titolo, valutando gli ambiti occupazionali e i ruoli ricoperti da Infermieri e Ostetriche in possesso della Laurea Magistrale, nonché le implicazioni degli suddetti aspetti in termini di gratificazione e aspettative personali.

CAPITOLO 1

La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in Italia tra ordinamento didattico e sbocchi occupazionali

A conclusione di un complesso iter di riordino della legislazione concernente la formazione in ambito universitario, con Decreto MURST n. 509 del 3 novembre 1999, “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”, sono stati ridefiniti i titoli rilasciati dalle università, e sono stati previsti, in particolare, titoli di I livello (Laurea) e titoli di II livello (Laurea Specialistica o Magistrale dopo la riforma Gelmini), aventi lo scopo, rispettivamente, di assicurare allo studente l’acquisizione di specifiche conoscenze professionali e di fornire una formazione di livello avanzato per l’esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici.

Con successivi Decreti MURST (Ministero Università Ricerca Scientifica Tecnologica) sono state poi individuate le “classi” delle lauree universitarie, ovvero i raggruppamenti di corsi di studio dello stesso livello, comunque denominati, aventi gli stessi obiettivi formativi qualificanti e le conseguenti attività formative indispensabili, nonché delle lauree specialistiche o magistrali, di cui la prima classe comprende appunto le lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche (Decreto MURST 2 aprile 2001 “Determinazione delle classi delle lauree *specialistiche* universitarie delle professioni sanitarie” e successivo Decreto Ministeriale 8 gennaio 2009 “Determinazione delle classi delle lauree *magistrali* delle professioni sanitarie”).

Il corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche si caratterizza quale percorso ad elevata integrazione teorico-pratica perseguita collegando teorie e modellizzazione dei sistemi organizzativi e professionali con l'esperienza tutorata degli stage previsti in ambiti sanitari di eccellenza professionale. Il laureato

magistrale della classe SNT/1 possiede teoria, metodo e strumenti per adottare un approccio sistemico e integrato nella progettazione e gestione di processi organizzativi, formativi e di ricerca peculiari all'ambito delle discipline infermieristiche e ostetriche.

I laureati della classe della Laurea Magistrale nelle Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (LM/STN1), ai sensi dell'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni e ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, articolo 1, comma 1, possiedono infatti una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe (infermiere, ostetrica/o, infermiere pediatrico).

I laureati magistrali che hanno acquisito le necessarie competenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti, e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica, alla fine del percorso formativo sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo, preventivo, riabilitativo, palliativo e complementare, in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi, tenendo inoltre conto, nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, sia delle esigenze della collettività, sia dello sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro, sia dell'innovazione tecnologica e informatica, sia della pianificazione e organizzazione degli interventi pedagogico – formativi nonché dell'omogeneizzazione degli standard operativi a quelli dell'Unione Europea.

I laureati magistrali sviluppano, anche a seguito dell'esperienza maturata attraverso un'adeguata attività professionale, un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del management sanitario. Le conoscenze metodologiche acquisite consentono inoltre di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti suddetti.

Per l'ammissione al Corso di laurea magistrale, ai sensi dell'articolo 6, comma 1 e 2 del D.M. 270/04 e dell'art. 6 del DM 8 gennaio 2009, tenuto conto della Legge n. 1 del 2002, gli aspiranti devono:

A) essere in possesso dei seguenti requisiti curriculari:

a) Possesso del diploma di laurea abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale LM/SNT1;

b) Possesso del diploma universitario abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale LM/SNT1;

c) Possesso di altro titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale LM/SNT1;

B) Dimostrare di possedere una adeguata personale preparazione, che sarà verificata attraverso una prova di ammissione secondo i criteri stabiliti dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. La formulazione della graduatoria di merito per l'ammissione al Corso di laurea

magistrale avverrà secondo le disposizioni stabilite annualmente dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, e pubblicate nell'Avviso per l'ammissione.

Ordinamento didattico

L'ordinamento didattico della laurea magistrale indica nei termini seguenti le competenze riconosciute al laureato magistrale nel rispettivo ambito professionale:

- rilevare e valutare criticamente l'evoluzione dei bisogni dell'assistenza pertinenti alla specifica figura professionale;
- progettare e intervenire operativamente in ordine a problemi assistenziali e organizzativi complessi;
- programmare, gestire e valutare i servizi assistenziali nell'ottica del

- miglioramento della qualità (pianificazione, organizzazione, direzione, controllo);
- supervisionare l'assistenza pertinente alla specifica figura professionale e svolgere azioni di consulenza professionale;
 - applicare e valutare l'impatto di differenti modelli teorici nell'operatività dell'assistenza;
 - progettare, realizzare e valutare interventi formativi;
 - sviluppare le capacità di insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;
 - utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca, pertinenti alla figura professionale, nelle aree clinico – assistenziali, nell'organizzazione e nella formazione;
 - analizzare criticamente gli aspetti etici correlati all'assistenza e ai problemi multiprofessionali e multiculturali.

I laureati magistrali nella classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono aver maturato nel corso di laurea esperienze formative caratterizzanti e qualificanti corrispondenti al relativo profilo professionale, in particolare:

- nell'ambito professionale dell'*infermieristica*, secondo quanto previsto dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 739 e successive modificazioni ed integrazioni, devono essere in grado di assumersi responsabilità, dal punto di vista tecnico, relazionale ed educativo, dell'assistenza infermieristica generale in risposta ai problemi di salute della persona (uomini e donne, secondo le rispettive specificità ed esigenze legate al genere) e della collettività e sotto il profilo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo, con riferimento alla prevenzione delle malattie, all'assistenza

dei malati e dei disabili di tutte le età e all'educazione sanitaria; di partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; di identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi; di pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico; di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; di agire sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; di svolgere la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; di contribuire alla formazione del personale di supporto e concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca;

- nell'ambito professionale dell'*ostetricia*, secondo quanto previsto dal D.M. del Ministero della sanità¹⁴ settembre 1994, n. 740 e successive modificazioni ed integrazioni, devono essere in grado di assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, condurre e portare a termine parti eutocici con propria responsabilità e prestare assistenza al neonato; per quanto di loro competenza, di partecipare ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; alla preparazione psicoprofilattica al parto; alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici; alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile; ai programmi di assistenza materna e neonatale; di gestire, nel rispetto dell'etica professionale, come membri dell'equipe sanitaria, gli interventi assistenziali di loro competenza; di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza; di svolgere la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale; di contribuire alla formazione del personale di supporto e concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla

ricerca; di assumersi responsabilità, dal punto di vista tecnico, relazionale ed educativo, dell'assistenza infermieristica generale in risposta ai problemi di salute della persona (uomini e donne, secondo le rispettive specificità ed esigenze legate al genere) e della collettività e sotto il profilo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo.

I laureati magistrali acquisiscono altresì, nell'intero percorso formativo proprio delle singole professioni, la capacità di:

- analizzare i problemi di salute di una comunità e le risposte dei servizi sanitari e socio assistenziali ai principali bisogni dei cittadini;
- identificare i bisogni di assistenza della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi, (...);
- pianificare, fornire e valutare l'assistenza, realizzando interventi assistenziali pianificati a garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche, nel rispetto dei principi scientifici adattandole alla persona assistita, in relazione ai diversi problemi prioritari di salute e nei diversi settori operativi, applicando le conoscenze fondamentali delle dinamiche relazionali;
- monitorare, prevenire e affrontare situazioni critiche (...);
- assumere comportamenti professionali e organizzativi e prendere decisioni assistenziali in coerenza con le dimensioni legali, etiche e deontologiche che regolano l'organizzazione sanitaria e la responsabilità professionale;
- contribuire ad organizzare l'assistenza, nell'ambito della specifica professione, attraverso la definizione di priorità, l'utilizzo appropriato delle risorse a disposizione, delegando ai collaboratori le attività di competenza, assicurando continuità assistenziale;
- riconoscere e rispettare il ruolo e le competenze proprie e degli altri operatori dell'equipe sanitaria, interagendo e collaborando attivamente al fine di programmare e gestire interventi assistenziali multidimensionali;
- approfondire le conoscenze delle influenze socio – culturali e biopsichiche sul comportamento umano come base per una migliore

- comprensione di sé e degli altri;
- approfondire e consolidare le conoscenze relative ai fenomeni biologici (...), nonché alla scienza e allo sviluppo delle discipline infermieristiche e ostetriche con particolare riguardo alla storia, all'epistemologia, alla dimensione etica;
 - promuovere lo sviluppo della professione infermieristica e ostetrica attraverso la conoscenza delle teorie e dei modelli infermieristici e ostetrici e dell'organizzazione professionale;
 - acquisire la metodologia di ragionamento diagnostico e di pianificazione clinica finalizzata alla costruzione di processi in ambito sanitario e assistenziale;
 - acquisire gli elementi di management e di leadership per assumere la direzione di servizi di assistenza infermieristica e ostetrica in organizzazioni sanitarie e socio assistenziali;
 - conoscere metodi e strumenti utilizzati per la ricerca applicata all'assistenza infermieristica e ostetrica, e applicare i risultati di ricerche pertinenti per migliorare la qualità dell'assistenza;
 - utilizzare le evidenze scientifiche applicandole al processo decisionale e nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica;
 - effettuare ricerca bibliografica;
 - effettuare criticamente la lettura di articoli scientifici per acquisire il ragionamento scientifico finalizzato ad individuare il problema e la possibile soluzione;
 - acquisire le basi metodologiche per lo studio indipendente e la formazione permanente;
 - dimostrare capacità didattiche orientate alla formazione del personale di supporto e al tutorato degli studenti in tirocinio;
 - raggiungere un elevato livello di conoscenza di almeno una lingua della Unione Europea;

- acquisire competenze informatiche utili alla gestione dei sistemi informativi dei servizi.

Al termine del corso di studi, i laureati magistrali, nell'ambito della specifica figura professionale, sono in grado di:

- comprendere, attraverso i metodi epidemiologici, i bisogni sanitari della comunità e i fattori socio – culturali che li influenzano ai fini della programmazione dei servizi;
- individuare gli interventi infermieristici e ostetrici finalizzati ad una migliore gestione del processo di assistenza in aree ad elevata valenza epidemiologica o di grande impatto sulla popolazione;
- progettare ed intervenire operativamente in ordine a problemi assistenziali complessi ed attuare modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica e ostetrica, costruendo, sulla base dell'analisi dei problemi di salute e dell'offerta dei servizi, un sistema di standard assistenziali e competenza professionale;
- sperimentare strategie e interventi orientati alla complessità relazionale dell'assistenza pertinente alla specifica figura professionale e ai processi di educazione alla salute;
- applicare i fondamenti metodologici della ricerca scientifica all'assistenza, all'organizzazione dei servizi pertinenti, alla formazione e alla ricerca;
- approfondire e sviluppare i fondamenti teorici disciplinari e l'analisi storico – filosofica del pensiero assistenziale, al fine di produrre modelli interpretativi, orientare la ricerca e l'assistenza pertinente;
- approfondire il processo decisionale per una soluzione efficace di problemi assistenziali e organizzativi;
- progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati su risultati di ricerca per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di

- salute della comunità, compresi interventi di educazione sanitaria;
- supervisionare l’assistenza pertinente e fornire consulenza professionale, utilizzando informazioni di comprovata evidenza scientifica, un approccio globale e personalizzato alle diverse esigenze degli utenti, promuovendo il confronto multi professionale;
 - progettare ed attuare modelli di organizzazione dei servizi infermieristici e ostetrici nell’ambito dei servizi sanitari;
 - progettare e coordinare interventi organizzativi e gestionali diversificati, finalizzati allo sviluppo di una efficace ed efficiente azione professionale;
 - negoziare, selezionare e assegnare le risorse del personale tecnico in relazione agli standard di competenza professionale e ai carichi di lavoro delle specifiche aree assistenziali, mettendo in atto strategie per favorire i processi di integrazione multiprofessionali e organizzativi;
 - valutare le competenze del personale per accrescerne le potenzialità;
 - contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità e definire standard e indicatori condivisi per la valutazione dell’assistenza pertinente;
 - progettare percorsi formativi di base, specializzanti e di formazione continua pertinenti e correlati ai problemi di salute e dei servizi, approfondendo i modelli di apprendimento dall’esperienza per condurre processi di formazione professionalizzante;
 - approfondire l’applicazione di modelli e strumenti di valutazione dei processi di apprendimento, dell’efficacia didattica e dell’impatto della formazione sui servizi;
 - sviluppare l’insegnamento disciplinare infermieristico e ostetrico;
 - identificare specifici problemi e aree di ricerca in ambito clinico, organizzativo e formativo;

- verificare l'applicazione dei risultati di ricerca in funzione del continuo miglioramento di qualità dell'assistenza;
- analizzare l'evoluzione e i cambiamenti dei servizi sanitari, nonché dei contesti sociali e sanitari dal punto di vista politico ed economico al fine di predisporre piani, programmi, progetti per l'organizzazione e lo sviluppo del sistema salute/servizi sanitari per le dimensioni di competenza infermieristica e ostetrica;
- gestire situazioni complesse che richiedono riferimenti teorici aggiornati nell'ambito del diritto, della medicina legale, delle scienze economiche e della legislazione sanitaria;
- approfondire le strategie di gestione del personale e i sistemi di valutazione dei carichi di lavoro;
- approfondire i sistemi di valutazione e accreditamento professionale.

La formazione prevista per il raggiungimento di questi obiettivi è stata progettata tenendo conto sia della necessità di un inquadramento teorico e scientifico che della conoscenza di tecniche di intervento specifico nelle diverse aree in cui tale corso di laurea magistrale si propone di fornire competenze approfondite, in conformità alle direttive dell'UE: le strutture didattiche devono cioè individuare e costruire, mediante l'opportuna selezione degli ambiti disciplinari delle attività formative caratterizzanti, nonché dei correlati settori scientifico – disciplinari di carattere direttamente professionalizzante, gli specifici percorsi formativi delle singole professioni sanitarie, per un totale di 120 crediti formativi (CFU) nel biennio. I regolamenti didattici di ateneo determinano, con riferimento all'articolo 5, comma 3, del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270, la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo studio o alle altre attività formative di tipo individuale in funzione degli obiettivi specifici della formazione avanzata e dello svolgimento di attività formative ad elevato contenuto sperimentale o pratico, nel rispetto delle apposite direttive dell'Unione europea.

Nello specifico, il primo anno di corso mira ad orientare lo studente all'ambito scientifico con il focus sulla metodologia comune e propria delle Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, tenuto conto del diverso background culturale e professionale dei profili professionali afferenti. Il secondo anno di corso offre allo studente approfondimenti mirati con insegnamenti, didattica elettiva, tirocinio correlato e tesi. L'offerta elettiva vasta e articolata su vari ambiti fornisce la possibilità di approfondire, a scelta dello studente, la competenza nella dimensione manageriale o in quella metodologica. L'insieme della parte struttura e di quella elettiva costituiscono un percorso formativo aggiornato e mirato agli ambiti delle competenze richieste per assumere il ruolo previsto dalla normativa vigente per i laureati magistrali delle professioni sanitarie.

I risultati di apprendimento attesi al termine del percorso formativo della Laurea Magistrale, espressi tramite i Descrittori europei del titolo di studio (DM 16/03/2007, art. 3, comma 7) sono:

1. **Conoscenza e capacità di comprensione (knowledge and understanding):**
Il laureato magistrale possiede competenza elevata nel campo della clinica del nursing e del management del servizio. Evidenzia abilità di identificazione e classificazione della fenomenologia e delle problematiche di salute e di proposta per lo sviluppo dei servizi infermieristici e ostetrici.
2. **Capacità di applicare conoscenza e comprensione (applying knowledge and under standing):** è in grado di applicare in modo esperto la cultura del nursing nel management del servizio con padronanza di metodi e strumenti; elabora ed applica idee innovative per la qualità e lo sviluppo del servizio e dell'offerta professionale.
3. **Autonomia di giudizio (making judgements):** è abile nell'integrare le conoscenze per gestire la complessità anche in ambito multiprofessionale. Usa metodologie di analisi e revisione con produzione di ipotesi indipendenti e proposte originali nella pianificazione, attuazione e verifica/valutazione di processi, interventi ed outcomes.
4. **Abilità comunicative (communication skills):** è competente nell'uso efficace della comunicazione nel contesto professionale con i vari

interlocutori. Mantiene un approccio professionale nella propria attività evidenziando autonomia di giudizio e capacità di integrazione nel team multi professionale

5. **Capacità di apprendimento (learning skills):** evidenzia capacità apprendere e perseveranza di aggiornamento della cultura professionale e del contesto, introducendo innovazione nella attività professionale.

Lo studente viene ammesso all'esame finale di laurea solo se ha superato tutti gli esami previsti nel piano di studio e ha ottenuto la valutazione positiva in tutti i tirocini previsti dal regolamento didattico.

La prova finale consiste nella redazione e discussione di una tesi elaborata in modo originale dallo studente con supporto metodologico di un relatore docente del CdL, secondo le linee guida definite dal Consiglio di Corso.

Sbocchi occupazionali

Ai sensi del DM 22 ottobre 2004, n. 270, art. 3, comma 7, i laureati magistrali in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche al termine del percorso formativo possiedono competenza avanzata in ambito educativo, preventivo, assistenziale, riabilitativo, palliativo e complementare, per la risposta a bisogni di salute ed a problemi di qualità dei servizi. La competenza che il corso fornisce pone il laureato magistrale in grado di assumere il ruolo di:

- a) Dirigente di Servizio delle professioni nell'ambito delle Aziende Sanitarie;
- b) Collaboratore esperto in ambito di ricerca finalizzata epidemiologica e clinica;
- c) Dirigente e operatore esperto in servizi pubblici e privati per la valutazione del fabbisogno di risorsa professionale, di formazione e aggiornamento, di miglioramento della qualità professionale ed organizzativa;
- d) Docente universitario degli specifici settori disciplinari nei relativi corsi di Laurea (MED/45 Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche, MED/47 Scienze infermieristiche ostetrico – ginecologiche).

