



# **STATO DELL'ARTE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN SARDEGNA**

**POSSIBILI SCENARI NEL FUTURO E STUDIO DEL FENOMENO  
CURE PRIMARIE E INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'**



# **STATO DELL' ARTE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

[www.regione.sardegna.it](http://www.regione.sardegna.it)

**LIFE - CENTRO STUDI SULLA SANITÀ**

[www.lifesardegna.it](http://www.lifesardegna.it)

Report realizzato nell'ambito del Finanziamento per le attività istituzionali e la realizzazione degli studi sul sistema sociale e sanitario - CUP E89I23001300002, con il contributo della Regione Sardegna di cui alla L. R. 21 febbraio 2023, n. 1, Tabella D”;



## INDICE

<u>PERCORSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERE.....</u>	<u>4</u>
<u>IDENTITÀ DEMOGRAFICA E MACROECONOMICA .....</u>	<u>10</u>
<u>SCENARIO SANITARIO .....</u>	<u>13</u>
<u>SISTEMA SANITARIO REGIONALE E SVILUPPI FUTURI DELLA PROFESSIONE.....</u>	<u>23</u>
<u>CAPITALE UMANO .....</u>	<u>26</u>
<u>ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NUOVE FRONTIERE .....</u>	<u>30</u>
<u>PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO .....</u>	<u>34</u>
<u>CONFINI DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE .....</u>	<u>39</u>
<u>BENESSERE DEGLI INFERMIERI .....</u>	<u>53</u>
<u>CONCLUSIONI.....</u>	<u>56</u>
<u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>58</u>

# STATO DELL'ARTE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

## *PERCORSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERE*

L'excursus normativo che seguirà consente di ripercorrere le principali tappe normative che hanno coinvolto la Professione Infermieristica. Non ha la pretesa di esaurire l'argomento, ma confida che un obiettivo così importante rappresenti un'opportunità di conoscenza ed una motivazione di impegno.

L'esercizio della Professione Infermieristica ha visto profondi ed importanti sviluppi negli ultimi decenni, ed in questo capitolo ne sarà brevemente illustrato il percorso di valorizzazione, ne sarà evidenziato, altresì, il passaggio cruciale dalla mera esecutività alla concreta responsabilizzazione, non solo a livello clinico-assistenziale, ma anche a livello manageriale, gestionale, organizzativo e formativo.

In Italia la Professione Infermieristica in quanto tale, viene riconosciuta con l'emanazione della Legge n. 562 del 1926<sup>1</sup> che in base alle indicazioni del Regio Decreto n. 1832 del 1925<sup>2</sup>, istituisce le scuole convitto per infermieri. In quegli anni, infatti, si ebbe la prima vera regolamentazione della formazione infermieristica che naturalmente era riservata alle sole donne. Solo successivamente l'art. 99 del Regio Decreto 27 luglio 1934<sup>3</sup> "*Approvazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie*", rivelerà la suddivisione in:

- le professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista, odontostomatologo);
- le professioni sanitarie, cosiddette ausiliarie (ostetrica, assistente sanitaria, infermiera diplomata, tecnico di radiologia medica);
- la arti ausiliarie delle professioni sanitarie ausiliarie (odontotecnico, ottico, infermiere generico, puericultrice, massaggiatore, terapeuta della riabilitazione).

---

<sup>1</sup> Legge 18 marzo 1926, n. 562. Conversione in legge, con approvazione complessiva, di decreti luogotenenziali e regi aventi per oggetto argomenti diversi. (G.U. 3 maggio 1926, n. 102).

<sup>2</sup> Regio Decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832. Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici. (G.U. 5 novembre 1925 n. 257).

