

Dalla competenza dichiarata alla competenza riconosciuta: le lauree magistrali specialistiche e la sfida di sistema per l'infermieristica di area critica

From declared competence to recognized competence: specialized master's degrees and the systemic challenge for critical care nursing

Silvia Scelsi, Francesco Limonti, Francesca Angelelli ANIARTI, Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

Con il decreto ministeriale n. 159 del 6 febbraio 2026 la classe di laurea magistrale LM/SNT1 è stata articolata in due sezioni: Scienze infermieristiche e ostetriche, e Scienze infermieristiche specialistiche. La seconda è divisa a sua volta in tre percorsi: Cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità, Cure neonatali e pediatriche, e Cure intensive ed emergenza.¹ Il decreto n. 177 del 25 febbraio 2026, adottato di concerto con il Ministero della Salute, ha contestualmente rivisto la classe triennale L/SNT1.² A più di trent'anni dall'ingresso della formazione infermieristica nell'università, avviato con il decreto legislativo 502/1992,³ la specializzazione clinica entra così per la prima volta nel secondo ciclo dell'ordinamento universitario, anziché restare affidata ai master di primo livello, ai quali la legge 43/2006 collega oggi l'esercizio della funzione specialistica.⁴

Questo editoriale vuole riflettere sul fatto che il successo della riforma non dipenderà soltanto dalla qualità dei nuovi curricula, ma dalla capacità del sistema di riconoscere ciò che essi produrranno. Senza un allineamento tra titolo accademico, regolazione dell'esercizio professionale e organizzazione del lavoro, il rischio concreto è quello di un titolo senza ruolo: una competenza dichiarata dall'ordinamento e certificata dall'università, ma non riconosciuta nei contesti di cura. Per le persone assistite la posta in gioco è tangibile: poter contare, nei momenti di maggiore vulnerabilità, su professionisti in grado di riconoscere precocemente l'instabilità clinica e di governare processi assistenziali complessi. L'argomentazione è sviluppata dal punto di osservazione dell'area critica, il percorso che ha raccolto la quota più ampia di candidature nella prima selezione nazionale.

Una riforma di sistema

La riforma è l'esito di un iter pluriennale, dalla proposta del Consiglio Universitario Nazionale del dicembre 2024 al parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità del luglio 2025, fino ai pareri della Conferenza dei Rettori e delle commissioni parlamentari, che ne rafforza la legittimazione tecnica.¹ Due elementi ne qualificano la natura di intervento di sistema. Il primo è il concerto con il Ministero della Salute nella revisione della classe triennale, che sopprime il riferimento all'infermiere pediatrico e

garantisce il completamento dei percorsi agli studenti iscritti fino all'anno accademico 2027/2028;² la competenza pediatrica avanzata viene così ricondotta al secondo ciclo. Il secondo è l'architettura curriculare. I due anni magistrali, con un tirocinio non inferiore a 30 crediti formativi,¹ non sono una sommatoria di insegnamenti, ma la prosecuzione, in un'ottica quinquennale, del percorso triennale: costruiscono progressivamente il profilo dello specialista attraverso un'esperienza clinica sempre più intensa, laboratori e simulazione avanzata; ambito, quest'ultimo, in cui l'area critica vanta una consolidata tradizione metodologica.

L'area critica come condizione

Il profilo dello specialista recepisce una concezione di area critica che l'infermieristica italiana, e ANIARTI in particolare, ha elaborato sin dagli anni Ottanta: non un perimetro fisico – la terapia intensiva, il pronto soccorso – ma una condizione assistenziale. Il decreto definisce infatti l'infermiere specialista in cure intensive e dell'emergenza come “il professionista responsabile dei processi infermieristici per la presa in carico delle persone di ogni fascia d'età in condizioni di instabilità o potenziale instabilità clinica.”¹ Le competenze attese sono enunciate in termini operativi: effettuare e interpretare il monitoraggio clinico e strumentale, invasivo e non invasivo, delle funzioni vitali; gestire le situazioni di emergenza-urgenza mediante manovre rianimatorie avanzate, in conformità con algoritmi, protocolli e linee guida; “prescrivere trattamenti assistenziali quali presidi sanitari, ausili, tecnologie specifiche.”¹

È quest'ultima formulazione ad aver alimentato il dibattito interprofessionale sul confine tra “prescrivere” e “richiedere”. Il testo, tuttavia, circoscrive la prescrizione a trattamenti assistenziali, presidi e tecnologie: non configura un potere generale di prescrizione farmacologica, né istituisce una nuova professione. Il confronto europeo aiuta a collocare la questione. Nei Paesi europei in cui esistono ruoli di pratica avanzata in area critica, la preparazione di livello magistrale è raccomandata nella maggior parte dei casi, ma solo sei riconoscono un'autorità prescrittiva e appena quattro una piena autonomia professionale.⁵ L'Italia si colloca dunque in una posizione intermedia, coerente con uno svilup-