I laureati magistrali della classe SNT/1 sono già professionisti abilitati ad esercitare le professioni di Infermiere e Ostetrica/o. Il CdLM fornisce il requisito di legge per concorrere alla funzione apicale dirigenziale di Servizi Sanitari.

Proseguimento degli studi

La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dà accesso a:

1. Master di II livello in Management sanitario e direzione di strutture complesse;
2. Scuole di dottorato finalizzate alla preparazione alla ricerca nell'ambito della medicina, delle scienze economiche e delle scienze antropologiche, dove il laureato potrà ulteriormente approfondire gli aspetti assistenziali in sinergia con la componente medica, economica e sociale.

CAPITOLO 2

Prospettive della Laurea Magistrale: la Dirigenza

Il percorso evolutivo delle professioni sanitarie ha richiesto un riordino complessivo ed armonico che ha compreso la rivisitazione del ruolo, delle competenze, delle funzioni e della formazione di questi professionisti, a completamento del processo iniziato nel 1992 con l'attuazione dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 502, che ha disciplinato la formazione universitaria, nonché con l'identificazione dei profili professionali.

Con l'attivazione della formazione infermieristica e ostetrica universitaria (sino al suo attuale assetto che prevede: Corso di Laurea e di Laurea Magistrale, Master di I e II livello, Dottorato di ricerca), si è dato il via ad una preparazione culturale, tecnica e organizzativo – gestionale di infermieri e ostetriche sicuramente più elevata, che si è poi espressa operativamente sia a livello assistenziale, che nella docenza, nella ricerca e nello sviluppo e gestione del personale.

A inquadrare e delineare i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del S.S.N., delle Strutture Universitarie, delle altre Amministrazioni Pubbliche e Private, autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate, aiuta la Legge 1 febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”, istitutiva della funzione di coordinamento, secondo cui, in conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie infermieristica e ostetrica (...) è articolato come segue (art. 6):

- a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

- b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

L'evoluzione del quadro istituzionale, unitamente alle mutate logiche di governo delle aziende sanitarie connesse alla riforma e l'aumento del grado di responsabilizzazione degli operatori afferenti ai diversi livelli della struttura organizzativa, evidenziano l'esigenza di nuove soluzioni organizzative: in questo quadro riveste particolare importanza la Legge 10 agosto 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che sancisce definitivamente il ruolo autonomo di tutte le professioni sanitarie. È la legge istitutiva della dirigenza delle professioni sanitarie, che si inserisce a pieno titolo nell'attuale contesto professionale, in quanto rafforza e legittima l'autonomia professionale e la responsabilità degli operatori

delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica, non solo a livello clinico – assistenziale ma anche a livello gestionale – organizzativo e formativo, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza: si legge infatti all'art. 7, comma 1, *“al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse, le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio (...), con incarico di durata triennale rinnovabile, regolato da contratti di lavoro a tempo determinato, da stipulare attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati”*.

La L. 251/2000 si pone quale obiettivo principale quello di riconoscere la diretta ed autonoma responsabilità delle attività assistenziali, organizzative e gestionali, connesse ai relativi profili, con conseguenti importanti ricadute sull'organizzazione dei diversi servizi, sempre più orientati all'utente: nell'articolo 1 della presente legge, si innalza infatti a valore di norma primaria quanto già sancito dai regolamenti ministeriali che hanno individuato i profili professionali delle diverse professioni sanitarie in materia di autonomia professionale, e si conferisce dignità legislativa agli strumenti metodologici e disciplinari della cultura e delle scienze infermieristiche e ostetriche (comma 1); nonché si erige ad obiettivo della legislazione statale e regionale e delle connesse attività di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la responsabilità e la valorizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche e ostetriche, come uno degli strumenti fondamentali sia per garantire il diritto alla salute che per realizzare l'aziendalizzazione della sanità, nonché per favorire l'integrazione del lavoro sanitario italiano con quello degli altri Stati europei (comma 2).

Ancora oggi, a distanza di tredici anni, può essere considerata come uno dei provvedimenti normativi che ha determinato una novità rilevante nel panorama

dell'organizzazione tecnica e sanitaria italiana, nell'ambito di una serie di cambiamenti non indifferenti all'organizzazione, al processo di professionalizzazione ed alla rideterminazione dei processi decisionali all'interno della Aziende Sanitarie: a tale proposito, la Presidenza della Federazione IPAVSI, ha sottolineato come “il riconoscimento di una dirigenza autonoma (...) comporta un cambiamento profondo anche nell'organizzazione: il nuovo dirigente (...) non dovrà più confrontare continuamente le sue scelte con i vari direttori, ma piuttosto negoziare il governo dei processi di assistenza (...) con la Direzione Generale dell'Azienda”.

Nelle disposizioni transitorie (art. 7), si introduce infatti la possibilità di istituire il Servizio di Assistenza Infermieristica e Ostetrica, ed impegna i Ministeri competenti per la completa applicazione della legge, ad emanare:

gli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni sanitarie, in possesso di diploma universitario o titolo equipollente (Decreto Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, 2 aprile 2001 “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie” e successivi Decreto 22 ottobre 2004, n. 270 “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509” – la cosiddetta riforma universitaria Gelmini, e Decreto Ministeriale 8 gennaio 2009 “Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie”);

- l'inclusione delle figure esistenti all'interno delle quattro categorie professionali (Decreto Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, 29 Marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1,2,3 e 4, della Legge 10 agosto, n. 251 (art.6, comma 1, legge 251/2000)”);
- la definizione della disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'art. 5, comma 1, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo

sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale (*Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, 15 novembre 2007 e successivo DPCM 25 gennaio 2008*);

- le linee guida per:
 - a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
 - b) la revisione dell'organizzazione del lavoro , incentivando modelli di assistenza personalizzata.

In questo contesto si evidenzia come il perseguimento di tali obiettivi sia connesso ad attività di indirizzo e programmazione attuate nel pieno rispetto dell'autonomia delle Regioni, del cui parere il Ministero della Salute dovrà tener conto nell'emanare le linee guida di gestione delle attività di assistenza infermieristica e ostetrica, da parte delle aziende sanitarie.

Con l'emanazione delle "Linee Guida" trova completezza l'applicazione della Legge 251/2000, la quale, avendo ormai superato la fase transitoria o di sua prima applicazione, ha necessità di trovare, nel corretto spirito della norma, un ulteriore e definitivo slancio per una sua corretta, completa, omogenea applicazione e graduale implementazione su tutto il territorio nazionale, nonché per gli elementi innovativi che include in merito al riconoscimento delle competenze dirigenziali di figure professionali direttamente coinvolte negli obiettivi di salute e nell'ottenimento dei risultati ad essi riferiti.

Proposta di “Linee guida per l’applicazione della Legge 251/2000 nel territorio nazionale per le Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Fondazioni, Strutture Sanitarie autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate”:

Fermo restando l’autonomia organizzativa delle regioni e delle aziende sanitarie, il legislatore ha ritenuto opportuno declinare alcuni principi di riferimento e dei criteri idonei a far sì che si possano superare i tanti ostacoli che ancora ne impediscono una sua piena attivazione su tutto il territorio nazionale.

In presenza di strutture organizzative di media e alta complessità, assistenziale e gestionale, è necessario istituire una Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale (D.I.O.A.), a cui afferiscono tutti i professionisti dell’area 1 di cui alla Legge 251/2000.

La Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale risponde direttamente alla Direzione Generale dell’Azienda, e tiene relazioni funzionali con tutte le altre Direzioni Aziendali, attraverso processi di integrazione e percorsi assistenziali finalizzati al conseguimento di specifici risultati.

La configurazione organizzativa interna alla Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale, che meglio si presta all’individuazione delle modalità organizzative da mettere in atto per conseguire i risultati attesi, è quella staff – line; vengono definite in staff le strutture, semplici o complesse (in relazione alla complessità aziendale e della D.I.O.A.), riferite alla Formazione Continua, alla Formazione Universitaria, alla Ricerca e Sviluppo e alla Qualità e Accreditamento.

Dipendono in linea gerarchica le strutture, semplici o complesse (in relazione alla complessità aziendale e della D.I.O.A.), riferite alla Direzione Infermieristica e Ostetrica Ospedaliera e alla Direzione Infermieristica e Ostetrica Territoriale, per lo sviluppo e la gestione del personale ad esse afferenti.

Oltre al Direttore della Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale, le posizioni dirigenziali sono previste al vertice di ciascuna struttura individuata.

I criteri di accesso alle posizioni dirigenziali sono definiti nel D.P.C.M. del 25.1.2008.

Per le assegnazioni delle posizioni dirigenziali, le aziende devono inoltre tener conto:

- della rilevanza qualitativa di specifiche strutture di line e di staff, che dovranno essere predisposte per uno sviluppo qualificato e finalizzato al miglioramento dei modelli assistenziali centrati sulla persona assistita;
- dei carichi di lavoro relativi all'area di attività e alla disciplina coinvolta;
- del principio di proporzionalità e peculiarità dei diversi profili.

La Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale è quindi una struttura aziendale Complessa, costituita dall'insieme del personale infermieristico, ostetrico e di supporto, operante in tutti i settori organizzativi afferenti all'Azienda -, che indirizza, dirige, organizza, coordina e valuta l'attività di tale personale, in conformità alla pianificazione strategica e in coerenza e per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

La D.I.O.A., nelle sue articolazioni organizzative, interagisce con tutte le strutture organizzative aziendali previste dal Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale.

Tale integrazione deve riconoscere, come presupposto, il rispetto dei ruoli e delle responsabilità identificate per le diverse posizioni aziendali, nonché favorire l'espressione e la valorizzazione delle specifiche competenze professionali.

In presenza di Strutture Sanitarie non complesse, la Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale può assumere una configurazione interna più semplice, dove le articolazioni in staff – line possono essere identificate come Servizi in line e Uffici in staff alla Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale, oppure come Direzioni accorpate.

Anche le posizioni dirigenziali previste al vertice di ogni struttura interna individuata, possono essere negoziate, in funzione dei criteri prima stabiliti o per diversa aggregazione.

La mission della Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale (D.I.O.A.)

La Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale ha la responsabilità del governo clinico assistenziale per quanto riguarda il processo assistenziale nelle sue diverse componenti e concorre al perseguimento della mission aziendale, assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-organizzativa delle attività assistenziali erogate alla persona e alla comunità nell'ambito della prevenzione, della cura, della riabilitazione e palliazione, sulla base delle funzioni proprie e le responsabilità attribuite a ciascuna area individuata nella configurazione interna alla D.I.O.A., e nel rispetto dei profili delineati dalla norma per le professioni sanitarie ad essa afferenti, nonché degli specifici codici deontologici, in piena integrazione con i sistemi organizzativi aziendali.

In conformità alla pianificazione strategica e agli obiettivi conseguentemente definiti e concordati in sede di Direzione Generale, la D.I.O.A. svolge, per gli ambiti di competenza e attraverso uno specifico piano annuale, attività di indirizzo, di programmazione, di organizzazione e di valutazione dei risultati conseguiti, nonché di dirigenza, coordinamento e valutazione di tutto il personale ad essa afferente.

In particolare, la mission della D.I.O.A. è quella di garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute della persona/comunità, insieme alla soddisfazione nel proprio lavoro di tutto il personale ad essa afferente, attraverso la gestione di detto personale nelle articolazioni aziendali previste e secondo modalità e criteri uniformi nei principi e modulati alle diverse esigenze organizzative.

A tal fine, promuove:

- la condivisione della mission aziendale e la definizione degli obiettivi/risultato generali e specifici di ogni sua struttura interna;
- l'efficacia pratica e l'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche e ostetriche erogate, assumendo la centralità del paziente e del suo percorso verso il ripristino della salute in tutte le sue fasi come valore inalienabile, e definendo percorsi sanitari basati sull'integrazione delle diverse competenze professionali;

- la programmazione, direzione e gestione delle risorse professionali afferenti alla D.I.O.A., garantendone il migliore utilizzo nei processi di lavoro, attraverso: la pianificazione del fabbisogno delle risorse a medio e lungo periodo, la mappatura delle professionalità esistenti, l'elaborazione dei programmi di accoglimento, inserimento e addestramento del personale, l'identificazione dei criteri di monitoraggio e dei disagi lavorativi allo scopo di indirizzare azioni di sostegno e di integrazione, la valutazione del personale;
- la valorizzazione della multidisciplinarietà, intesa come ricchezza derivante dalle diversità delle competenze specifiche delle differenti professioni afferenti alla D.I.O.A.;
- l'individuazione e realizzazione di strumenti di integrazione funzionale ed organizzativa, nonché la valorizzazione, nei processi assistenziali e nei processi organizzativi, dell'integrazione delle diverse professionalità con la dirigenza medica;
- la definizione e l'adozione di standard assistenziali che pongano al centro la persona assistita;
- l'implementazione e il miglioramento continuo dei sistemi di qualità;
- la sicurezza dei processi finalizzata a garantire la massima tutela per gli utenti e per gli operatori;
- l'uso di una documentazione integrata e sviluppata a tutti i livelli dell'organizzazione;
- l'affinamento dei processi di responsabilizzazione professionale e di valorizzazione delle risorse umane;
- lo sviluppo della funzione di insegnamento, contribuendo alla formazione dei professionisti e offrendo corsi di alta formazione permanente e ricorrente, volti all'accrescimento della conoscenza e delle competenze;
- lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza, basati sugli effettivi bisogni rilevati e in continua evoluzione, e considerati in una ottica di economicità, di qualità e di coerenza con gli obiettivi aziendali;
- la ricerca in campo assistenziale, attraverso una costante ed organica interazione con le Università o Istituti di Formazione;

- la misurazione dei risultati raggiunti (outcome);
- la collaborazione con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e con le associazioni di volontariato;
- l'interazione con le strutture socio-sanitarie e con gli Enti Locali del territorio.

Are di responsabilità della Direzione Infermieristica e Ostetrica Aziendale

- Ha la responsabilità del governo clinico assistenziale complessivo, relativamente ai processi di assistenza infermieristica e ostetrica, alle attività di supporto e a quelle domestico-alberghiere, in un sistema integrato di cure;
- Promuove e sviluppa la revisione dei modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza, perseguendo la ricerca e lo sviluppo di un omogeneo sistema informativo relativo all'area assistenziale;
- Definisce le modalità di funzionamento organizzativo, con particolare riguardo a: rapporti tra le articolazioni gestionali e il servizio d'azienda, o rapporti tra specifici settori trasversali e le direzioni assistenziali di dipartimento (ove esistenti) o i coordinamenti di struttura, modalità di conduzione omogenea della gestione del personale all'interno dell'Azienda;
- Definisce, in relazione alla funzione di committenza esercitata dalle competenti articolazioni aziendali e in relazione ai programmi di sviluppo dell'assistenza e alle relative modalità organizzative, il fabbisogno complessivo delle risorse di personale attinenti a tale area, riguardo a: la consistenza numerica e la pianificazione del turnover (a questo proposito si interfaccia con la direzione delle risorse umane al fine di assicurare il rispetto delle dotazioni concordate), le abilità professionali e il piano di addestramento (a questo proposito collabora con le direzioni assistenziali di dipartimento o i coordinamenti di struttura, in modo da uniformare detto piano alle necessità produttive, e con la Direzione della Formazione in modo da garantire allo stesso la necessaria coerenza metodologica);

- Promuove le condizioni per facilitare l'attitudine al lavoro di gruppo e all'integrazione organizzativa, orientata alla multiprofessionalità e alla interdisciplinarietà;
- Promuove il piano di formazione, in collaborazione con le direzioni assistenziali di dipartimento o i coordinamenti di struttura, in modo da uniformare detto piano ai cambiamenti organizzativi pianificati, e con la Direzione della Formazione in modo da garantire allo stesso la necessaria coerenza metodologica;
- Promuove e sviluppa meccanismi operativi finalizzati alla definizione di indicatori di qualità dell'assistenza, e alla precoce rilevazione di eventi critici, secondo i criteri fissati dalla comunità scientifica, perseguendo obiettivi di eccellenza dei contenuti professionali;
- Collabora, per la parte di competenza alla definizione degli standard alberghieri, assicurandone la pertinenza ai bisogni degli utenti;
- Promuove e sviluppa progetti di ricerca e di sviluppo professionale, perseguendo la valorizzazione del personale "esperto" e l'integrazione delle professionalità presenti nella struttura, e privilegiando le aree di sviluppo aziendale alla cui individuazione partecipa;
- Promuove il monitoraggio di situazioni di disagio lavorativo al fine di attivare strumenti di supporto ai gruppi coinvolti;
- Collabora alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto e all'identificazione di sistemi premianti e di un sistema di valutazione delle prestazioni/competenze, specifico per le risorse professionali gestite e coerente con il più generale sistema aziendale, implementandolo e garantendone la gestione in modo omogeneo;
- Assicura, nel rispetto dei criteri concordati, il budget assegnato per la gestione dei sistemi premianti e delle prestazioni aggiuntive;
- Collabora alla definizione del sistema informativo del personale e redige la relazione annuale sulle attività della D.I.O.A.;
- Collabora con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e con le associazioni di volontariato;

- E' componente degli organi collegiali aziendali.

La dirigenza infermieristica/ostetrica, figura che si pone ai vertici di una Azienda Sanitaria, partecipa quindi direttamente al *government management* ai vari livelli dell'organizzazione. Le caratteristiche tipiche di una posizione dirigenziale/manageriale dovranno quindi essere: capacità strategiche, relazionali e operative.