<sup>3</sup> Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. (G.U. 9 agosto 1934 n. 186)

Le mansioni infermieristiche, cioè tutte quelle attività che competevano alla figura dell'infermiera, vengono stabilite con il Regio Decreto n. 1310 del 1940 che pone in luce molto chiaramente il ruolo subordinato che riveste l'Infermiera nei confronti del medico. E così per decenni il campo di esercizio professionale dell'infermiere è stato disciplinato dal cosiddetto “*Mansionario*”, che, essendo costituito da una mera elencazione di compiti, rispecchiava un'idea del “*fare infermieristico*” come un semplice insieme di atti da eseguire, senza alcun riferimento al processo decisionale, né valutativo.

Con la Legge n. 1049 del 1954<sup>4</sup>, la professione, ottenne l'istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie Visitatrici e delle Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), al quale sono assegnate importanti funzioni: la promozione del progresso culturale degli iscritti, la vigilanza sul rispetto delle norme deontologiche e la vigilanza sul decoro.

Il sopraccitato “*Mansionario*” verrà successivamente modificato con il D.P.R. n. 225 del 1974<sup>5</sup>, che ha stemperato i termini della dipendenza dell'infermiere dal medico, introduce alcune novità come:

- l'organizzazione;
- la promozione;
- l'attuazione di piani di lavoro;
- l'istruzione del personale;
- la partecipazione a riunioni di gruppo ed alla ricerca.

Più tardi, con la pubblicazione del Decreto Legislativo n. 502 del 1992<sup>6</sup>, riferendosi alle professioni sanitarie non mediche, vengono definite “*professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione*”. Lo stesso Decreto ha inoltre avuto un importante risvolto: vede il trasferimento della formazione infermieristica dalla sede Regionale a quella Universitaria. Ed infine, stabilisce l'obbligatorietà del diploma di Scuola Media Superiore per l'accesso alla formazione infermieristica, prevedendo ad opera del Ministero della Sanità l'emanazione dello specifico profilo professionale.

---

<sup>4</sup> Legge 29 ottobre 1954, n. 1049. Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. (G.U. 15 novembre 1954 n. 262).

<sup>5</sup> Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. (G.U. 18 giugno 1974 n. 157).

<sup>6</sup> 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. (G.U. 30 dicembre 1992 n. 305).

Se inizialmente il “*Mansionario*” poteva rispecchiare il fare infermieristico, ben presto è diventato “*stretto*” ad una professione in continua e rapida evoluzione; l’elencazione degli atti in esso contenuta è diventata esaustiva solo in teoria, non certo in pratica, creando quotidianamente situazioni “*Extra-Mansionariali*”.<sup>7</sup> Tale fenomeno era la diretta conseguenza della riforma che parallelamente si stava sviluppando sul fronte della formazione. I profili professionali sarebbero poi stati approvati con appositi decreti ministeriali a partire dal 1994. È evidente che la formazione universitaria forniva all’infermiere le competenze avanzate per poter operare con un nuovo atteggiamento nel processo assistenziale, non certo di mero esecutore di mansioni predeterminate.

Ma il grande passo nella storia della professione infermieristica è rappresentato sicuramente dal Decreto del Ministero della Sanità n. 739 del 1994<sup>8</sup> “*Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere*”, che per la prima volta introduce in modo importante il concetto di responsabilità, cita infatti “*L’infermiere è responsabile dell’assistenza generale infermieristica*”, anche se utilizza ancora il termine “*operatore sanitario*” e non ancora “*professionista sanitario*”.

All’interno del profilo professionale si delineano i campi di esclusiva pertinenza dell’Infermiere:

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica;
- pianifica l’intervento infermieristico;
- gestisce l’intervento infermieristico;
- valuta l’intervento infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche;
- agisce sia individualmente, sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto, (attribuzione di compiti ad altri operatori).