Corrispondente: Silvia Scelsi, Presidente ANIARTI, via Francesco Nullo 6°, 16147, Genova Italia.
E-mail: presidenza@ANIARTI.it

Parole chiave: formazione infermieristica; pratica infermieristica avanzata; infermieristica di area critica; politiche sanitarie.

po incrementale del ruolo. La questione rilevante non è se lo specialista “prescriva”, ma se il suo ambito di esercizio sia definito con chiarezza sufficiente a garantire la sicurezza delle persone assistite e a rendere esigibile la responsabilità professionale.

Certificare le competenze

Sul piano disciplinare, ANIARTI ha proposto una matrice che traduce gli obiettivi formativi del decreto in uno strumento per la progettazione dei curricula, richiamando il Synergy Model dell'American Association of Critical-Care Nurses secondo cui sono le caratteristiche della persona assistita e della sua famiglia a orientare le competenze infermieristiche, con esiti ottimali quando le due dimensioni si allineano,⁷ con la tassonomia del progetto Tuning, che descrive 47 competenze specifiche dell'infermieristica organizzate in cinque domini.^{8,9} Diciotto di queste, ritenute le più pertinenti all'area critica, sono declinate sui tre livelli di esito del modello Synergy – persona assistita, professionista, sistema – e sui quattro pilastri della pratica avanzata propri dei framework internazionali: pratica clinica, leadership, formazione e ricerca,^{10,11} fermo restando il primato della componente clinica.

Perché la matrice diventi uno standard condiviso sono necessari tre passaggi. Il primo è la trasparenza del metodo con cui le competenze sono state selezionate, da documentare mediante tecniche di consenso formalizzate e da sottoporre a validazione di contenuto. Il secondo è la calibrazione di livello: le competenze Tuning descrivono in larga misura il profilo dell'infermiere generalista e vanno ricondotte ai descrittori del secondo ciclo, corrispondenti al livello 7 del Quadro europeo delle qualifiche; allo stesso modo, va esplicitata la trasferibilità al contesto italiano del Synergy Model, sviluppato nel sistema statunitense di certificazione. Il terzo passaggio, decisivo, è la traduzione delle competenze in attività osservabili e valutabili nella pratica. Le *entrustable professional activities*, unità di pratica professionale che possono essere affidate al discente quando ne abbia dimostrato la padronanza,¹² offrono un ponte operativo tra competenza dichiarata e competenza agita, perché collocano la certificazione al livello del “fare” e non soltanto del “sapere come fare.”¹³ È su questo terreno, un set nazionale di competenze minime, certificate dall'università e verificabili nei contesti di lavoro, che la comunità scientifica è chiamata a un contributo dirimente, anche per evitare che nove sedi producano nove profili diversi.

Regolare e contrattualizzare il ruolo

Il nodo più rilevante riguarda il rapporto tra il nuovo titolo e gli strumenti che, nel sistema italiano, traducono la formazione in funzioni. La legge 43/2006 attribuisce la funzione specialistica a chi è in possesso del master di primo livello,⁴ e la contrattazione collettiva continua ad ancorare ai titoli previsti da quella legge l'incarico di “professionista specialista.”¹⁴ Allo stato, il laureato magistrale specialista non dispone di un riconoscimento contrattuale proprio. Lo scenario più coerente vedrebbe il master universitario – titolo di almeno 60 crediti, da non confondere con il *Master's Degree* dei sistemi anglosassoni, che corrisponde alla nostra laurea magistrale – ricondotto a una funzione di perfezionamento, utile all'incarico di professionista esperto, riservando la funzione specialistica al laureato magistrale. Ciò richiede la revisione della legge 43/2006 e un intervento nella prossima tornata contrattuale; in loro assenza si replicherebbe l'esperienza della laurea magistrale a orientamento gestionale, il cui possesso non si è tradotto, di per sé, nell'accesso

alle funzioni corrispondenti. La scelta di non rendere il titolo abilitante è comprensibile: una nuova abilitazione avrebbe richiesto l'istituzione di un nuovo profilo professionale, con il rischio di arrestare l'intera riforma. Secondo un'interpretazione diffusa, il campo proprio di attività resta definito, ai sensi della legge 42/1999, dal profilo professionale, dagli ordinamenti didattici e dal codice deontologico,¹⁵ e il nuovo ordinamento ne estende il perimetro senza necessità di un'ulteriore abilitazione. È un'interpretazione ancora da consolidare: la norma richiama gli ordinamenti dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base e, in assenza di un profilo distinto, le aziende sanitarie non dispongono di un riferimento univoco per attribuire funzioni specialistiche. Forme di riconoscimento pubblico del titolo, per esempio presso gli Ordini professionali, e indirizzi regionali sull'impiego degli specialisti nelle reti tempo-dipendenti potrebbero colmare questa zona grigia.