Riassumendo, quello che maggiormente caratterizza questo ruolo è lo svolgimento delle funzioni di:

1. Pianificazione: es. contributo alla definizione della mission e delle politiche aziendali attraverso l'espressione delle esigenze e del punto di vista della professione;
2. Gestione: es. assegnazione del personale ai dipartimenti o alle unità operative sulla base della pianificazione, nonché di criteri e modalità di gestione definiti (articolazione orari di lavoro, protocolli,..);
3. Organizzazione: es. facilitazione della realizzazione di modelli innovativi di pratica infermieristica, volti ad applicare i principi di un'assistenza pianificata e personalizzata;
4. Direzione: es. promozione della motivazione del personale per coinvolgerlo nel perseguimento degli obiettivi aziendali;
5. Sviluppo delle risorse umane: definizione delle priorità in tema di formazione permanente e aggiornamento professionale del personale; programmazione, supervisione e valutazione di specifici interventi di formazione permanente e aggiornamento; definizione di percorsi e criteri per lo sviluppo professionale del personale;
6. Valutazione e controllo: contributo alla stesura della relazione annuale sulle attività.

Mentre contribuisce a:

1. Definizione della mission aziendale: esperto delle esigenze e richieste delle persone da assistere e della comunità, pone l'accento sui bisogni e sulle percezioni degli utenti; fa in modo che la mission aziendale tenga conto della filosofia della professione infermieristica; informa e istruisce il personale infermieristico e di supporto sulla mission aziendale;
2. Pianificazione aziendale: condivide la responsabilità della pianificazione aziendale e della sua messa in atto; fa in modo che la pianificazione aziendale tenga conto degli obiettivi della componente infermieristica; partecipa alla supervisione della realizzazione dei piani;
3. Qualità dell'assistenza: presenta i temi della valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica a partire dagli standard da garantire; influenza le decisioni aziendali per quanto riguarda la qualità dei servizi;
4. Gestione finanziaria: condivide la responsabilità della gestione finanziaria dell'azienda, contribuendo in particolare allo studio di misure volte a ottenere un risparmio di risorse;
5. Relazioni con la comunità: contribuisce a rappresentare l'azienda nelle relazioni con la comunità e nei programmi di competenza volti a tutelarne la salute;
6. Sviluppo dell'azienda: interpreta e rappresenta i bisogni della professione infermieristica in vista della pianificazione dello sviluppo dell'organizzazione; contribuisce all'implementazione della vision aziendale;
7. Sviluppo del servizio: presenta proposte per l'ampliamento dei servizi di assistenza e dei servizi aziendali nel loro insieme; contribuisce a incentrare la pianificazione aziendale sulle problematiche clinico – assistenziali.

Il profilo di competenza del Dirigente Infermieristico e Ostetrico riguarda pertanto le funzioni di:

- prevenzione

- diagnosi
- educazione alla salute
- assistenziale
- educazione terapeutica
- gestione
- formazione
- consulenza
- ricerca

e si esplica a:

- livello universitario
- livello di Unità Operativa Professionale semplice o complessa
- livello di Direzione di Dipartimento/Servizio (DAI).

In Italia, al momento, tredici Regioni hanno già istituito il servizio di Dirigenza delle Professioni Sanitarie, con un riferimento preciso all'interno del PSR, mentre le altre lo prevedono nelle linee guida per l'atto aziendale.

La *Regione Campania*, con la Legge n. 4/2001, istituisce distinti Servizi per le aree, presso ogni presidio ospedaliero e distretto di aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende universitarie, IRCCS, ARPA, strutture private.

Per la direzione di ciascun servizio prevede “concorsi per avviso pubblico e rapporto quinquennale, 8 anni di anzianità nel profilo, selezione per titoli di carriera accademici e di studio, pubblicazioni e titoli scientifici, curriculum formativo e professionale. In via transitoria, per le aziende sanitarie locali e ospedaliere rinvio all'art. 7 della 251. Il regolamento attuativo, approvato con decreto presidenziale

Giunta Regionale della Campania n. 336/2003 specifica funzioni, compiti, aspetti organizzativi.

Il 09/12/2005 l'Assessorato alla Sanità del *Lazio* ha firmato la circolare contenente le linee guida per l'applicazione della legge 251/2000 nella Regione Lazio.

La *Regione Toscana*, con la delibera n. 420/2001 di Giunta parte dalla considerazione che, a differenza di altre Regioni, ha da tempo previsto nella propria disciplina organizzativa delle aziende sanitarie i servizi infermieristici e le funzioni di direzione delle altre aree delle professioni sanitarie. Si ricorda che, già con la legge regionale di organizzazione n. 22/2000 prevedeva la nomina in ogni azienda di un Coordinatore Tecnico ed, altresì, con l'atto dell'11/4/2001 del Comitato di settore, in attesa dell'integrazione del vigente CCNL si procedeva, sia pure in via provvisoria, all'applicazione dell'art. 7 della 251/2000.

La *Regione Lombardia*, nel giugno 2002 con DGR n. VII/9490 istituisce l'Osservatorio delle Professioni Sanitarie (OPS) in attuazione del PSR 2002-2004.

L'Osservatorio delle Professioni Sanitarie vuole rappresentare per la Regione Lombardia una sede permanente di studio, sperimentazione e confronto, e uno strumento a supporto della politica regionale di valorizzazione delle professioni sanitarie. A tal fine la sua principale attività è orientata a definire e implementare linee guida per la personalizzazione dell'assistenza e per l'applicazione operativa delle leggi: 42/99 e 251/2000.

Il Consiglio Regionale del *Molise* Presidenza con la legge n. 64/2002, al fine di promuovere e concorrere alla formazione del personale sanitario, infermieristico tecnico della riabilitazione, della prevenzione ed ostetrica, nonché alla cura e il sostegno degli individui, delle famiglie e delle collettività, ed al fine di valorizzare e responsabilizzare le funzioni ed il ruolo delle professioni, in attuazione della legge 10 agosto n. 251/2000, istituisce il suddetto servizio quale struttura organizzativa

complessa dotata di autonomia tecnico - organizzativa nell'ambito dei compiti e delle funzioni previste.

La *Regione Basilicata* con la legge n. 39/2001 “Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale”, “disciplina l’attività e la composizione del Collegio di Direzione di cui all’art 17 del decreto legislativo di riordino anche con riferimento all’art. 7 c. 3 della Legge 10 agosto 2000 n. 251” ed “istituisce e disciplina il S.I.A. (Servizio Infermieristico Aziendale)”.

La *Regione Umbria* con deliberazione della Giunta regionale n. 1251/2003, indica le Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità dell’assistenza infermieristica.

La *Regione Marche* con la Legge di riordino n. 13 del 20 giugno 2003 istituisce, in conformità alla legge 10 agosto, n. 251/200, il dipartimento aziendale ed i dipartimenti di zona delle professioni tecniche, infermieristico ostetriche, della prevenzione e della riabilitazione.

Il Direttore del Dipartimento aziendale, individuato tra i dirigenti delle Professioni Sanitarie afferenti alle singole aree, infermieristico - ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione di cui al comma 4, viene nominato dal Direttore Generale Aziende Sanitarie e dai Direttori generali delle Aziende ospedaliere.

La *Regione Calabria*, con Deliberazione n. 313 del 2.05.2006 la Giunta regionale, in ossequio alle previsioni di cui all’art. 3 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., ha indicato le Linee Guida su cui le Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere dovranno elaborare il nuovo Atto Aziendale includente anche il Servizio Tecnico e Infermieristico ed il Servizio Sociale Professionale.

La *Regione Emilia – Romagna* con Delibera di Giunta – n. 2000/1882 – del 31/10/2000 ha indicato la direttiva alle Aziende sanitarie della regione per l’adozione dell’Atto Aziendale di cui all’art. 3 – D. Lgs 229/99, includente anche l’

istituzione, la disciplina, ruolo e funzioni del Servizio Infermieristico e Tecnico (SIT).

Regione Sicilia: DDL n. 647, “Valorizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie, ecc...” art. 7/251.

Regione Sardegna: PDL n. 424 del 6.3.2003: istituzione dei servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e tecniche della prevenzione.

La *Regione Puglia*, dapprima con Legge Regionale 30 dicembre 2005 n. 20, pubblicata sul BURP n. 160 Straord. del 30 dicembre 2005, al Titolo II - Capo I - Art. 4 - Comma 2, obbligava le Aziende Sanitarie, gli IRCCS e le Aziende Ospedaliere a dare attuazione di quanto disposto dalla Legge 251/00, successivamente con Legge Regionale 9 agosto 2006 n. 26, pubblicata sul BURP n. 104 del 11.08.2006, all’Art. 34, imponeva entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della Legge Regionale sul BURP, la costituzione dei rispettivi Servizi delle Professioni Sanitarie.

Nella sostanza, risulta che solo poche Regioni hanno effettivamente contemplato a quanto disposto dalla 251/00 ed hanno compiuto scelte concrete. In tal senso, sarebbe opportuno propendere per l’adozione di atti amministrativi (delibere di Giunta ad esempio), anche per evitare problemi di costituzionalità dopo l’intervenuta modifica dell’art. 117 della Costituzione.

Al momento, molte sembrano le possibilità in fieri che guardano al prossimo futuro: non ci resta che attendere l’ufficializzazione di una linea “comune” di condotta, che debba essere adottata da parte di tutte le aziende sanitarie per implementare le normative sulla neo-dirigenza.

CAPITOLO 3

Prospettive della Laurea Magistrale: la Didattica

L'impegno del Ministero della Salute, in materia di professioni sanitarie, è evidente a partire dal cosiddetto processo di riforma delle professioni sanitarie iniziato con l'emanazione della Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", con particolare riguardo a quattro filoni principali:

1. Istituzione degli Albi ed Ordini Professionali: il Ministro continua a credere nella fattibilità del processo di riforma ordinistica per le Professioni Sanitarie, non riuscendo a comprendere i motivi che a tutt'oggi vedono disatteso tale adempimento normativo, essenziale non soltanto per combattere l'abusivismo professionale quanto per una garanzia di appropriatezza delle prestazioni e tutela della salute del cittadino;
2. Titoli Equivalenti: in relazione all'Accordo Stato Regioni inerente i titoli pregressi equivalenti, sarà istituito un tavolo tecnico a cui parteciperanno i rappresentanti delle professioni sanitarie con l'obiettivo di definire i percorsi dedicati a colmare le eventuali lacune;
3. Valorizzazione della docenza delle Professioni Sanitarie;
4. Valorizzazione della carriera professionale: l'impegno del Ministero si concentra, oltre che nella valorizzazione delle attività di formazione, anche in relazione allo sviluppo della carriera professionale a cui consegue crescita nella professione, ritorno di status professionale e contrattuale.

La formazione universitaria per i professionisti dell'area sanitaria era stata già avviata con la riforma aziendalistica della sanità avvenuta con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", introdotta dalla Legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici", con l'istituzione dei corsi di Diploma Universitario (DU) di durata triennale (gli ordinamenti didattici universitari vengono organizzati in corsi integrati e raggruppati in settori scientifico-

disciplinari, art. 14). Successivamente, l'Università, in applicazione ai disposti del Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei", ha provveduto alla riforma dei cicli universitari, con l'istituzione di Diploma di Laurea (L) della durata di 3 anni e Diploma di Laurea Specialistica (LS) della durata di 2 anni. Infine, troviamo il Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509", che ha apportato due sostanziali modifiche: nuova definizione dei titoli conferiti a conclusione dei corsi di studio e revisione degli ordinamenti didattici dei Corsi di studio di ogni classe di laurea sulla base di obiettivi formativi qualificanti e attività formative indispensabili.

Con l'attivazione della formazione infermieristica e ostetrica universitaria (sino al suo attuale assetto che prevede Corso di Laurea e di Laurea Magistrale, Master di I e II livello, Dottorato di ricerca), si è dato il via ad una preparazione culturale, tecnica e organizzativo – gestionale di infermieri e ostetriche sicuramente più elevata, che si è poi espressa operativamente sia a livello assistenziale, che nella docenza, nella ricerca e nello sviluppo e gestione del personale.

Per quanto riguarda l'ambito della docenza, nello specifico, a infermieri e ostetriche in possesso della Laurea Magistrale viene riconosciuta l'opportunità di rivestire il ruolo di coordinatori degli insegnamenti teorico – pratici del corso di laurea, docente di Scienze infermieristico – ostetriche, tutor dei gruppi di classe e assistente di tirocinio nelle varie situazioni professionali, oltre a quello di formatore nell'educazione continua in medicina per il proprio profilo professionale e per i collaboratori dei quali si avvale.

L'iter di proposta legislativa per la docenza delle Professioni Sanitarie sta a tutt'oggi proseguendo nella messa a punto di alcuni aspetti di dettaglio, in quanto la valorizzazione della docenza professionale rappresenta una necessità sia per il Ministero sia per le Università per garantire la formazione dei futuri professionisti.

In data 8 maggio 2013 ai Rettori degli Atenei sedi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie viene trasmessa dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca la mozione approvata dall'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie nell'adunanza plenaria del 6 dicembre 2012 e firmata il 20 marzo 2013, concernente i requisiti di docenza e di direzione per i corsi di laurea delle professioni sanitarie, al fine di tenerne conto per l'adozione dei provvedimenti di rispettiva competenza, con le seguenti modifiche:

1) *Modifica denominazione di Coordinatore tecnico in Direttore delle attività didattiche*

Recepimento del parere ANVUR sulla modifica della denominazione di Coordinatore tecnico del corso in Direttore delle attività didattiche.

2) *Requisiti per l'incarico di Direttore delle attività didattiche*

Appartenenza allo specifico profilo professionale del corso e possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della classe di corrispondenza.

In deroga, in via transitoria e ad esaurimento, fino ai prossimi 5 anni solo per i Corsi di Audioprotesista, Igienista Dentale, Podologo e Tecnico Ortopedico sono esentati dal possesso della Laurea Specialistica/Magistrale della classe di appartenenza e possono essere incaricati anche in regime di part-time "in convenzione" i liberi professionisti in possesso di Laurea del profilo specifico.

3) *Docenti sulle attività MED/45-50*

Appartenenza allo specifico profilo professionale del corso, in possesso di laurea specialistica della rispettiva classe.

In deroga, per i profili che hanno meno di 1000 posti a bando annualmente sul territorio nazionale e nel caso di Docenti del corso già incaricati da almeno 5 anni, possesso di Laurea, oppure Diploma Universitario oppure titolo equipollente di cui alla Legge 42/99 e successivi rispettivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000.

Strutturato negli enti di cui al D.L.vo 502/92 oppure libero professionista "in convenzione".

4) *Tutor sulle attività MED/45-50*

Appartenenza allo specifico profilo professionale del corso, in possesso di titolo di studio specifico del profilo: Laurea, oppure Diploma Universitario oppure titolo equipollente di cui alla Legge 42/99 e successivi rispettivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000.

Strutturato negli enti di cui al D.L.vo 502/92 oppure libero professionista “in convenzione”.

Rapporto studenti per ogni operatore dello stesso profilo tra 1 a 1 e 2 a 1 (DM 24/9/1997, Tab.1, d2).

5) Affidamento attività formative MED/45-50

Tutte la attività didattiche relative alle discipline MED/45-50, dal minimo di 30 CFU della I classe Infermieristica e Ostetrica, ai 15 CFU minimi per le classi II Riabilitazione, III Tecnica e IV della Prevenzione, ai 3 CFU di Laboratorio e ai 60 di tirocinio, devono essere assegnate in esclusiva a docenti appartenenti allo specifico profilo professionale.

L'argomento dell'istituzione di nuove cattedre per le professioni sanitarie è oggetto di ampio interesse, tanto da registrare 3 diverse proposte: dopo la prima del Ministero della Salute pubblicata sul Sole 24 Ore Sanità del 26 gennaio 2010, ha fatto seguito

quella della Conferenza dei Corsi di Laurea presentata al meeting di Chieti il 15 e 16 maggio 2010 sui “Docenti Aziendali” (D.A.); nel frattempo un'altra proposta è stata avanzata dal Presidente del CUN (Consiglio Universitario Nazionale) Andrea Lenzi il 12 maggio a livello generale per tutte le varie aree disciplinari che prevede l'istituzione della figura di Docente Tecnico-Professionale con una specifica qualificazione nei vari campi del sapere tecnico identificata mediante la costituzione di appositi Settori Tecnico Professionali (STP), identificati dal CUN all'interno delle Aree.

Tutte e tre le proposte mirano a “valorizzare” il ruolo di circa 3.000 professionisti sanitari impegnati nelle varie attività didattiche fin dal 1996 nei Diplomi Universitari e dal 2001 nei rispettivi 461 corsi di laurea, attualmente ripartiti su 781 sedi: si conferma la normativa vigente dal 1997 in relazione di Diplomi Universitari delle professioni sanitarie, definita da parte del Ministero dell'Università il 14 luglio

e il 12 dicembre 1997, secondo cui: *“la ratio della norma è quella di favorire all’interno delle strutture ove si svolge la formazione, le competenze tecnico professionali, proprie delle specifiche professioni, a prescindere dall’appartenenza al ruolo del Servizio Sanitario Nazionale o Universitario”*.

L’obiettivo da raggiungere è unanimemente chiaro e condiviso, mancano invece indicazioni circa la tempistica e le procedure dei tre progetti, che in ogni caso meriterebbero di essere inglobati in una proposta unica per il successivo atto legislativo del Governo.

I dettagli della proposta del Ministero della Salute

Infermieri, ostetriche, ma anche tecnici della prevenzione e riabilitatori, avranno una corsia preferenziale per accedere alla docenza universitaria e soprattutto saranno equiparati in tutto e per tutto ai “professori” degli atenei.