Il peso del nuovo livello di autonomia attribuito agli infermieri si coglie già dal disposto contenuto nel primo articolo del DM 739/94 nella parte in cui si precisa che “*l’infermiere è responsabile dell’assistenza generale infermieristica*”. L’attività collaborante viene invece

---

7 Benci L. (2005). Aspetti giuridici della professione infermieristica, McGraw Hill.

8 Ministero della Sanità Decreto 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere. (G.U. 09 gennaio 1995 n. 6).

indicata nel terzo comma punto a) dello stesso articolo dove viene sottolineata la funzione integrante medico-infermiere quando si specifica che l'infermiere *“partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”*. Il termine partecipa assume il significato di un'attività non autonoma ma svolta in collaborazione. Il punto d) inoltre stabilisce che *“l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”*. Il punto e) precisa che l'infermiere *“agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali”*. Soprattutto nella previsione di attività collaborative con altri operatori si esprime la capacità dell'infermiere di individuare i problemi di salute afferenti alla propria disciplina e di assumerne la responsabilità di risultato sul paziente.

L'impianto normativo sopra descritto viene successivamente perfezionato dalla Legge n. 42 del 1999<sup>9</sup> *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*, è una importante disposizione normativa per la molteplicità di aspetti trattati, con cui in particolare viene sancito l'importante passaggio da *“professione sanitaria ausiliaria”* a *“professione sanitaria”* a tutti gli effetti, e viene definitivamente abolito il DPR 225/74 (ad eccezione del Titolo V per l'infermiere generico). È quindi solo da questo momento che anche il Profilo Professionale dell'Infermiere afferma finalmente il suo ruolo di protagonista nello sviluppo della professione infermieristica, emancipandosi dalla anacronistica qualificazione di *“professione ausiliaria”*.

È bene evidenziare come l'art. 1 associ due termini, attività e responsabilità, *“quella infermieristica è una professione sanitaria a tutto tondo ed è proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie”*. Tale accostamento non è casuale, anzi è indicativo della volontà di voler ricondurre il termine responsabilità all'ambito prettamente professionale dell'essere e dell'agire dell'Infermiere che, pertanto si assume in prima persona tutta la responsabilità che l'agire professionale comporta. In questo senso, il termine *“attività”* non va inteso come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo ad attivarsi, cioè ad assumere una condotta attiva, a prendere le iniziative necessarie per l'adempimento del dovere assistenziale in quanto garante della salute dei pazienti, al di là delle richieste esplicite dell'assistito.

Ed infine stabilisce che *“il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di*

---

<sup>9</sup> Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. (G.U. 02 marzo 1999 n. 50).

*formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici*". Ovvero ne definisce i presupposti per esercizio professionale nonché le competenze ed i limiti di ciascuna nuova professione sanitaria. Tali presupposti non sono più deducibili sulla base del "Mansionario", bensì sulla scorta di tre elementi positivi (il codice deontologico, il profilo, gli ordinamenti didattici) e di due elementi negativi (le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario).

L'ultimo passaggio a completamento di questo percorso è rappresentato dalla Legge n. 251 del 2000<sup>10</sup>, importante per due aspetti estremamente significativi: il primo, in linea con la Legge n. 42 del 1999, in quanto ribadisce il concetto che gli operatori debbano agire con "autonomia professionale"; il secondo, passaggio anch'esso fondamentale per cui questa norma viene ricordata come "La legge della Dirigenza", dà la possibilità alle Aziende Sanitarie di istituire la Dirigenza per il Servizio dell'Assistenza Infermieristica e Ostetrica.

Una novità rilevante accennata nel '99 ed approfondita nel 2000 è rappresentata quindi dal riconoscimento della funzione specialistica dell'infermiere, prevede che un professionista abbia un campo proprio di responsabilità e attività specialmente nella formazione post-base. Tale norma rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico-assistenziale, ma anche a livello manageriale, gestionale, organizzativo e formativo. I percorsi formativi post-base consentono di acquisire conoscenze cliniche avanzate per lo sviluppo di diversi "saperi infermieristici" orientati a dare la miglior risposta possibile a nuove domande di salute dei cittadini in ambiti maggiormente diversificati.

Con la citata Legge 251/2000, si è ribadita l'espansione della dimensione della figura dell'infermiere, laddove, già nell'art. 1, si dice che questa professione svolga, con autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici. Continuando nell'analisi del testo normativo, il comma 3 dell'art. 1 prevede che: "il Ministero della Salute... emani Linee Guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni e la revisione dell'organizzazione

---

<sup>10</sup> Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. (G.U. 06 settembre 2000 n. 208).