L'esperienza spagnola mostra il costo di un simile disallineamento. Il Real Decreto 450/2005 ha istituito sette specialità infermieristiche; quella in *cuidados médico-quirúrgicos*, che comprende l'ambito critico, risultava ancora priva di un programma formativo approvato e di posti di formazione quasi vent'anni dopo.^{16,17} Il quadro europeo è coerente: in un'indagine su 24 Paesi la formazione post-base in area critica era presente in 17, ma la specialità era formalmente riconosciuta soltanto in 13, e la mancata protezione del titolo era indicata come barriera in quasi la metà dei Paesi rispondenti.¹⁸ Una specialità dichiarata ma non riconosciuta resta, di fatto, una specialità che non esiste.

Capacità formativa ed equità territoriale

I dati della prima selezione smentiscono il timore di una scarsa attrattività. Per l'anno accademico 2026/2027 oltre 3.300 candidati hanno concorso per 759 posti; il percorso in cure intensive ed emergenza ha raccolto circa il 60% delle domande, con punte superiori a 20 candidati per posto.¹⁹ Il contrasto con il primo ciclo è netto: il rapporto tra domande e posti nei corsi di laurea in infermieristica è sceso da 1,6 nel 2019 a 1,04 nel 2024, in un Paese in cui la densità di infermieri 6,9 per 1.000 abitanti nel 2023, è inferiore di oltre il 20% alla media dell'Unione europea.²⁰ Un percorso di carriera clinica credibile può dunque diventare una leva di attrattività e di permanenza nella professione. Proprio la carenza di personale, d'altra parte, impone che la specializzazione non sottragga competenze all'assistenza diretta, ma le concentri dove la complessità clinica è maggiore.

Il vincolo, quindi, non è la domanda ma la capacità formativa. Le nove sedi attivate per le cure intensive e l'emergenza, per complessivi 260 posti, si concentrano nel Centro-Nord: l'unica sede del Mezzogiorno è L'Aquila, e nessuno dei tre percorsi è attivo in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.²¹ La disponibilità di tutor clinici e di sedi di tirocinio realmente specialistiche, la barriera più citata allo sviluppo della formazione in area critica in Europa,¹⁸ condiziona l'espansione dei posti e l'omogeneità degli esiti formativi. In questa fase iniziale è ammissibile che parte del tutorato si avvalga di professionisti non infermieri per competenze tecniche di frontiera, purché il governo del processo assistenziale resti in capo agli infermieri. Resta aperta, infine, la questione della selezione: una prova nazionale a risposta multipla misura conoscenze, non necessariamente il potenziale per la pratica avanzata, e il peso da attribuire all'esperienza clinica pregressa merita una riflessione che non penalizzi i più giovani né svaluti l'esperienza maturata sul campo.

Cosa misurare

La riforma è anche un'occasione di ricerca che la comunità infermieristica non dovrebbe mancare. Le evidenze internazionali sul ruolo dell'infermiere di pratica avanzata nei contesti di emergenza e di area critica indicano esiti non inferiori, e talvolta migliori, in termini di qualità dell'assistenza, esiti clinici, soddisfazione e costi;²² derivano tuttavia in prevalenza da studi osservazionali condotti in sistemi con assetti regolatori, inclusa l'autorità prescrittiva, diversi dal nostro, e la loro trasferibilità va considerata con cautela. Analogamente, l'associazione tra livello di istruzione degli infermieri e mortalità ospedaliera osservata in nove Paesi europei²³ sostiene la plausibilità del legame tra formazione ed esiti, ma riguarda la formazione di base e non la specializzazione.

Servono almeno tre linee di lavoro. La prima è la valutazione dell'introduzione dei nuovi ruoli secondo framework consolidati come PEPPA, che accompagnano il processo dalla definizione del bisogno assistenziale alla valutazione degli esiti.²⁴ La seconda è uno studio di coorte nazionale dei laureati, che documenti collocazione, traiettorie di carriera e utilizzo effettivo delle competenze. La terza è la misurazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica nei contesti in cui operano gli specialisti, insieme alla validazione formale della matrice di competenze. Anche l'impatto delle tecnologie di monitoraggio avanzato e dell'intelligenza artificiale sul contenuto del ruolo andrà studiato, anziché presupposto.