A indicare la strada è una proposta di legge elaborata dal Ministero della Salute ora all’esame di associazioni e sindacati che prevede un nuovo stato giuridico per insegnamento e ricerca da tutor a presidenti di corso che provengano dalle professioni sanitarie dipendenti dagli ospedali.

L’area funzionale «docenza e ricerca» comprenderebbe tutte le funzioni che riguardano le attività dei corsi universitari per le professioni sanitarie relative sia al tirocinio che alla docenza degli insegnamenti teorici.

Ecco la bozza dell’articolato proposto dal Ministero e in discussione (fonte Il Sole 24 Ore Sanità):

- a) Il Servizio sanitario nazionale, oltre ai compiti di prevenzione, cura e riabilitazione stabiliti dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, contribuisce alla ricerca biomedica, infermieristica – ostetrica e degli altri settori sanitari, nonché alle attività di didattica delle professioni sanitarie.
- b) La formazione universitaria delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, svolgendosi, per effetto del terzo comma dell’articolo 6 del decreto

legislativo 502/92, all'interno dei servizi e presidi delle Aziende e Istituzioni sanitarie, viene svolta, di norma, da docenti dipendenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

- c) Al fine di valorizzare il ruolo dei docenti dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale è modificato, con la presente legge lo stato giuridico delle professioni sanitarie, così come disciplinato dall'art. 6 della Legge 43/06 al fine di coniugare l'esigenza del riconoscimento della loro funzione di docenza con la loro accresciuta professionalità raggiunta nelle attività di tutela della salute, in continua evoluzione scientifica e tecnologica.
- d) All'articolo 6 della legge 43/06 è aggiunto il successivo comma: «e) istituita per ognuna delle articolazione di cui ai precedenti commi le seguenti aree funzionali: clinica, gestionale, docenza e ricerca».
- e) La collocazione del professionista sanitario in una delle tre aree di cui al precedente punto, è disposta, con atto motivato dell'azienda o istituzione sanitaria, dalla quale dipende, al termine del primo triennio successivo all'assunzione, sulla base dei posti disponibili e sulla base del possesso di requisiti culturali e professionali predeterminati, definiti in sede di contrattazione collettiva nazionale che prevederà e regolerà, altresì, la mobilità orizzontale nelle diverse aree da parte del dipendente in possesso dei requisiti previsti, sia a seguito di una sua motivata richiesta che per effetto di processi di riorganizzazione aziendale.
- f) L'area funzionale «docenza e ricerca» comprende tutte le funzioni attinenti alle attività dei corsi universitari per le professioni sanitarie relative sia al tirocinio che alla docenza degli insegnamenti teorici. Al personale appartenente a quest'area, in relazione alla funzione di competenza svolta, è attribuito il termine di: tutor, coordinatore di anno di corso di laurea, professore, direttore di corso di laurea, presidente di corso di laurea.
- g) L'incarico di docente a un dipendente da aziende e istituzioni sanitarie, è attribuito, in sede di conferimento di primo incarico, per la durata da tre a cinque anni ed è confermato a tempo indeterminato, superato tale periodo positivamente, quale incarico di professore di corso di laurea di professione

sanitaria, se si tratta di un appartenente alle professioni sanitarie infermieristica – ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione è collocata all'interno dell'area funzionale «docenza e ricerca» di cui al precedente punto, sino a mutarsi delle condizioni soggettive e oggettive sulla base dei criteri stabiliti dai protocolli Regioni/Università, definiti a seguito di consultazione con le Organizzazioni sindacali del comparto contrattuale di riferimento; con la medesima procedura saranno stabiliti i criteri e la procedura per la verifica triennale sull'attività svolta di docente che, se negativa, può prevedere anche la revoca motivata dell'incarico d'insegnamento.

- h) I professori dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, dipendenti da aziende e istituzioni sanitarie, e incaricati a tempo indeterminato, sulla base delle procedure di cui al precedente punto, partecipano con una loro rappresentanza al Consiglio di Facoltà, e con i medesimi diritti e doveri dei professori di ruolo dipendenti dalle Università, in linea e nel rispetto della specificità indicata dal terzo comma dell'art. 6 del D.Lgs. 502/92, all'attività dei corsi di laurea.

Se tutto questo fa ben sperare, dall'altra parte della barricata vi sono però le vicende legate alla revisione dei settori scientifico disciplinari universitari: per alcuni potrà sembrare una questione limitata agli addetti ai lavori, in realtà le ripercussioni per lo sviluppo della professione possono essere particolarmente gravi e significative.

I *settori scientifico disciplinari (SSD)*, introdotti all'art. 14 della Legge 19 novembre 1990, n. 341 “Riforma degli ordinamenti didattici”, e ridefiniti con il Decreto MURST 4 ottobre 2000 “Rideterminazione e aggiornamento dei settori scientifico disciplinari e definizione delle relative declaratorie, ai sensi dell'art. 2 del D.M. 23.12.99” sono delle classificazioni che descrivono le conoscenze, le competenze e gli ambiti di ricerca facenti capo a una disciplina di insegnamento in università: gli insegnamenti vengono cioè raggruppati in base a criteri omogeneità scientifica e

didattica. Quando attraverso la partecipazione a un concorso e la sua vincita si diventa docenti universitari, si viene riconosciuti particolarmente preparati ed esperti in un campo specifico in cui si eserciterà l'attività di docenza, di ricerca e per quanto riguarda l'area medico-sanitaria anche l'attività di assistenza: il SSD ha al suo interno delle definizioni che descrivono sinteticamente tale campo specifico denominate declaratorie.

Attualmente le diverse conoscenze e competenze che costituiscono oggetto di docenza universitaria sono raggruppate in 14 aree: le scienze mediche si trovano nell'area 06. Quest'area comprende 50 Settori Scientifico Disciplinari, tra cui, come settori previsti per infermieri e ostetriche, troviamo:

- *MED/45* Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche (ex F23A Scienze Infermier. - F23B Scienze Infermier. Pediatriche): tale settore si interessa dell'attività scientifica e didattico – formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della infermieristica generale, pediatrica e neonatale; sono ambiti di competenza del settore la metodologia della ricerca in campo infermieristico, la teoria dell'assistenza infermieristica, l'infermieristica clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica dell'area critica e dell'emergenza e la metodologia e organizzazione della professione;
- *MED/47* Scienze Infermieristiche Ostetrico – Ginecologiche (ex F23C Scienze infermieristiche ostetrico – ginecologiche): infermieristica speciale ostetrico – ginecologica.

Avere un SSD proprio significa per la professione infermieristica il completamento del percorso che circa quindici anni fa ha visto l'entrata della formazione infermieristica e ostetrica di primo livello in Università. Essere in Università non solo con gli studenti, ma anche con infermieri e ostetriche docenti significa un riconoscimento a tutto tondo che l'attività infermieristica e ostetrica è basata su specifiche conoscenze complesse e articolate che necessitano di un percorso di formazione superiore per essere acquisite, sistematizzate e tradotte in capacità professionale. Inoltre e non meno importante è la possibilità di far crescere le conoscenze attraverso la ricerca e segnatamente la ricerca infermieristica, per poterle

trasmettere ai futuri professionisti che dovranno garantire nei diversi ambiti prestazioni assistenziali di qualità sempre maggiore a beneficio delle persone che necessitano della loro assistenza.

La scomparsa o l'accorpamento del Scientifico Disciplinare MED/45 (e MED/47) creerebbe un forte rischio che si interrompa il processo evolutivo e di riconoscimento sociale che la professione infermieristica e ostetrica stanno finalmente vivendo in questi ultimi anni. La presenza e l'attività di docenti universitari appartenenti ai SSD MED/45 e MED/47, va senz'altro vista come uno degli elementi che mette in luce come aggiornate conoscenze infermieristiche e ostetriche opportunamente tradotte in competenze, siano un contributo fondamentale e irrinunciabile per il mantenimento e il recupero della salute delle persone.

Attualmente in Italia abbiamo 34 professori di MED/45 tra cui un professore ordinario, 16 professori associati e 17 ricercatori. Se pensiamo che i primi concorsi universitari sono iniziati alla fine degli anni '90 possiamo ritenere questo numero un risultato non trascurabile; al tempo stesso non bisogna dimenticare che oggi il 75% circa degli iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia sul territorio nazionale sono studenti di infermieristica ai diversi livelli di formazione. Anche per questo motivo è indispensabile un incremento costante dei docenti di Scienze Infermieristiche.

La presa di posizione della Federazione Nazionale IPASVI per la professione infermieristica e della FNCO per quanto riguarda la professione ostetrica è decisamente contraria alla soppressione o all'accorpamento del settore disciplinare Med45 nell'ambito della riduzione dell'attuale numero di corsi di laurea, prevista dal Decreto legge 180 di riforma dell'Università. In particolare, ci sono significative affermazioni e impegni sul fronte:

- dell'istituzione di un'area funzionale di docenza e ricerca comprensiva di tutte le funzioni attinenti alle attività dei corsi universitari delle professioni

infermieristica e ostetrica relative al tirocinio e alla docenza degli insegnamenti teorici;

- del futuro inquadramento, stabilizzazione e riconoscimento nel ruolo di professori dei docenti infermieri e ostetriche;
- della valorizzazione in ogni struttura del sistema sanitario italiano della capacità di governo che la professione infermieristica e ostetrica hanno sviluppato in questi anni.

CAPITOLO 4

Prospettive della Laurea Magistrale: la Ricerca

I cambiamenti verificatisi nello sviluppo sanitario e demografico, specialmente nei Paesi industrializzati dell'Europa, esigono dei fondamentali mutamenti nell'assistenza infermieristico – ostetrica e negli altri servizi sanitari.

In particolare, la ricerca e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica sono divenuti sempre più essenziali con l'insorgere di nuovi e più ampi problemi sanitari e sociali, che hanno avuto come origine l'allungamento della vita media, il cambiamento degli stili di vita, le crescenti aspettative degli utenti di assistenza sanitaria e l'aumento delle tecnologie mediche.

In Italia lo sviluppo della ricerca infermieristica e ostetrica è andato di pari passo con l'entrata della formazione infermieristica in Università.

Per definire lo *sviluppo della ricerca infermieristica* nel nostro Paese è opportuno considerare le varie tappe del percorso storico-normativo della professione infermieristica, laddove si evidenziano indirizzi e contenuti relativi alla ricerca infermieristica e ostetrica stessa, al fine di conoscere e valutare gli ambiti, le possibilità e gli spazi normativi.

Di seguito espongo le tappe normative più significative, che rendono l'idea del percorso nel quale si è sviluppata la ricerca infermieristica e ostetrica in Italia:

- Il D.P.R. 31.10.74 n. 878 “Modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Milano”, istituisce dall'anno scolastico 1975/76, la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (S.U.D.I.) di durata biennale; è la terza scuola universitaria in Italia con un programma nuovo, elaborato con la consulenza OM: nel piano studi della scuola è previsto al II anno *un corso di ricerca infermieristica*.

- Il D.P.R. 20.12.79 n. 761 “Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”, all’articolo 45 tratta le attività didattiche, di ricerca e di aggiornamento tecnico-scientifico, riportando che “il personale appartenente ai profili professionali per i quali è richiesto il possesso di un diploma di laurea o di un titolo di abilitazione professionale può, a domanda, essere autorizzato ad assumere incarichi di insegnamento o di *ricerca scientifica* sempreché compatibili con i doveri del servizio e non configuranti un distinto rapporto di impiego”.
- A livello di normativa universitaria, il D.P.R. 11.7.1980 n. 382 “Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica”, introduce un nuovo assetto della docenza universitaria, istituendo i corsi di Dottorato di Ricerca quale titolo accademico valutabile nell’ambito della ricerca scientifica, conseguito in seguito allo svolgimento di attività di ricerca successiva al conseguimento della laurea, e il *ruolo dei Ricercatori universitari* che “contribuiscono allo sviluppo della ricerca scientifica universitaria ed assolvono a compiti didattici integrativi dei corsi di insegnamento ufficiali”. Si sottolinea inoltre che l’Università è sede primaria della ricerca scientifica.
- La Legge regionale della Lombardia 31.8.1981 n. 53 “Procedure relative all’attuazione delle ricerche nel settore sanitario”, ove si dice che la Regione ai fini della formazione e dell’attuazione del Piano Sanitario Regionale lombardo, promuove l’organizzazione e ad obiettivi diversi lo svolgimento delle *ricerche finalizzate* di interesse regionale nel campo sanitario, non escludendo agli infermieri la possibilità di realizzare ricerche in ambito sanitario, di natura infermieristica, con le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge stessa.
- La Legge 19.11.1990 n. 341 “Riforma degli ordinamenti didattici universitari”, che chiarisce e riordina i corsi universitari esistenti, all’articolo 1, stabilisce che le università rilasciano tra i vari titoli quello di *dottorato di ricerca (DR)*.

- Con il Decreto MURST 2.12.1991 “Modificazioni all’ordinamento didattico universitario relativo al corso di Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche”, viene sancita la formazione di base infermieristica a livello universitario: nel corso integrato di medicina sociale E.7, del terzo anno, II semestre, si ritrova oltre ad altre materie, tra le quali la sociologia e la medicina del lavoro, la *metodologia della ricerca*, che in pratica, per la prima volta viene compresa tra i programmi della formazione di base.
- In quel periodo viene anche pubblicata la Delibera della Regione Lombardia 22.11.91 n. 14886/san “bando di invito a presentare *progetti di ricerca* finalizzata nell’area 1, servizi sanitari”, che rappresenta un ulteriore stimolo alla realizzazione, anche da parte degli infermieri, di ricerche finalizzate, espressione dell’esigenza sempre più presente di realizzare ricerche e poter utilizzare i risultati.
- Anche il D.M. del Ministero della Sanità 14.9.1994 n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere” e il D.M. del Ministero della Sanità 14.9.1994 n. 740 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’ostetrica/o” dopo aver riportato le funzioni alle quali lo stesso è chiamato a partecipare, sanciscono che “l’infermiere e l’ostetrica/o contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed *alla ricerca*”.
- Il Decreto Ministeriale 24.7.1996 “Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell’area sanitaria, in adeguamento dell’articolo 9 della Legge 19.11.90 n. 341“, modifica la precedente tabella XXXIX-ter. In essa non è più previsto l’insegnamento al terzo anno della *metodologia della ricerca*, ma all’art. 1 tra le finalità del corso di D.U. si afferma che “durante il corso lo studente deve conseguire (...) acquisire la capacità di aggiornarsi, di valutare i propri comportamenti e di *svolgere attività di ricerca*.”

- Il Decreto MURST 3 novembre 1999 n. 509, istitutivo delle lauree di I e II livello, conferma che gli Atenei, nella loro autonomia didattica, rilasciano il titolo di dottore di ricerca (art 3, comma 7), stabilendo che per l'ammissione al relativo corso di studi (art. 6, comma 5) è necessario essere in possesso della Laurea Magistrale ovvero di altro titolo di studio conseguito all'estero e riconosciuto idoneo.
- Infine, nel Decreto 2.4.2001 del MURST “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie” nell’esposizione della classe delle lauree specialistiche nelle scienze infermieristiche e ostetriche tra gli obiettivi formativi qualificanti si recita “i laureati specialisti nella classe possiedono una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e *di ricerca* in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe (...) ; hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e *della ricerca scientifica* (...); le conoscenze metodologiche acquisite consentono loro di intervenire nei processi formativi e *di ricerca peculiari* degli ambiti suddetti (...) e di *applicare i risultati di ricerche pertinenti* per migliorare la qualità dell’assistenza, effettuare una ricerca bibliografica. Gli stessi sono inoltre in grado di: “*applicare i fondamenti metodologici della ricerca scientifica* all’assistenza, all’organizzazione dei servizi pertinenti e *alla ricerca; orientare la ricerca* e l’assistenza pertinente; progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati su *risultati di ricerca* (...); verificare l’applicazione dei *risultati di ricerca* in funzione del continuo miglioramento di qualità dell’assistenza; *sviluppare la ricerca* e l’insegnamento riguardo a specifici ambiti della disciplina pertinente alla specifica figura professionale e dell’assistenza (...)”.

Nell’ambito delle attività formative, contenute nel medesimo Decreto, non si riscontra però “la ricerca infermieristica” tra i settori scientifico-disciplinari: potremmo dire che la storia si ripete, vengono fissati obiettivi e poi si tolgono gli strumenti per raggiungerli.

Come in tutti i Paesi occidentali, anche in Italia i primi passi della ricerca sono stati fatti in ambito universitario e gli elaborati di diploma degli studenti (tesi) ci permettono di fare una prima analisi dell'evoluzione *dell'interesse infermieristico e ostetrico nei campi della ricerca*.

Le tesi costituiscono infatti, il primo passo in Italia, realizzato in ambito universitario, che apre la strada alla ricerca in genere. Infatti, il piano di studi afferma che "l'esame di diploma consiste in una discussione di una tesi scritta, su un argomento riguardante l'insegnamento della scuola scelto dagli studenti ed approvato sia dal direttore della scuola che dal docente di "nursing".

Sin dal primissimo anno di istituzione della scuola, o meglio dall'anno 1976/1977, quando si sono svolti i primi esami di diploma, le tesi scritte ed elaborate dagli studenti della scuola sono state tesi di ricerca infermieristica, che a seconda dell'interesse della scuola e dello studente, oltre che della situazione, del periodo nel quale sono state trattate, riguardavano i *tre campi di indagine della ricerca infermieristica: assistenza infermieristica, formazione infermieristica ed organizzazione o management infermieristico*.

I dati, emersi da una ricerca del 1997, relativi ai primi 20 anni della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche SUDI (1976-1996) confermano che sono state elaborate 270 tesi.