*del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata*". Con questa stessa legge il legislatore è intento ad istituire la Dirigenza delle Professioni Sanitarie non mediche.

La Legge n. 43 del 2006<sup>11</sup> istituisce gli ordini e gli albi per tutte le professioni sanitarie e l'obbligatorietà dell'iscrizione, stabilendo inoltre che per l'accesso alla funzione di coordinamento è necessario il Master di Coordinamento. Una posizione di grande rilevanza all'interno dell'organizzazione, che funge da raccordo all'interno dell'organizzazione, e concretizza il collegamento tra il nucleo operativo e la direzione strategica con funzioni di pianificazione, gestione, organizzazione, direzione, sviluppo delle risorse umane e del servizio, valutazione e controllo. Questa figura nasce con il principale scopo di coordinare e gestire il personale addetto all'assistenza, agli interventi relativi all'ambiente in cui viene erogata, alle condizioni igieniche e di sicurezza, alle attività di integrazione con le diverse unità operative e servizi, alla gestione del materiale sanitario, alla gestione delle attività amministrative e burocratiche, alla partecipazione a processi di cambiamento.

Sempre la Legge n. 43 del 2006 rimarca nuovamente la Funzione Dirigenziale dell'Infermieristica, che inserendosi nel percorso legislativo già delineato precedentemente. Un nuovo punto di vista che deve saper abbinare al tradizionale approccio clinico, quello politico e finanziario. Un ruolo complesso, che richiede capacità di direzione, di analisi organizzativa, di influire sul sistema budget ed il sistema reporting, la partecipazione alla funzione di risk management aziendale, la promozione della qualità dell'assistenza, la valutazione ed il controllo.

Una siffatta concezione dinamica delle funzioni è consona alla logica ed allo sviluppo culturale, che ha portato all'attuale situazione di progressiva valorizzazione della Professione Infermieristica, inserita in un contesto dove gli operatori sono chiamati a garantire prestazioni sempre più multiformi.

In conclusione, si può affermare che il DM 739/94, la Legge 42/99, la Legge 251/00, la Legge 43/2006, ed anche il Codice Deontologico hanno determinato profonde modificazioni, scandendo normativamente il percorso evolutivo della Professione Infermieristica che è maturata superando il concetto di ausiliarità e mera esecutività, lasciando piuttosto spazio al concetto responsabilità e autonomia, oggi peculiari dell'agire professionale infermieristico. La

---

<sup>11</sup> 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. (G.U. 17 febbraio 2006 n. 40).

professione infermieristica è, difatti, oggi a pieno titolo riconosciuta tra le professioni intellettuali, per la quale è richiesta una formazione specifica di tipo Universitario (Libro V, titolo III, Capo II, Art. 2229 del Codice civile).

Lo scarso potere di decisionalità nel processo di cura dell'infermiere cede il passo di fronte a un infermiere in grado di acquisire nuove capacità di gestire in autonomia l'assistenza, integrare sapere e processi clinici e contribuire all'aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso delle risorse e delle strutture a disposizione.<sup>12</sup>

Si individuano nuovi ruoli che nell'organizzazione per intensità di cure, richiedono specifiche competenze: infermiere di cellula, infermiere di processo, infermiere referente sono figure presenti nei vari livelli di cura a ciclo continuo. E ancora infermiere facilitatore della continuità assistenziale, infermiere bed manager per la gestione efficace ed appropriata dei flussi dei pazienti, infermiere esperto con particolari competenze in assistenza avanzata, infermiere gestionale con indirizzo organizzativo.

Per il personale infermieristico si allarga il campo delle competenze nella gestione dell'assistenza avanzata, si espande l'ambito delle responsabilità nella presa in carico della persona ricoverata e del *caregiver*, si ampliano i processi di integrazione; compresa la necessità di disporre di strumenti comuni per garantire la continuità delle informazioni e documentare la presa in carico complessiva del paziente.