Conclusioni

In un sistema in cui la qualità dei corsi è garantita dall'accREDITAMENTO istituzionale delle università²⁵ e non da un accREDITAMENTO professionale dei programmi, come avviene in altri Paesi, le società scientifiche hanno la responsabilità di presidiare gli standard di competenza attesi, entrando nel merito dei piani di studio e degli insegnamenti. La sfida, in definitiva, è culturale prima ancora che ordinamentale: passare dalla competenza dichiarata – enunciata dal decreto e mappata dalla matrice – alla competenza riconosciuta, certificata dal percorso accademico, verificabile nella pratica, valorizzata dal contratto e misurata nei suoi esiti per le persone assistite. Solo a queste condizioni la laurea magistrale specialistica sarà, per l'infermieristica italiana, il giro di boa che il suo ingresso nell'università ha rappresentato una generazione fa.

Bibliografia

1. Ministero dell'Università e della Ricerca. Decreto ministeriale 6 febbraio 2026, n. 159. Revisione della classe di laurea magistrale infermieristica e istituzione dei profili infermieristici specialistici. Roma: MUR; 2026.
2. Ministero dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministero della Salute. Decreto 25 febbraio 2026, n. 177. Revisione della classe di laurea infermieristica (modifiche al decreto interministeriale 19 febbraio 2009). Roma: MUR; 2026.
3. 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. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 305, 30 dicembre 1992.
4. 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. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 40, 17 febbraio 2006.
5. Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, et al. Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: a scoping review. *Nurse Educ Pract* 2021;54:103142.
6. Curley MAQ. Patient-nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *Am J Crit Care* 1998;7:64-72.
7. Tuning Educational Structures in Europe. Nursing specific competences. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
8. Pantaleo F, D'Angelo D, Stievano A, et al. An example of evaluation of tuning nursing competences in the licensure exam: an observational study. *Heliyon* 2023;9:e13412.
9. Health Education England. Multi-professional framework for advanced clinical practice in England. London: Health Education England; 2017.
10. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing 2020. Geneva: ICN; 2020.
11. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ* 2005;39:1176-7.
12. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65:S63-7.
13. ARAN – Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale del comparto Sanità, triennio 2022-2024. Roma: ARAN; 2025.
14. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 50, 2 marzo 1999.
15. Crespo Montero R. Enfermero especialista en cuidados médico-quirúrgicos: el final de la especialidad que nunca existió. *Enferm Nefrol* 2013;16:5-6.
16. Sindicato de Enfermería SATSE. Advertimos sobre los cursos para la prueba de Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos. 19 gennaio 2024. Disponibile presso: <https://www.satse.es/es/w/formacion-enfermeria-medico-quirurgica>
17. Endacott R, Jones C, Bloomer MJ, et al. The state of critical care nursing education in Europe: an international survey. *Intensive Care Med* 2015;41:2237-40.
18. Quotidiano Sanità. Infermieri. Lauree magistrali specialistiche: 3.300 candidati per 759 posti negli atenei italiani. 25 settembre 2026.
19. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Italia: profilo della sanità 2025. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing; Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2025.
20. Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. Lauree magistrali infermieristiche: la mappa delle sedi attive e i posti disponibili. 27 agosto 2026. Disponibile presso: <https://www.fnopi.it/2026/08/27/magistrali-infermieristiche-mappa-sedi/>
21. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017;15:63.
22. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824-30.

23. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004;48:530-40.
24. Decreto legislativo 27 gennaio 2012, n. 19. Valorizzazione dell'efficienza delle università e conseguente introduzione di meccanismi premiali nella distribuzione di risorse pubbliche sulla base di criteri definiti ex ante anche mediante la previsione di un sistema di accreditamento periodico delle università e la valorizzazione della figura dei ricercatori a tempo indeterminato non confermati al primo anno di attività, a norma dell'articolo 5, comma 1, lettera a), della legge 30 dicembre 2010, n. 240. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 57, 8 marzo 2012.

Conflitto di interessi: gli autori non dichiarano alcun conflitto di interessi.

Ringraziamenti: gli autori ringraziano il Prof Alberto Dal Molin, il Prof. Marco Clari, la Prof. Loreto Lancia, e la Prof.ssa Rosaria Alvaro.

Ricevuto: 7 Ottobre 2026. Accettato: 7 Ottobre 2026.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2026; 43:725

doi:10.4081/scenario.2026.725

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher; the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.