Dall'analisi delle suddette tesi è emerso che, di queste 258 riguardano la sfera infermieristica di cui 207 la professione infermieristica, in particolare l'evoluzione storico-sociale della professione e 51 ineriscono l'assistenza infermieristica (centralità della disciplina infermieristica, consolidamento della identità professionale, capacità di esprimere la propria identità di infermiere docente e dirigente).

Va sottolineato inoltre che, dall'analisi dei dati relativi alle tesi, emerge come dagli anni 1980-1984 il numero dei docenti infermieri relatori è andato progressivamente aumentando, a ulteriore conferma dello spazio sempre più ampio che la disciplina infermieristica ha fatto proprio all'interno della Scuola Universitaria.

Vediamo ora per quale motivo la ricerca infermieristica è oggi considerata una “necessità”: *la ricerca è una necessità attuale*, poiché consente la realizzazione e la valutazione della pratica favorendo quindi il miglioramento qualitativo dell’assistenza individuale e di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa o volta alla riabilitazione. La ricerca infermieristica e ostetrica permette di *definire e validare le conoscenze*, in modo da poterle diffondere e consente di migliorare la formazione pratica iniziale e quella in corso di servizio. In ultima analisi essa *favorisce il miglioramento dello status professione, occupandosi principalmente dell’assistenza infermieristica e della sua valutazione, della pianificazione ed organizzazione dell’assistenza sanitaria, della professione e della sua storia.*

Secondo il Consiglio d’Europa: “Gli operatori delle professioni infermieristica e ostetrica, essendo il gruppo più numeroso di operatori sanitari, assorbono la quota maggiore di salario nel bilancio dei servizi sanitari e forniscono in modo altamente significativo un’assistenza continuativa agli utenti. I membri della professione infermieristica – ostetrica sono quindi una componente chiave ed una parte vitale di tutti i servizi sanitari. Mentre è chiaro che il contributo di questi professionisti all’erogazione dell’assistenza è della massima importanza, ne consegue che infermieri e ostetriche hanno un interesse professionale ed *una responsabilità nell’assicurare che i servizi da loro erogati si basino sui risultati della ricerca.*

Come la ricerca sulla pratica infermieristica è parte integrante della ricerca sui servizi sanitari, così infermieri e ostetriche sono una componente integrante e vitale del sistema di erogazione di assistenza sanitaria. *Il costo della ricerca infermieristica ed il ritorno che si ha da quanto in essa investito devono essere visibili nell’erogazione dei servizi.* Coloro che gestiscono e finanziano i servizi sanitari hanno bisogno di informazioni basate sulla ricerca per dimostrare l’efficacia ed il positivo rapporto costo/beneficio di tali servizi.

Analogamente, i formatori hanno bisogno di informazioni per assicurarsi che gli studenti di questa nuova disciplina siano educati nel modo appropriato a renderli professionisti responsabili. Infine, gli utenti dei servizi sanitari devono essere certi che chi eroga assistenza conosca appieno le pratiche appropriate ed attuali.

Tutti questi fattori costituiscono un'unica e significativa opportunità per sviluppare il ruolo di infermieri e ostetriche nella ricerca e nello sviluppo dei servizi sanitari”.

Il concetto di “necessità” può essere letto come responsabilità professionale nei tre campi della disciplina: formazione, organizzazione e assistenza.

La ricerca può dare un enorme contributo agli stessi campi nella nostra realtà:

1. nella formazione l'analisi della normativa ha indicato il passaggio della formazione infermieristica dalle scuole professionali all'Università; il percorso formativo di I livello sembra talvolta formare dei “mini-medici” o dei “medici mancati”. Infermieri e ostetriche docenti (MED/45 e MED/47) sanno trovare all'interno del curriculum gli spazi che aiutano lo studente ad identificarsi nella professione? Si preparano figure professionali autonome, responsabili o operatori dipendenti da altre figure?

La ricerca infermieristica può inserirsi in questa problematica e contribuire a risolvere questa difficoltà, elaborando i contenuti dei corsi infermieristici. Infermieri e ostetriche docenti devono essere preparati e non dipendenti dalle strutture sanitarie, ove i tirocini si svolgono: questo darà più libertà nella gestione del programma sia teorico che pratico. Raggiungere questi obiettivi è una responsabilità professionale del singolo docente e della professione.

2. la normativa ha riconosciuto la dirigenza infermieristica, ma questa deve essere “riempita” di contenuti. Devono essere gli infermieri a valutare i carichi di lavoro degli infermieri, la qualità dell'assistenza, i livelli di responsabilità del personale dipendente e i costi dell'assistenza infermieristica. Questi sono solo alcuni esempi dei temi di studio della ricerca infermieristica nell'organizzazione, che diviene valido supporto nella funzione dirigenziale infermieristico – ostetrica. Raggiungere questi obiettivi è responsabilità della professione.
3. infine, nell'ambito assistenziale non è più possibile procrastinare l'introduzione di un'assistenza legata ai bisogni di assistenza infermieristica dell'individuo e della collettività. Non vi sono più vincoli che non lo

permettano: anche il mansionario, ultimo ostacolo, è stato abolito. In questo campo esistono molte ricerche italiane e straniere.

La formazione deve porsi questo obiettivo, l'organizzazione deve favorire il cambiamento e l'infermiere e l'ostetrica devono essere preparati ad assistere la persona che ha un bisogno di assistenza.

Infermieri e ostetriche devono essere in grado di collaborare all'individuazione di strategie ed alla determinazione delle priorità, tramite la ricerca su obiettivi e la valutazione. La *ricerca infermieristica e ostetrica* può essere definita come un'indagine sistematica che, utilizzando la stessa metodologia, conoscenze ed abilità comuni ad altre forme di ricerca, è tesa a *sviluppare conoscenze che siano di guida e sostegno a tutto il campo della pratica infermieristico – ostetrica* ed alla relativa disciplina, ed è diretta a promuovere la salute, il benessere e la qualità della vita dell'individuo e della collettività, il che presuppone la consapevolezza ed il riconoscimento delle funzioni e delle responsabilità dell'assistenza infermieristica entro il sistema sanitario di una società che sta cambiando e richiede la comprensione e la valutazione dei fenomeni che rivestono un interesse primario per l'assistenza infermieristico – ostetrica e per le persone cui sono rivolti i servizi.

Ostetriche e infermieri devono essere quindi coinvolti nella ricerca e interessarsi alla ricerca: i processi di Evidence Based Practice e di Decision Making, unitamente allo sviluppo di un pensiero critico, portano tali figure professionali a mettere in atto la migliore pratica basata sull'evidenza.

In particolare, Rees (2011) afferma che le ostetriche hanno bisogno di essere coinvolte nella ricerca per essere maggiormente in grado di utilizzarla come strumento nella pratica clinica quotidiana, creando così una stretta connessione tra produzione e uso della ricerca: per raggiungere un alto standard di assistenza ostetrica (ma non solo), le decisioni cliniche dovrebbero basarsi sulle migliori evidenze disponibili, ed è proprio qui che entra in gioco la Evidence Based Practice, la quale può essere definita come un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra esperienza del professionista e l'utilizzo

coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili (Sackett et al. 1996). I professionisti della salute dovrebbero quindi essere in grado di ricercare, valutare e applicare le migliori evidenze scientifiche, con un'attitudine verso l'implemento di linee guida e percorsi assistenziali aggiornati. Solo in questo modo le organizzazioni sanitarie possono avere la possibilità di fornire la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze a disposizione (Dawes et al. 2005).

Non stupisce, quindi, che la riforma degli ordinamenti didattici universitari avviata nel 1990 con la legge 341 (art. 5), ponga in rilievo, per gli operatori delle professioni sanitarie in possesso della Laurea Magistrale nella classe di pertinenza, la formazione universitaria di terzo livello e in particolare il dottorato di ricerca, che giocano un ruolo di fondamentale importanza per il completamento della formazione universitaria successiva alla laurea magistrale.

L'istituzione dei corsi di dottorato di ricerca, regolati da specifiche disposizioni di legge e finalizzati alla formazione di personale di ricerca munito di alta qualificazione scientifica in specifici settori disciplinari, di norma destinato alla funzione di ricercatore in ambito universitario, si ha ufficialmente con l'apertura nell'anno 2006 dei primi bandi per Dottorati di Ricerca Infermieristici: comincia Roma, seguita da Firenze, in collaborazione con la Federazione nazionale Collegi IPASVI.

Il Dottorato di ricerca in Scienze infermieristiche viene definito come un percorso di formazione universitaria triennale successivo alla Laurea Specialistica o Magistrale, che mira a fornire ai professionisti dottorandi una cultura scientifica e tecnica di alto livello, competenze avanzate e strumenti metodologici necessari per esercitare attività di ricerca e di alta qualificazione presso Università, enti pubblici e soggetti privati.

E' finalizzato all'approfondimento dello studio della disciplina e dalla ricerca applicata alle Scienze infermieristiche.

Il XXVI ciclo (2010/2011) di Dottorato di ricerca in Scienze infermieristiche è stato attivato nelle Università di Firenze, Genova, L'Aquila, Roma e Trieste:

- Firenze : dottorato di ricerca in Scienze Cliniche
- Genova: dottorato di ricerca in Metodologia della Ricerca in Scienze Infermieristiche
- L'Aquila: dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche
- Roma Tor Vergata: dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche
- Trieste (convenzionate le Università di Brescia e Torino): dottorato di ricerca in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo ad indirizzo genetico – molecolare, medicina materno – fetale, relazionale – educativo, clinico epidemiologico (SSD MED/47).

In particolare, il Dottorato di Metodologia di Ricerca in Scienze Infermieristiche (Genova) ha l'obiettivo di preparare professionisti in grado di condurre studi indipendenti finalizzati ad ottenere un miglioramento qualitativo delle capacità di risposta ai problemi di salute dei cittadini. La ricerca infermieristica offre le basi per la diffusione di un'unica entità del sapere scientifico che costituisce il fondamento della disciplina infermieristica. Gli studi di ricerca orientati all'applicazione pratica nel campo della clinica della didattica e dell'organizzazione contribuiscono in modo determinante alla dimostrazione dell'efficacia dell'intervento infermieristico offrendo una base teorica di riferimento e un supporto al processo decisionale sulla modalità di erogazione delle prestazioni infermieristiche, sulle modalità organizzative e formative. Tali capacità dovranno essere espresse attraverso il miglioramento organizzativo, la revisione dei modelli assistenziali e l'implementazione della metodologia clinica infermieristica.

Nello specifico questi professionisti dovranno essere in grado di:

- condurre, autonomamente o in collaborazione, studi osservazionali e/o sperimentali e di integrarsi con gruppi multidisciplinari in attività di ricerca;
- facilitare l'integrazione della conoscenza scientifica disciplinare con le altre discipline per consentire l'avanzamento delle scienze infermieristiche;
- determinare le priorità di ricerca di intervento in ambito clinico, organizzativo e formativo in base alle criticità evidenziate;

- utilizzare a fini clinico assistenziali, didattici e organizzativi i risultati derivanti dalle attività di ricerca;
- sviluppare teorie sui fenomeni rilevanti per l'assistenza infermieristica tramite la ricerca empirica e processi di analisi;
- utilizzare metodi analitici ed empirici per modificare o accrescere la conoscenza scientifica in modo che possa essere rilevante per la professione infermieristica;
- sviluppare metodi di indagine scientifica infermieristica;
- condurre studi di ricerca in ambito clinico, didattico ed organizzativo per valutare l'impatto dell'assistenza infermieristica sul benessere del paziente e sulla formazione professionale anche dal punto di vista psicologico;
- sviluppare metodi per monitorare la qualità della pratica infermieristica

E' tuttavia noto che, malgrado l'importanza della ricerca e dello sviluppo dei servizi infermieristici, la ricerca infermieristica di base è scarsamente sviluppata e che nella professione sono pochi gli esperti in materia. E' quindi *necessario* promuovere iniziative che contribuiscano a porre rimedio a tale insufficienza. Le questioni di responsabilità professionale forniscono la base su cui la professione può esaminare i propri bisogni di ricerca e di sviluppo.

C'è quindi ancora molto da fare per la ricerca infermieristica e ostetrica.

Per prima cosa, devono essere infermieri e ostetriche stessi a credere nella ricerca infermieristica, a "riscoprirla" ed operare per rendere concreta questa attività, con la determinazione che ci contraddistingue e che ha permesso in tutti questi anni di vincere grosse battaglie a beneficio della professione e di raggiungere mete che in passato potevano sembrare utopie.

Infatti, quanto detto dal Comitato Europeo per la Sanità nel 1996 a Strasburgo e ricordato all'inizio, è tuttora valido. Sono passati anni ma la problematica pare la stessa, tant'è che oggi si discute ancora delle difficoltà di "reperimento del personale in campo sanitario ed in particolare nel settore del nursing" e tra le cause vi è ancora un'immagine sociale dell'infermiere bisognosa di miglioramento e di riscatto.

Così, l'antidoto a questo può essere il rilancio della "ricerca infermieristica" partendo

dallo stesso presupposto di sette anni fa: *"una pratica basata sulla ricerca migliora la qualità dell'assistenza e quindi lo status della professione"*.

La professione infermieristica e ostetrica si deve porre i seguenti obiettivi:

- promuovere un ulteriore sviluppo della ricerca infermieristica e ostetrica;
- promuovere lo sviluppo di proposte di ricerche che mettano gli infermieri in grado di basare la loro pratica su conoscenze scientifiche;
- rafforzare e promuovere la ricerca infermieristica sulle implicazioni che le politiche sanitarie hanno per lo sviluppo del personale infermieristico – ostetrico, tenendo nella dovuta considerazione la gestione del servizio, i bisogni clinici e la formazione;
- sviluppare la rete di centri di ricerca già esistenti e promuovere legami con la rete attuale, centro di consulenza per le istituzioni che determinano la politica.

La ricerca infermieristica e ostetrica era dunque la sfida di ieri ed è veramente una necessità di oggi; inevitabile ed irrinunciabile per completare l'evoluzione della professione infermieristica e ostetrica in Italia.

CAPITOLO 5

Stato dell'arte in Italia: uno studio osservazionale

Da un punto di vista sociologico, per definire una professione come tale, è necessario tenere presente come e quanto si siano sviluppate nel tempo ed espresse le numerose dimensioni che la costituiscono. In merito a ciò, una ricerca etnografica ha portato ad affermare come per le ostetriche e gli infermieri italiani il processo di professionalizzazione non sia ancora pienamente avvenuto.

Ai termini del decreto, la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche mira alla formazione di una figura professionale dotata di competenze avanzate e approfondite nell'ambito professionalizzante delle discipline infermieristiche e ostetriche per lo svolgimento di interventi di carattere assistenziale nell'ambito di quattro macro-aree: assistenza infermieristica e assistenza ostetrica, organizzazione e management, ricerca e innovazione, formazione e educazione. Tuttavia, a tutt'oggi non è ancora perfettamente chiara la spendibilità del titolo nel contesto sanitario in assenza di norme che regolino le prospettive occupazionali e di carriera e si rende ancora oggi necessario prevedere e delineare i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del S.S.N., delle Strutture Universitarie, delle altre Amministrazioni Pubbliche e Private, autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate: troppo spesso di fatto ai livelli successivi di preparazione (laurea triennale, master di primo livello, laurea magistrale) non corrispondono ruoli diversi (Gamberoni, 2008).

A questo proposito è stata realizzata un'indagine sulla realtà occupazionale dei laureati magistrali della classe SNT/1 in Italia: si tratta di uno studio quantitativo osservazionale descrittivo prospettico in cui si sono assunte come variabili da indagare, caratterizzanti l'identità professionale, gli ambiti di lavoro e sviluppo di

carriera, gratificazione e aspirazioni professionali dei laureati magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Il lavoro si è proposto due principali obiettivi:

1. valutare gli ambiti occupazionali e i ruoli ricoperti dagli Infermieri/Ostetrici in possesso della Laurea Magistrale,
2. valutare le implicazioni degli aspetti suddetti in termini di gratificazione ed aspettative personali.

L'indagine, sviluppatasi tra marzo e giugno 2013, ha comportato la somministrazione di un questionario costituito da otto domande, prevalentemente chiuse e formulate secondo gli aspetti che si volevano indagare nello studio, mediante Computer Assisted Telephone Interviewing (CATI). E' stato effettuato un try out dello strumento per verificare la chiarezza delle domande e soprattutto la loro capacità di fornire risultati validi.

Si è ricorsi a un campionamento non probabilistico di convenienza, distribuito nelle seguenti università italiane:

- Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
- Università degli Studi di Roma Tor Vergata
- Università degli Studi di Milano – Bicocca
- Università degli Studi di Pavia
- Università di Torino
- Università degli Studi di Firenze
- Università degli Studi di Pisa
- Università degli Studi di Genova
- Università degli Studi di Trieste
- Università degli Studi di Brescia.

Le caratteristiche socio – demografiche del campione oggetto d'indagine sono di seguito elencate:

— Genere: maschi, femmine

— Età anagrafica

— Titolo di studio di base:

- Diploma di Ostetricia
- Diploma Universitario in Ostetricia
- Laurea in Ostetricia
- Diploma di Infermiere Professionale
- Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche
- Laurea in Scienze Infermieristiche

— Titolo di studio aggiuntivo (ferma restando la Laurea Magistrale):

- Master di I livello di tipo professionalizzante
- Master di I livello per le funzioni di coordinamento
- Master di II livello
- Dottorato di ricerca

— Anni di professione

— Ambito lavorativo:

- Ospedale
- Istituto privato
- Studio professionale
- Altro
- Posizione professionale:
 - Dipendente
 - Libero professionista

- Altro
- Funzioni specifiche:
 - Infermiere/Ostetrica
 - Infermiere/Ostetrica coordinatore
 - Infermiere/Ostetrica docente
 - Infermiere/Ostetrica ricercatore
 - Infermiere/Ostetrica dirigente

Il campione oggetto di studio, dopo accurata “scrematura”, è risultato costituito da 220 intervistati, di cui 137 infermieri e 83 ostetriche in possesso della Laurea Magistrale: tra questi il 51 % erano donne e il 21 % uomini, di cui il 35 % di età inferiore a 40 anni (27 % donne) e il 65 % di età maggiore (72 % donne).

Le domande poste al campione indagato sono state:

1. Chi è, secondo Lei, il Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche?
2. Cosa compone l'identità professionale del Laureato Magistrale?
3. Che cosa il Laureato Magistrale sa e fa?
4. Per quale/i motivo/i ha scelto di conseguire la Laurea Magistrale?
5. Ha riscontrato delle differenze rispetto alle Sue aspirazioni professionali?
6. Ha ottenuto l'avanzamento di carriera che avrebbe voluto?
7. Qual è il livello di gratificazione raggiunto con il conseguimento della Laurea Magistrale?
8. Quale dei 3 sbocchi occupazionali (dirigenza, didattica, ricerca) che permette la Laurea Magistrale è quello maggiormente utilizzato?

Le risposte configuravano diverse categorie interpretative che possono essere così riassunte:

- Ambiti di lavoro e sviluppo di carriera
- Ambito della gratificazione per la qualità della formazione ricevuta e l'approccio al lavoro
- Ambito delle aspirazioni professionali.

Gli ambiti occupazionali sono stati raggruppati in quattro aree: clinica, gestione, formazione e ricerca.

Ambiti di lavoro e sviluppo di carriera

Secondo un campione oggetto di studio, il cambiamento per ambiti occupazionali da prima a dopo il conseguimento del titolo ha mostrato queste variazioni:

- Ambito ospedaliero: pre 54.2 % vs. post 44.5 %
- Territorio: pre 8.3 % vs. post 6.9 %
- Formazione: pre 15.3 % vs. post 16.7 %
- Management: pre 22.3 % vs. post 31.9 %.

Questo indica che la maggior parte di infermieri e ostetriche, prima del conseguimento del titolo era impiegato nell'ambito clinico, così come successivamente. Il 9.7% di coloro che lavoravano negli ambiti della clinica e l'1.4 % nel territorio ha cambiato settore spostandosi nell'area del management. L'ambito della formazione ha registrato un aumento pari al' 1.4 %. Nel complesso questi cambiamenti non mostrano alcuna differenza per sesso ed età.

Un'importante osservazione è che nessuno degli intervistati è coinvolto in attività di ricerca e nessuno è migrato in questo settore.

In seguito al conseguimento del titolo magistrale il 19.4 % del campione ha modificato la propria posizione lavorativa. La stratificazione tra quest'ultima e le competenze esercitate risulta statisticamente significativa ($p=0.005$), mostrando che

solamente il 4.2 % degli infermieri impegnati nell'ambito clinico ha modificato il proprio ruolo e le competenze relative, contro il 95.8 % che ha mantenuto le precedenti competenze.

Le competenze esercitate attualmente, ritenute adeguate alla formazione ricevuta, si riferiscono principalmente all'area del management per il 27.8 % (direzione dei servizi infermieristici per il 4.2 %, gestione delle risorse umane per il 15.3 % e organizzazione per l'8.3 %) e della formazione infermieristica per il 16.7 %. Solo il 4.2 % del campione ricopre incarichi dirigenziali peraltro già ricoperti nella fase antecedente al corso.

L'ambito della formazione è risultato il più accessibile ai laureati magistrali, ma con una varietà di posizioni: il 36.4 % è addetto in modo esclusivo e retribuito al coordinamento dei corsi; il rimanente 63.6 % è addetto principalmente ad attività cliniche e svolge l'attività di docenza nel tempo personale con contratti annuali retribuiti (18.2 %), o con il pagamento di ore di lavoro aggiuntive (15.1 %), o senza alcuna retribuzione e riconoscimento istituzionale (30.3 %).

Ambito della gratificazione

La stratificazione effettuata tra la soddisfazione per la qualità della formazione ricevuta e l'approccio lavorativo attuale mostra una percentuale del 60.6 % dell'intero campione soddisfatto per la formazione ricevuta e l'intenzione di modificare il proprio approccio al lavoro l'80.3 % (aspettativa trasversale per tutte le fasce d'età e per entrambe i sessi). Il desiderio di cambiamento è espresso da entrambi i gruppi sia dei soddisfatti che dei meno soddisfatti per la formazione ricevuta (anche questo dato è risultato statisticamente significativo, con $p=0.03$).

Tra i fattori motivazionali era incluso anche il trattamento economico che risulta invariato del 97 % dei casi e per entrambe i sessi (95 % degli uomini e 97 % delle donne). Solamente l'1.4 % dei partecipanti ha ricevuto un incremento del salario.

Ambito delle aspirazioni professionali

Dopo il conseguimento della Laurea Magistrale, l'84.7 % del campione non ha proseguito il proprio percorso formativo. Questo fenomeno ha un'incidenza del 92.2 % nelle donne e del 66.7 % degli uomini.

Importante rilevare che l'8.3 % del campione ha proseguito il proprio percorso formativo con master di primo livello e solo l'1.4 % con il dottorato di ricerca.

Il settore lavorativo su cui si concentrano le preferenze dei laureati magistrali è risultato quello del management, ma è interessante rilevare che il 17.8 % del campione vorrebbe occuparsi in modo esclusivo di ricerca infermieristica.

Non risultano preferenze espresse per l'ambito clinico.

Dallo studio emerge che il settore occupazionale in cui si rileva la maggiore presenza (51.4 %) di laureati magistrali è quello delle cure dirette. Di questi la quasi totalità (44.5 %) nei servizi clinici, con una più forte concentrazione nei settori ad alta intensità di cura (16.7 %), e in percentuale inferiore nei servizi territoriali (6.9 %). Rispetto agli altri ambiti si rileva una presenza del 27.8 % di addetti al management nei servizi infermieristici, con responsabilità diversificate ed il 16.7 % che si occupa a vario titolo di formazione.

Il cambiamento della posizione lavorativa ha interessato il 19.4 % dei laureati magistrali di cui il 4.2 % sono infermieri addetti ad attività cliniche. Questi professionisti hanno potuto così accedere alle aree gestionali o formative assumendo ruoli e competenze considerate in questo lavoro congruenti con il livello di preparazione raggiunto.

Generalmente chi aveva una posizione di dirigenza nei servizi infermieristici l'ha mantenuta ma nessuno dei neolaureati ha avuto accesso a questa posizione. Chi ha potuto accedere a quest'area ha assunto responsabilità organizzative diverse ma

soprattutto orientate alla gestione delle risorse. I cambiamenti rilevati non mostrano nel complesso alcuna differenza per sesso ed età.

Nessuno degli intervistati svolge attività di ricerca, ma va sottolineato come il 18 % lo abbia indicato come aspirazione per il futuro.

Poiché la maggioranza ricopre ruoli nelle cure dirette, non è stato possibile identificare l'apporto originale in termini di competenze avanzate impiegate, rimanendo l'organizzazione dei servizi, in Italia, con le dovute eccezioni, fortemente ancorata ad un modello puramente tecnico. La consuetudine, in questo ambito, può svolgere un ruolo di ostacolo per lo sviluppo della professionalità autonoma, con iniziative volte all'innovazione e al cambiamento.

Ciò che emerge dal campione studiato è la volontà di esercitare le competenze acquisite (80.3 %) nel rispetto dell'autonomia che la propria preparazione e professionalità richiederebbero. *L'autonomia nell'esercizio della professione costituisce l'indicatore più significativo della soddisfazione lavorativa* (Byers et al. 1999; Freeborn et al. 2002; Kacel et al. 2005; Miller et al. 2005; Schiestel, 2007) e il 67% degli *Advanced Practitioner Nurses* sono soddisfatti del proprio ruolo e non hanno intenzione di modificare il loro impiego (Bryant-Lukosius et al., 2004).

La mancata possibilità di utilizzare le competenze avanzate acquisite può spiegare l'insoddisfazione dimostrata da quattro laureati magistrali su cinque rispetto al proprio approccio al lavoro. Le caratteristiche che distinguono la pratica infermieristica avanzata da quella di base sono: la specializzazione in prestazioni per specifiche tipologie di pazienti con bisogni di salute instabili e/o complessi; la espansione/acquisizione di conoscenze e abilità basate sui valori fondanti la cultura professionale (Davies & Hughes, 1995); l'avanzamento che ne consegue, cioè la capacità di integrare diverse tipologie di saperi. Ed è proprio in questa capacità di sintesi, integrazione ed applicazione delle conoscenze, basate su abilità cognitive complesse che vanno oltre l'*expertise* clinica che Davies & Hughes identificano le competenze avanzate. Esse comportano la capacità di innovare (McGee &

Castedine, 2003), di essere *change agent* (Bryant-Lukosius et al. 2004) e di saper lavorare in team multi professionali.

L'ambito della formazione è risultato quello in cui vengono maggiormente spese le competenze acquisite ed i ruoli identificati sono quelli di coordinamento dei corsi e di docenza. I risultati in questo settore mostrano una grande disparità di trattamento sia economico che formale nel riconoscimento del ruolo. Le attività di docenza svolte, infatti, si basano su contrattualità annuali non retribuite (31 %) o retribuite come lavoro aggiuntivo (15 %), ma in tutti i casi svolte in forma volontaristica e nel tempo personale.

Dopo il conseguimento della Laurea Magistrale l'84.7 % del campione ha scelto di non proseguire il proprio percorso formativo (maggiormente le donne rispetto agli uomini) per cause attribuite in parte al grande impegno richiesto dai corsi, che mal si correla con gli impegni personali, confermando quanto già dimostrato da Williamson et al. (2006) sulle tensioni e i conflitti tra la vita lavorativa, la vita privata e le esigenze degli studenti lavoratori; ed in parte riferibile comunque anche ad una carenza dell'offerta formativa nel settore soprattutto per quanto riguarda i master di secondo livello e i dottorati di ricerca.

Non è trascurabile tuttavia la delusione di non vedere corrisposto un ruolo lavorativo adeguato al livello formativo raggiunto.

Capitolo 6

Identità professionale e realtà occupazionale del Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nel mondo anglosassone

Quella che nel mondo anglosassone viene chiamata Pratica Infermieristica Avanzata (*Advanced Practice Nursing – APN*) rappresenta la futura frontiera per la pratica infermieristica e il suo sviluppo professionale.

In Inghilterra, “patria” del nursing moderno e nazione cui gli infermieri europei si sono sempre ispirati, a favore di una maggiore formazione vi sono alcuni studi che documentano che infermieri con un livello di formazione avanzato migliorano gli esiti sui pazienti: anche se non è stato pienamente dimostrato il legame tra livello di formazione e qualità dell’assistenza, sono ampiamente documentate associazioni, con un legame causa – effetto, tra una serie di esiti sul paziente, compresa la mortalità, e la formazione degli infermieri (Rafferty A.M., Clarke S.P., Coles J., Ball J., James P., McKee M., Aiken L.H., Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records, 2007).

Negli USA ci sono 3 milioni di Infermieri (in Italia 394.110) e su 1000 infermieri laureati 200 conseguono almeno 1 master. Qui la preoccupazione è di aumentare la proporzione di infermieri laureati dall’attuale 50% all’80% per addivenire in tempi brevi ad un numero maggiore di infermieri con formazione avanzata (APRN – Advanced Practice Registered Nurse) che è successiva alla laurea (Aiken L.H., Nurses for the future, 2011). Lo IOM (Istituto di Medicina) raccomanda che siano chiusi i programmi gestiti dagli ospedali e caldeggia di far acquisire con corsi o esperienze aggiuntive la laurea a tutti gli infermieri con uno sforzo economico simile a quello del 1964 quando è stata attivata la formazione universitaria e sono state gettate le basi per i programmi di APRN, nonché di sostenere il tirocinio clinico nei percorsi post – base con il fondo Medicare per la formazione infermieristica (160

milioni di dollari all'anno), attualmente utilizzato per i corsi di diploma non universitari.

La formazione degli APRN rappresenta la base per le quattro grandi aree di formazione infermieristico – ostetrica nel mondo anglosassone:

1. Nurse anesthetists (negli USA Certified Registered Nurse Anesthetists or CRNAs);
2. Nurse midwives (negli USA Certified Nurse Midwives or CNMs);
3. Clinical nurse specialists (CNSs);
4. Nurse practitioners (NPs)

Secondo la Aiken, la formazione infermieristica post – base è fondamentale per assicurare al servizio sanitario un numero adeguato di professionisti in grado di far funzionare modelli assistenziali centrati sulle persone, attraverso l'assunzione di ruoli di responsabilità, soprattutto nell'ambito delle cure primarie, della prevenzione, del coordinamento e della docenza. L'autrice richiama alcuni studi condotti per verificare appropriatezza, sicurezza e risultati del lavoro degli infermieri che dimostrano che interventi di prevenzione, diagnosi e gestione di molte comuni malattie acute non complicate, la gestione del dolore cronico o di malattie come il diabete, se affidati agli infermieri sono altrettanto sicuri ed efficaci quanto quelli erogati dai medici (Fairman J.A., Rowe J.W., Hassmiller S., Shalala D.E., Broadening the scope of nursing practice, 2011).

Fairman, dottore di ricerca in scienze infermieristiche, accanto alla carenza di APRN, denuncia la presenza di disposizioni restrittive nei diversi stati americani, che in nome di presunti pericoli per la qualità o la sicurezza degli utenti, ostacolano agli infermieri il pieno esercizio delle loro conoscenze e competenze .

Gli studi citati da Fairman sono stati oggetto di una revisione della Cochrane nella quale sono stati analizzati 4.253 articoli dei quali 25, relativi a 16 studi, rispettavano i criteri di inclusione (confronto medico-infermiere nell'erogazione di un analogo servizio di assistenza sanitaria primaria, esclusi i servizi di emergenza). In sette studi all'infermiere era affidato il primo contatto e la presa in carico: i risultati dimostrano

che non sono state trovate differenze apprezzabili tra medici e infermieri sui risultati di salute dei pazienti, il processo di cura, l'utilizzo delle risorse e i costi. In cinque studi l'infermiere era responsabile del primo contatto per i pazienti che necessitavano di una valutazione urgente del loro problema di salute. Gli outcome sono simili per infermieri e medici, ma la soddisfazione del paziente è maggiore se il primo contatto è fornito dall'infermiere. Gli autori concludono la revisione affermando che i risultati suggeriscono che gli infermieri adeguatamente formati sono in grado di produrre cure di alta qualità quanto il medico di assistenza primaria e di ottenere risultati di buona salute per i pazienti, sebbene questa conclusione debba essere considerata con cautela, poiché solo uno studio è stato dimensionato per valutare l'equivalenza delle cure, molti studi, infatti, avevano limitazioni metodologiche, e il follow – up è stato generalmente a 12 mesi o meno.

Gli ultimi anni, con la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, hanno visto un crescente interesse per l'utilizzo di infermieri di pratica avanzata (APN) nelle strutture sanitarie del mondo anglosassone: infermieri di area critica, case manager con pratica infermieristica avanzata, infermiere specialista clinico o infermiere di pratica avanzata.

L'infermiere di pratica avanzata (APN) può essere definito come un professionista che ha sviluppato le proprie competenze professionali in un determinato contesto clinico o organizzativo, attraverso un percorso formativo universitario (graduate level – corrispondente alla Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche italiana) o di rilievo professionale tale da consentire un più approfondito approccio metodologico ai problemi della persona o della comunità assistita.

Nel mondo sono diversi i titoli attribuiti all'infermiere che eroga assistenza avanzata, ad esempio:

- Australia: Nurse Practitioner
- Canada: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist
- Francia: il titolo si applica alla specialità (es. Infirmier anesthésiste)

- Islanda: Nurse Specialist
- Irlanda: Advanced Nurse Practitioner (area della pratica tra parentesi)
- Giappone: Certified Nurse Specialist
- Paesi Bassi: Nursing Specialist
- Svezia: Advanced Nurse Practitioner, Advanced Specialist Nurse
- Svizzera: Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist
- Gran Bretagna: Nurse Practitioner, Advanced Nurse Specialist
- USA: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist

L'*infermiere specialista clinico (ISC)* invece è un infermiere di pratica avanzata con una preparazione universitaria superiore (master clinico). L'ISC è l'esperto clinico nell'accertamento e la pianificazione dell'assistenza nell'area di competenza, ha una conoscenza approfondita dei percorsi diagnostico – terapeutici dei propri assistiti, è in grado di sviluppare i propri interventi secondo le più recenti indicazioni dell'Evidence Based Nursing. L'ISC lavora con gli altri infermieri, favorendo la crescita e l'aggiornamento della pratica infermieristica, per migliorare i risultati delle cure al paziente e costruire nuove strategie di assistenza.

Nel 2002, l'International Council of Nurses definiva l'infermiere di pratica avanzata come: “un infermiere abilitato all'esercizio della professione che ha acquisito una base di conoscenze a livello di esperto, abilità per prendere decisioni complesse e competenze cliniche per un esercizio professionale ampliato le cui caratteristiche dipendono dal paese nel quale l'infermiere è accreditato per esercitare”, raccomandando il possesso di una laurea biennale conseguita dopo il corso di base (master degree).

Tre sono le caratteristiche principali che consentono di distinguere la pratica infermieristica avanzata con la pratica infermieristica di base: specializzazione o

prestazione di cure per una specifica popolazione di pazienti con bisogni di salute complessi, imprevedibili, e di tipo intensivo; implementazione o acquisizione di nuove conoscenze, competenze e abilità con un'autonomia professionale che va oltre i tradizionali obiettivi della pratica infermieristica; miglioramento e sviluppo professionale (ANA, 1995).

Il termine *advancement* che potremmo tradurre come sviluppo professionale viene largamente impiegato nel mondo anglosassone per definire l'integrazione delle conoscenze teoretiche, pratiche e basate sulla ricerca (ANA, 1995): include implicitamente innovazione, orientamento alla pratica e sintesi di conoscenze e abilità.

L'*advancement* comporta azioni mirate a migliorare la salute attraverso l'interazione di conoscenze e competenze relative alla pratica clinica, formazione, ricerca e sviluppo professionale, nonché leadership organizzativa (Calkin 1984, Ackerman et al. 1996, Moloney-Harmon 1999). Davies e Hughes (1995) si riferiscono a questa integrazione di aspetti come alla sintesi delle competenze della professione infermieristica – ostetrica. La capacità di sintetizzare e applicare questa profondità e ampiezza di competenze suggerisce che l'*advancement* nel mondo anglosassone, ovvero lo sviluppo professionale, coinvolge molto più delle competenze sviluppate in anni di esperienza, e richiede un elevato livello di pensiero critico e di analisi (McGee & Castledine, 2003).

L'inserimento degli APN nelle strutture sanitarie del mondo anglosassone è stata una meta straordinariamente positiva: gli APN hanno migliorato la qualità delle cure e, ancora più importante, hanno notevolmente aumentato il livello di comunicazione/collaborazione con i medici. Rimane la necessità di affinare i modelli di pratica APN che esistono attualmente.

In Italia, sono già trascorsi quattordici anni da quando sono stati resi disponibili anche per la formazione infermieristica italiana i tre cicli formativi tradizionali (laurea di base; laurea specialistica/master di primo livello; dottorato di ricerca/master di secondo livello) previsti dall'ordinamento universitario nazionale

con il DM 509/1999; sono inoltre trascorsi sette anni dall'approvazione della Legge 43/2006, che sancisce la possibilità di attribuire le funzioni di coordinamento e quelle specialistiche agli infermieri in possesso di uno specifico diploma di master. Ciò nonostante, il Servizio Sanitario stenta a introdurre queste figure nei propri ruoli, in particolare gli infermieri specialisti in possesso di un master clinico, il cui contributo, come dimostrato dalla ricerca internazionale e ribadito dalla stessa Aiken, è determinante per il miglioramento degli esiti dei pazienti assistiti, ed infermieri e ostetriche in possesso della Laurea Magistrale.

Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche rappresenta infatti il livello *graduate* e pur raffigurando un modello di professionalità proprio dell' *Advanced Pratictioner Nurse* non viene ufficialmente riconosciuto come tale in Italia.

Questo rappresenta il principale disincentivo alla formazione clinica post – base dell'infermiere italiano, che, a sua volta, potrebbe determinare un significativo impoverimento dei contenuti disciplinari nei prossimi anni, cedendo il passo a un progressivo e inesorabile decadimento professionale.

Capitolo 7

Il futuro della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Ai termini del decreto, la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche mira alla formazione di una figura professionale dotata di competenze avanzate e approfondite nell'ambito professionalizzante delle discipline infermieristiche e ostetriche per lo svolgimento di interventi di carattere assistenziale nell'ambito di quattro macro-aree: assistenza infermieristica e assistenza ostetrica, organizzazione e management, ricerca e innovazione, formazione e educazione.

L'operatore sanitario formato a livello di Laurea Magistrale può essere infatti definito come un professionista sanitario che in situazioni complesse che una realtà operativa presenta, è in grado di ricercare, progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini multi professionali, soluzioni a problemi non risolti, con l'intento di soddisfare al meglio possibile i bisogni di salute della popolazione esercitando competenze avanzate, dove:

- per “situazione complessa” intendiamo una situazione che, apparentemente, si presenta come un tutt'uno ma che, in realtà, è composta da variabili di molteplice natura, interdipendenti tra loro, che interagiscono con schemi imprevedibili che rendono la situazione instabile ed incerta. L'agire in tali contesti richiederà la conoscenza di quadri di riferimento diversi nonché la capacità di elaborare ragionamenti orientati ad aprirsi a nuove prospettive;
- per “problema non risolto” (attenzione non irrisolvibile) intendiamo una situazione stimolo nei confronti della quale un individuo non dispone di una soluzione già pronta;
- per “competenza avanzata” intendiamo la capacità di un professionista esperto, di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando in termini multi professionali nuove soluzioni, allorché quelle disponibili non sono sufficienti o convincenti. Questo livello di competenza

comporta per il professionista l'attivazione e lo sviluppo di due processi fondamentali:

- a) in rapporto alla comprensione del problema, ovvero il situarsi in dialettica costante tra il generale e il particolare, per intessere nuove relazioni tra gli elementi che costituiscono il problema, individuare o intuire diverse interpretazioni e sintetizzarle in una visione d'insieme;
- b) in rapporto alla soluzione del problema, ovvero il progressivo abbandono della semplice applicazione di procedure predefinite e acquisizione di capacità di ricerca e apprendimento in azione, finalizzate a generare e sperimentare soluzioni sempre nuove.

A tutt'oggi, però, abbiamo visto, si rende necessario definire in maniera più chiara i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del S.S.N., delle Strutture Universitarie, delle altre Amministrazioni Pubbliche e Private, autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate: al momento, ci ritroviamo quindi ancora tra transitorietà e provvisorietà.

Molte sembrano le possibilità in fieri che guardano al prossimo futuro:

1. nell'ambito della dirigenza, in attesa dell'ufficializzazione di una linea "comune" di condotta, che debba essere adottata da parte di tutte le aziende sanitarie per implementare le normative sulla neo-dirigenza;
2. nell'ambito della docenza, con la proposta di nuove cattedre universitarie per i docenti delle professioni universitarie;
3. nell'ambito della ricerca, come necessità attuale, poiché consente la realizzazione e la valutazione della pratica favorendo il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale e di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa o volta alla riabilitazione.

La ricerca può dare un enorme contributo agli stessi campi nella nostra realtà professionale:

1. nella formazione l'analisi della normativa ha indicato il passaggio della formazione infermieristica dalle scuole professionali all'Università; il

percorso formativo di I livello sembra talvolta formare dei “mini-medici” o dei “medici mancati”. Infermieri e ostetriche docenti (MED/45 e MED/47) sanno trovare all’interno del curriculum gli spazi che aiutano lo studente ad identificarsi nella professione? Si preparano figure professionali autonome, responsabili o operatori dipendenti da altre figure?

La ricerca infermieristica può inserirsi in questa problematica e contribuire a risolvere questa difficoltà, elaborando i contenuti dei corsi infermieristici. Infermieri e ostetriche docenti devono essere preparati e non dipendenti dalle strutture sanitarie, ove i tirocini si svolgono: questo darà più libertà nella gestione del programma sia teorico che pratico. Raggiungere questi obiettivi è una responsabilità professionale del singolo docente e della professione.

2. la normativa ha riconosciuto la dirigenza infermieristica, ma questa deve essere “riempita” di contenuti. Devono essere gli infermieri a valutare i carichi di lavoro degli infermieri, la qualità dell’assistenza, i livelli di responsabilità del personale dipendente e i costi dell’assistenza infermieristica. Questi sono solo alcuni esempi dei temi di studio della ricerca infermieristica nell’organizzazione, che diviene valido supporto nella funzione dirigenziale infermieristico – ostetrica. Raggiungere questi obiettivi è responsabilità della professione.
3. infine, nell’ambito assistenziale non è più possibile procrastinare l’introduzione di un’assistenza legata ai bisogni di assistenza infermieristica dell’individuo e della collettività. Non vi sono più vincoli che non lo permettano: anche il mansionario, ultimo ostacolo, è stato abolito. In questo campo esistono molte ricerche italiane e straniere.

Infermieri e ostetriche devono credere nella ricerca infermieristica, “riscopirla” ed operare per rendere concreta questa attività, con la determinazione che ci contraddistingue e che ha permesso in tutti questi anni di vincere grosse battaglie a beneficio della professione e di raggiungere mete che in passato potevano sembrare utopie.

Più in generale è necessario che gli operatori delle professioni sanitarie in possesso della Laurea Magistrale credano e promuovano essi stessi, in prima persona, in virtù di una formazione universitaria di livello altamente qualificante e professionalizzante, la valorizzazione delle proprie competenze e capacità di:

- valutare potenzialità e limiti di teorie e modelli ai fini della loro applicazione all'assistenza e al miglioramento della qualità del contesto organizzativo e professionale;
- assumere comportamenti coerenti con le dimensioni etiche, deontologiche e legali dell'assistenza alle persone con bisogni di salute;
- valutare i bisogni di salute del singolo e della comunità in rapporto alle risposte dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- programmare, coordinare, gestire e verificare sistemi sanitari, infermieristici e ostetrici;
- analizzare, organizzare, gestire e verificare sistemi operativi di servizi professionali sanitari;
- progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati sull'evidenza scientifica per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di salute del singolo e della comunità;
- trasferire risultati di ricerca scientifica nell'assistenza infermieristica ed ostetrica;
- valutare modalità e strumenti per l'analisi e l'accertamento dello stato di salute del soggetto al fine dell'assistenza infermieristica ed ostetrica da erogare;
- integrare conoscenze scientifiche, metodologiche clinico – educative e manageriali nelle risposte a bisogni specifici di salute del singolo e della comunità;
- approfondire e valutare criticamente conoscenze teorico empiriche di vari ambiti disciplinari al fine della loro applicazione all'assistenza infermieristica e ostetrica;
- assumere la leadership in attività professionali e in contesti interdisciplinari e organizzativi;

- progettare, valutare e gestire interventi di sviluppo delle competenze professionali nella formazione di base e permanente.

Conclusioni

Ai termini del decreto, la Laurea Magistrale costituisce un percorso formativo che consente agli operatori delle professioni sanitarie infermieristica e ostetrica di maturare esperienze caratterizzanti corrispondenti al relativo profilo professionale, così come definito dal Dlgs. 502/1992 all'art. 6, comma 3, e capacità che fanno del laureato magistrale un professionista in grado di operare nel settore di competenza della propria professione con elevata qualificazione scientifica e di svolgere funzioni dirigenziali e didattiche al più alto livello.

Gli sbocchi occupazionali del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche sono:

- la dirigenza sanitaria nelle strutture sanitarie, previo espletamento delle relative procedure concorsuali ove previsto;
- l'insegnamento universitario, previo espletamento delle relative procedure concorsuali ove previsto;
- la ricerca presso istituzioni pubbliche o private, previo espletamento delle relative procedure concorsuali ove previsto.

I laureati magistrali in Scienze infermieristiche e ostetriche possono quindi trovare occupazione nei seguenti settori:

- strutture sanitarie e socio assistenziali con funzioni di direzione o coordinamento dei servizi in cui operano infermieri e ostetriche e personale di supporto all'assistenza, con funzioni di leader professionale per progetti innovativi, di riorganizzazione dei processi assistenziali, per implementare nuovi modelli organizzativi;
- centri di formazione aziendali o accademici con funzioni di direzione e coordinamento di strutture formative, per attività di docenza, tutorato, progettazione formativa;

- centri di ricerca per progetti relativi agli ambiti infermieristici e ostetrici o in progetti multicentrici e multidisciplinari.

A tutt'oggi, tuttavia, si rende necessario definire in maniera più chiara i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del S.S.N., delle Strutture Universitarie, delle altre Amministrazioni Pubbliche e Private, autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate.

Dallo studio condotto, infatti, emerge che la congruenza tra la posizione organizzativa ed il livello di preparazione raggiunto, ad un anno dal conseguimento del titolo, riguarda solo in minima parte i laureati magistrali.

La situazione è causa di insoddisfazione e volontà di modificare sia la posizione che l'approccio al lavoro. Chi potenzia la propria formazione aspira ad un cambiamento del proprio status e ruolo professionale (Torn & Mc Nichol, 1998) ed il loro mancato riconoscimento è causa di difficoltà nella quotidianità del lavoro (Williamson et al. 2006). I modelli tradizionali di erogazione delle cure sono spesso di ostacolo allo sviluppo di una pratica autonoma, orientata da conoscenze disciplinari e dati probanti, che secondo Furlong e Smith (2005) rappresentano i *core concepts* del ruolo di pratica infermieristica avanzata. La maggiore migrazione verso i ruoli gestionali o formativi, rilevata nello studio, riflette le tradizionali possibilità di carriera in ambito infermieristico.

Lo studio condotto dimostra inoltre come la mancanza di progressione e sviluppo di carriera in ambito clinico comporta un problema maggiore: la fuga dalla pratica professionale e la perdita di professionalità in grado di fornire servizi di più alto livello. I gravi problemi economici nel paese ed i tagli alla spesa sanitaria spiegano in parte questi risultati (Borkowski et al. 2007). I professionisti altamente qualificati e specializzati sono difficili e costosi da ricollocare nei setting sanitari, ma il loro lavoro migliora l'efficacia delle cure riducendone i rischi (Carrier 2007, Daly & Carnwell 2003). La carenza legislativa, che non identifica i ruoli e gli scopi attesi

per i diversi livelli di professionalità, è la maggiore difficoltà per un'adeguata collocazione delle competenze acquisite con la LM.

La necessità di una revisione dei confini delle professionalità sanitarie è individuata anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che prevede un possibile trasferimento di alcune attività mediche agli infermieri, e di conseguenza compiti infermieristici che possono essere assunti dal personale di supporto (WHO 2002).

Il valore aggiunto tuttavia dei ruoli avanzati in ambito infermieristico va oltre il trasferimento di alcune cosiddette funzioni mediche, comprendendo infatti un orientamento alla pratica caratterizzato dal coordinamento e dall'integrazione di cure olistiche, centrate sulle necessità del singolo paziente volte a massimizzare la salute, le capacità funzionali e la qualità della vita.

La pratica avanzata interseca vari settings assistenziali sia ospedalieri che comunitari e può migliorare le condizioni di salute attraverso la clinica, l'educazione, lo sviluppo professionale ed organizzativo e le attività di ricerca (Corner et al. 1995, Davies & Hughes 1995, Plant et al. 2002, McGee & Castledine 2003).

Gli infermieri possono cioè contribuire al miglioramento della salute pubblica, con ripercussioni sui costi delle cure sanitarie: questo attraverso un'adeguata definizione e riconoscimento di ruoli e standards attesi per i diversi livelli di professionalità e di formazione da un lato, e la valutazione ed il monitoraggio continuo delle performance professionali dall'altro, queste fortemente influenzate dai livelli di motivazione e gratificazione.

Molte sembrano le possibilità in fieri che guardano al prossimo futuro: non ci resta che attendere l'ufficializzazione di una linea "comune" di condotta.

Bibliografia

Accreditation Commission for Midwifery Education (ACME), 2005, The knowledge, skills, and behaviors prerequisite to midwifery clinical coursework, Washington DC: Author.

Ackerman M., Norsen L., Martin B., Wiedrich J. & Kitzman H., 1996, Development of a model of advanced practice, *American Journal of Critical Care* 5, 68–73.

Advanced Practice Registered Nurses (APRN) Consensus Workgroup, & APRN Joint Dialogue Group, 2008, Consensus model for APRN regulation: Licensure, accreditation, certification, and education. Retrieved 29.3.2009, from www.aacn.nche.edu/Education/pdf/APRNReport.pdf.

Alcock D.S., 1996, The clinical nurse specialist, clinical nurse specialist/nurse practitioner and other titled nurse in Ontario, *Canadian Journal of Nursing Administration* Jan–Feb, 23–44.

Alford R.R., 1975, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, University of Chicago Press, Chicago, USA.

American Association of Colleges of Nursing (AACN), 1996, *The essentials of master's education for advanced practice nursing*. Washington DC: Author.

American Association of Colleges of Nursing (AACN), 2003, Faculty shortages in baccalaureate and graduate nursing programs: Scope of the problem and strategies for expanding the supply. Retrieved 12.8.2004, from <http://w2w.aacn.nche.edu/Publications/WhitePapers/FacultyShortages.htm>.

American Association of Colleges of Nursing (AACN), 2006, The essentials of doctoral education for advanced practice nurses. Washington DC: Author. Retrieved 4.4. 2009, from www.aacn.nche.edu/DNP/pdf/Essentials.pdf.

American Association of Nursing (AACN), 2009, 2008–2009 Enrollment in baccalaureate and graduate nursing programs in nursing, Washington, DC: Author.

American Association of Colleges of Nursing (AACN), 2009, Doctor of nursing practice programs. Retrieved 4.4.2009, from www.aacn.nche.edu/dnp/DNPProgramList.htm.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) and National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF), 2003, National forum on the practice doctorate. Retrieved 12.8. 2004, from www.nonpf.com/ExecSummary120803.pdf.

American College of Nurse-Midwives (ACNM), 2004, Definition of midwifery practice, Washington DC: Author.

American Nurses Association (ANA), 2004, Nursing's social policy statement, Washington DC: Author.

American Nurses Association (ANA), 2004, Nursing: Scope and standards of practice, Washington DC: Author.

Bamford O. & Gibson F., 2000, The clinical nurse specialist: perceptions of practicing CNSs of their role and development needs, *Journal of Clinical Nursing* 9, 282–292.

Bartter, K., 2001, *Ethical issues in advanced nursing practice*, Oxford: Butterworth Heinemann.

Bednash, P., 2009, The state of the schools: Creating a professional workforce for the future. Retrieved 4.4.2009, from www.aacp.org/meetingsandevents/Documents/Interim2008/Feb4/ProfessionalNursingWorkforce-Bednash.pdf.

Benner, P., 1984, From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing Practice, Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Berlin, L., Stennett, J., & Bednash, G., 2003, 2002–2003 enrollment and graduations in baccalaureate and graduate programs in nursing, Washington DC: AACN.

Borgonovi E., Meneguzzo M., 2003, Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitari e locali, Ed. Giuffrè, Milano.

Borkowski N., Amann R., Weiss C., 2007, Nurses' intent to leave the profession: Issues relate to gender, ethnicity and educational level, Health Care Mangement Review, 3 (2), 160-167.

Brooten D., Naylor M.D., York R., Brown L.P., Hazard Munro B., Hollingsworth A.O., Cohen S.M., Finkler S., Deatrick J. & Hounblut J.M., 2002, Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN), Journal of Nursing Scholarship 34, 369–375.

Brown S.,1998, A framework for advanced practice nursing, Journal of Professional Nursing 14, 157–164.

Brown S. & Grimes D.,1995, A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care, Nursing Research 44, 332–339.

Bryant-Lukosius D., 2004, A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles, Journal of Advanced Nursing 48, 530–540.

Bryant-Lukosius D., Dicenso A., Browne G. & Pinelli J., 2004, Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation, *Journal of Advanced Nursing* 48 (5), 519-529.

Buchan J. & Calman L., 2004, Skill-mix and policy change in the health: Workforce nurses in advanced roles, *OECD Health Working Papers* n. 17.

Calamandrei C., Orlandi C., 2002, *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali; seconda edizione*, McGraw-Hill.

Calamandrei C., D'Addino L., 1999, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano.

Callaghan L., 2008, Advanced nursing practice: an idea whose time has come, *J Clin Nurs* 17, 205-213.

Calkin J.D., 1984, A model of advanced nursing practice, *The Journal of Nursing Administration*, January, 24–30.

Cameron A. & Masterson A., 2000, Managing the unmanageable? Nurse executive directors and new role developments in nursing, *Journal of Advanced Nursing* 31, 1081–1088.

CAN, 2000, *Advanced Nursing Practice, A National Framework*, Canadian Nurses Association, Ottawa, Ontario, Canada.

Carrier J., Gardner G., Dunn S. & Gardner A., 2007, The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership, *J Clin Nurs* 16, 1818-1825.

Castledine G., 2002, Higher level practice is in fact advanced practice, *British Journal of Nursing* 11, 1166–1167.

Centre for Nursing Studies and the Institute for the Advancement of Public Policy, 2001, The Nature of the Extended/Expanded Nursing role in Canada: A Project of the Advisory Committee on Health Human Resources, Centre for Nursing Studies, Newfoundland, Canada. Retrieved on 15.3.2002 from <http://www.cns.nf.ca/research/research.htm>.

Chinn P.L. & Kramer M.K., 1999, Theory and Nursing Integrated Knowledge and Development, 5th edn. C.V. Mosby, Toronto, Ontario, Canada.

Chornick, N., 2008, Advanced practice registered nurse educational programs and regulation: A need for increased communication, JONA'S Healthcare, Law, Ethics, and Regulation, 10(1), 9–11.

Clark, A., 2001, What will it take to reduce errors in health care settings? Clinical Nurse Specialist, 15(4), 182–183.

Consiglio di Europa - European Health Committee (CDSP), Strasburgo 29.4.1996, Ricerca infermieristica: rapporto e raccomandazioni.

Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) 1996, Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica.

Consociazione Nazionale Associazione Infermieri, Atti del Convegno Nazionale, Roma 18-19-20 Ottobre 2001, La Ricerca Infermieristica.

Crescenzo R., 2001, Intervento alla giornata di studi sul tema: Le nuove professioni sanitarie e l'integrazione con il ruolo medico, A.S.L. n. 3 di Rossano (CS).

Crescenzo R., 1999, Intervento al seminario di studi sul tema “Itinerario operativo teorico pratico per l’autonomia nell’esercizio professionale – L’operatore agente di cambiamento” – Castrovillari (CS).

Daly W. & Carnwell R., 2003, Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advanced nursing practice, *J Clin Nurs* 12, 158-167.

Davies B. & Hughes A.M., 1995, Clarification of advanced nursing practice: characteristics and competencies, *Clinical Nurse Specialist* 9, 156–160.

Dayhoff, N., & Lyon, B., 2001, Assessing outcomes of clinical nurse specialist practice. In R. Kleinpell (Ed.). *Outcome assessment in advanced nursing*, pp. 103–129. New York: Springer Publishing.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 30 dicembre 1992.

Decreto Ministeriale 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all’art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)”, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 118 del 23 maggio 2001.

Decreto Ministeriale 8 gennaio 2009 “Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie”, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 28 maggio 2009.

Dunn K. & Nicklin W., 1995, The status of advanced nursing roles in Canadian teaching hospitals, *Canadian Journal of Nursing Administration*, Jan–Feb, 111–135.

Dunphy L.M. & Winland-Brown J.E., 1998, The circle of caring: a transformative model of advanced practice nursing, *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 2, 241–247.

Edwardson, S., 2004, Matching standards and needs in doctoral education in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 20, 40–46.

Elder, R., & Bullough, B., 1990, Nurse practitioners and clinical nurse specialists: Are the roles merging? *Clinical Nurse Specialist*, 4, 78–84.

Elliott P., 1995, The development of advanced nursing practice, *British Journal of Nursing* 4, 633–636.

Fenton, M., 1985, Identifying competencies of clinical nurse specialists, *Journal of Nursing Administration*, 15, 31–37.

Fenton, M., & Brykczynski, K., 1993, Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners, *Journal of Professional Nursing*, 9, 313–326.

Forbes, K., Rafson, J., Spross, J., & Kozlowski, D., 1990, Clinical nurse specialist and nurse practitioner core curricula survey results, *Nurse Practitioners*, 15, 45–48.

Fucci S., 1999, *La responsabilità nella professione infermieristica: questioni e problemi giuridici*, Ed. Masson.

Freeborn D.K., Hooker R.S. & Pope C.R., 2002, Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care, *Evaluation & the Health Professions*, 25 (2), 239-254.

Furlong E., Smith R., 2005, Advanced Nursing Practice, policy, education and role development, *J Clin Nurs* 14, 1059-1066.

Gamberoni L., 2008, L'infermiere laureato specialista-magistrale: il progetto formativo, McGraw-Hill Companies.

Gasparro N., 2005, La dirigenza infermieristica, Panorama della Sanità, n. 44, novembre.

Gasparro N., La figura dell'infermiere professionale alla luce della nuova normativa sull'autonomia professionale, Intervento al VIII Congresso regionale SIN Calabria.

Gasparro N., 2005, Il personale del Comparto Sanità , Esseditrice.

Gasparro N., 1998, Intervento Congresso IPAVSI Abruzzo sul tema "La responsabilità professionale", Chieti.

Gasparro N., 2003, Sanità e rapporto di lavoro, Edizioni Ecofutura.

Gasparro N., 2004, Dispensa Universitaria "Il personale nel comparto sanità", Corso di Alta Formazione in diritto sanitario, Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Bari.

Hamric, A., Spross, J., & Hanson, C., 2009, Advanced practice nursing: An integrative approach, Philadelphia: Elsevier.

Hanson, C., & Hamric, A., 2003, Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing, Nursing Outlook, 51, 203–211.

Heitkemper, M., & Bond, E., 2004, Clinical nurse specialists: State of the profession and challenges ahead, Clinical Nurse Specialist, 18(3), 135–140.

Hutchinson B., Abelson J. & Lavis J.N., 2001, Primary care in Canada: so much innovation, so little change, Health Affairs 20, 116–131.

Institute of Medicine, 1999, *To err is human: Building a safer health system*, Washington DC: National Academy Press.

Institute of Medicine Committee on the Quality of Health Care in America, 2001, *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, Washington DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (ICN), 2001, *International Survey of Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Roles*, Submitted by the International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, Research Subgroup, International Council of Nurses. Retrieved 25.04.2002 from <http://www.icn.ch/forms/networksurvey>.

Irvine D., Sidani S., Porter H., O'Brien-Pallas L., Simpson B., McGillis Hall L., Graydon J., DiCenso A., Redelmeir D. & Nagel L., 2000, Organizational factors influencing nurse practitioners' role implementation in acute care settings, *Canadian Journal of Nursing Leadership* 13, 28–35.

Kacel B., Miller M. & Norris D., 2005, Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state, *J Am Acad Nurs Pract*, 17 (1), 27-32.

Klein, T., 2005, Scope of practice and the nurse practitioner: Regulation, competency, expansion, and evolution, *Topic in Advanced Practice Nursing eJournal*, 7(3), 1–10.

Kleinpell R., 2001, Measuring outcomes in advanced practice nursing. In *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing* (Kleinpell R.M., ed.), Springer, New York, pp. 1–50.

Kommenich P., 1998, The evolution of advanced practice in nursing. In

Advanced practice nursing emphasizing common roles (Sheehy C.M. & McCarthy M.C., eds), F.A. Davis, Philadelphia, pp. 8–46.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999.

Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.

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

Lyon, B., & Minarik, P., 2001, Statutory and regulatory issues for clinical nurse specialist (CNS) practice: Ensuring the public's access to CNS services, *Clinical Nurse Specialist*, 15(3), 108–114.

Lynch M.P., Cope D.G. & Murphy-Ende K., 2001, Advanced practice issues: results of the ONS advanced practice nursing survey, *Oncology Nursing Forum* 28 , 1521–1530.

Majori F., Relazione sul tema “Le Leggi 42/1999 e 251/2000: la visione del giurista”, Convegno Professioni Sanitarie Autonomia, valorizzazione e responsabilità nei contesti organizzativi, Bologna, Auditorium della Regione Emilia Romagna.

Manley K., 1997, A conceptual framework for advanced practice: an action research project. Operationalizing an advanced practitioner/ consultant nurse role, *Journal of Clinical Nursing* 6, 179–190.

Marsden D., Dolan B. & Holt L., 2003, Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study, *Journal of Advanced Nursing* 43, 595–605.

Martin P.D. & Hutchinson S.A., 1997, Negotiating symbolic space: strategies to increase NP status and value, *The Nurse Practitioner* 22 , 89–102.

Martin P.D. & Hutchinson S., 1999, Nurse practitioners and the problem of discounting, *Journal of Advanced Nursing* 29, 9–17.

McFadden E.A. & Miller M.A., 1994, Clinical nurse specialist practice: facilitators and barriers, *Clinical Nurse Specialist* 8, 27–33.

McGee P. & Castledine G., 2003, *Advanced Nursing Practice*, 2nd edn. Blackwell, Oxford.

Mick D.J. & Ackerman M.H., 2000, Advance practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the Strong Model of advanced practice, *Heart & Lung* 29, 210–221.

Miller K., Apold S., Baas L., Berner B. & Levine- Brill E., 2005, Job satisfaction among nurse practitioners, *J Nurs Pract*, 1 (1), 30-33.

Moloney-Harmon P.A., 1999, The synergy model in practice, *Critical Care Nurse* 19, 101–104.

Mundinger M., 1999, Can advanced practice nurses succeed in the primary care market? *Nursing Economics* 17, 7–14.

National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS), 2004, Statement on clinical nurse specialist practice and education, Harrisburg, PA: Author.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), 2002, Regulation of advanced practice nursing. Retrieved 12.8. 2004, from www.ncsbn.org.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF), 1995, Advanced nursing practice: Curriculum guidelines and program standards for nurse practitioner education, Washington DC: Author.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties, 2006, Practice doctorate nurse practitioner entry-level competencies, Washington DC: Author.

Newhouse, R., Stanik-Hutt, J., White, K., Johntgen, M., Zangoro, G., Heindel, L., et al. (In press), An assessment of the safety, quality and effectiveness of care provided by advanced practice nurses. np.

Ormande-Walshe S. & Newham R., 2001, Comparing and contrasing the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles, J Nurs Management 9, 205-207.

Patterson C. & Haddad B., 1992, The advanced nurse practitioner: common attributes, Canadian Journal of Nursing Administration, Nov–Dec, 18–22.

Page, N., & Arena, D., 1994, Rethinking the merger of the clinical nurse specialist and the nurse practitioner roles, Image: The Journal of Nursing Scholarship, 26, 315–318.

Pearson A. & Peels S., 2002, Advanced practice in nursing: international perspective, Int J Nurs Pract 8, S1-S4.

Pinelli J.M., 1997, The clinical nurse specialist/nurse practitioner: oxymoron or match made in heaven? Canadian Journal of Nursing Administration Jan–Feb, 85–110.

Pulcini J. & Wagner M., 2001, Perspectives on education and practice issues for nurse practitioners and advanced practice nursing: Report prepared for the education/practice subgroup of the International Nurse/Practitioners/Advanced Practice Nursing Network, ICN, Retrieved 25.4.2002 from hyperlink <http://www.inc.ch/NP> preamble.

Rasch, R., & Frauman, A., 1996, Advanced practice in nursing: Conceptual issues, *Journal of Professional Nursing*, 12, 141–146.

Read S.M., 1999, Nurse-led care: the importance of management support, *NTresearch* 5, 408–421.

Read S., Jones M.L., Collins K., McDonnell A., Jones R., Doyal L., Cameron A., Masterson A., Dowling S., Vaughan B., Furlong S. & Scholes J., 2001, Exploring New Roles in Practice (ENRIP) Final Report, University of Sheffield, Sheffield. Retrieved 8.3.2003 from <http://www.snm.shef.au.uk-research-enrip.pdf>.

Redekopp, J., 1997, Clinical nurse specialist role confusion: The need for identity, *Clinical Nurse Specialist*, 11, 87–91.

Reverly, S., Walsh, M., & Crumbie, A., 2001, *Nurse practitioners: Developing the role in hospital settings*, Oxford: Butterworth Heinemann.

Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996, Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312 (7023): 71-2.

Safriet, B., 1998, Still spending dollars, still searching for sense: Advanced practice nursing in an era of regulatory and economic turmoil, *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4, 24–33.

Sasso L., 2002, Il Master infermieristico in sanità pubblica, Management Infermieristico, 1.

Schiestel C., 2007, Job satisfaction among Arizona adult nurse practitioners, J Am Acad Nurs Pract 19, 30-34.

Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Corso di Ricerca Infermieristica anno accademico 1996/97, docente M. Cantarelli - lavoro di gruppo, studenti II anno (Raimondi, Zappini) sul tema “Sviluppo della ricerca infermieristica in Italia”.

Silvestro A.; 2003, Quaderno de L’Infermiere, IPA VSI.

Silvestro A., 2004, Il CCNL: alcune riflessioni professionali, Quaderni de L’Infermiere, n. 10.

Spitzer W.O., 1978, Evidence that justifies the introduction of new health professionals. In The Professions and Public Policy (Slayton P. & Trebilcock M.J., eds), University of Toronto Press, Toronto, pp. 211–236.

Styles M. & Lewis C., 2000, Conceptualizations of advanced nursing practice. In Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach (Hamric A.B., Spross J.A. & Hanson C.M., eds), W.B. Saunders, Philadelphia, pp. 33–51.

Sutton F. & Smith C. (1995) Advanced nursing practice: new ideas and new perspectives, Journal of Advanced Nursing 21 , 1037–1043.

Torn A. & McNichol E., 1998, A qualitative study using a focus group to explore the role and concept of the nurse practitioner, J Advance Nurs 27, 1202-1211.

Thibodeau J.A. & Hawkins J.W., 1994, Moving toward a nursing model of advanced practice, Western Journal of Nursing Research 16, 205–218.

Watson J., 1995, Advanced nursing practice...and what might be. *Nursing & Health Care: Perspectives on Community* 16, 78–83.

Wells, N., Erickson, S., & Spinella, J., 1996, Role transition: From clinical nurse specialist to clinical nurse specialist/case manager, *Journal of Nursing Administration*, 26, 23–28.

White M., 2001, Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing in the UK: Report submitted to education/practice subgroup of the International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network, ICN, Retrieved on 25.42002 from hyperlink <http://www.icn.ch.NPUK> .

Williamson G.R., Webb C., Abelson-Mitchell N., Cooper S., 2006, Change on the horizon: Issues and concerns of neophyte advanced healthcare practitioner, *J Clin Nurs* 15, 1091-1098.

Wilson-Barnet J., 2001, The background to the development of the consultant nurse, midwife, and health visitor roles: a literature review. In *A Preliminary Evaluation of the Establishment of Nurse, Midwife and Health Visitor Consultants* . Report to the Department of Health University of London, King's College, London.

Woods L., 1997, Conceptualizing advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK, *Journal of Advanced Nursing* 25, 820–828.

Woods L., 1998, Implementing advanced practice: identifying the factors that facilitate and inhibit the process, *Journal of Clinical Nursing* 7, 265–273.

Woods L., 1999, The contingent nature of advanced nursing practice, *Journal of Advanced Nursing* 30, 121-128.

World Health Organization, 2002, *Nursing and midwifery services: Strategic directions 2002-2008*, Geneva: WHO.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va all'Ostetrica Dr.ssa Elisabetta Donati e al Professore Nicola Cappelli, per l'affetto, la stima, la pazienza e la disponibilità che mi hanno dimostrato e con cui mi hanno incoraggiata e sostenuta in ogni momento della mia vita professionale e formativa, sin dagli inizi: Elisabetta, ormai relatrice abbonata a tutte le mie tesi di laurea, mio costante punto di riferimento professionale, che ho imparato a conoscere nel corso del tempo, e il Professore, che non perde mai occasione per dimostrare di conoscermi più di quanto io non conosca me stessa.

Ringrazio i miei compagni di questo corso di laurea e le mie amiche e colleghe di lavoro che mi sono state al fianco in questo percorso.

Ma soprattutto, devo un grazie immenso alla mia famiglia, che mi ha permesso di raggiungere *anche* questa meta: a mia madre, che c'è e ci sarà sempre in ogni momento della mia vita, con dolcezza e dedizione smisurata, e mio padre, che mi sostiene e mi dà forza, durante questo percorso, come del resto in tutta la mia vita.

Un saluto infine a mia nonna, che da tre anni ormai non c'è più, ma che continua ad essere in ogni momento vicina a me: ai miei sbagli, alle delusioni, ma anche alle gioie e alle conquiste. Come questa.