### ***IDENTITÀ DEMOGRAFICA E MACROECONOMICA***

L'Italia del 2023<sup>13</sup> registra un numero di over65, e dunque di potenziali pensionati, doppio rispetto a quello dei minori di 15 anni: 14,1 milioni contro 7,3 milioni. Del resto, l'Italia è contemporaneamente uno dei Paesi con la più bassa fertilità al mondo (1,2 figli per donna) e con le migliori speranze di vita: 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne. INPS (2023)<sup>14</sup> dichiara di corrispondere 13,7 milioni di pensioni previdenziali a fronte di 23,6 milioni di occupati<sup>15</sup>. Il rapporto tra lavoratori e pensionati è oramai di 1,7 a 1. Il dato è in costante

---

12 Bolognese L. (2011). Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità, Gital Cardiol, vol 12.

<sup>13</sup> Rapporto ISTAT 2023, pubblicato a luglio 2023. I dati si riferiscono al 2022 o all'anno più recente disponibile.

<sup>14</sup> INPS (2023), Pensioni vigenti all'1.1.2023 e liquidate nel 2022 erogate dall'Inps, Statistiche in breve.

<sup>15</sup> Dato ISTAT riferiti a settembre 2023.

peggioramento a causa della decrescente natalità, della ridotta percentuale di occupati (62%), di una programmazione dell'immigrazione regolare a lungo insufficiente e dell'aumento progressivo, anche se in rallentamento<sup>16</sup>, della speranza di vita media. La crescita della popolazione anziana e i meccanismi di rivalutazione collegati all'inflazione comportano, a politiche invariate, previsioni di aumento della spesa pensionistica di 64 miliardi nel solo periodo 2022-2026: un incremento del 22%<sup>17</sup> per un comparto che già oggi assorbe il 15% del PIL, oltre il doppio della sanità pubblica (6,7%). A tale previsione si aggiunge un secondo fattore di rigidità, molto rilevante: il servizio del debito pubblico. Esso è più oneroso del passato a causa delle note dinamiche inflazionistiche e di aumento dei tassi di interesse. Anche per gli interessi passivi, che oggi assorbono il 4% del PIL, si prevede una crescita di circa 20 miliardi (+24%) entro il 2026. A fronte di una base imponibile piuttosto statica, anzi tendenzialmente in decrescita a causa della riduzione della popolazione attiva, l'aumento automatico degli interessi sul debito e della spesa pensionistica spiazza gli altri comparti del welfare pubblico, in particolare la sanità, la scuola, il sociale e il trasporto pubblico.

Lo scenario demografico e macroeconomico ha un impatto diretto sul SSN. Secondo le previsioni a legislazione invariata<sup>18</sup>, rispetto al 2022 (ultimo esercizio consuntivato), entro il 2026 la spesa sanitaria crescerà di 8 miliardi. Si tratta di un aumento percentuale del 6% in quattro esercizi, largamente al di sotto del trend economico e inflattivo previsto, che conduce quindi a una riduzione della sua incidenza nominale e reale sul PIL: dal 6,7% al 6,1%. Il SSN italiano, come noto, dispone di risorse per la copertura sanitaria pubblica che sono tra le più modeste dell'Europa occidentale, lontane dalle percentuali di Francia, Germania e Regno Unito, che si collocano tra il 10% e l'11% del PIL. Con tali risorse l'SSN deve prendere in carico la popolazione tra le più anziane del mondo secondo i dati ISTAT: il 24% degli italiani sono over 65; il 40% della popolazione dichiara almeno una patologia cronica, il 21% una poli-patologia; si stimano 3,9 milioni di persone non autosufficienti. In questo scenario, vengono perpetuate dichiarazioni di intenti universalistiche, con tensioni verso panieri di prestazioni coperte teoricamente sempre più generosi. Un'opzione però non realistica a fronte della contrazione delle risorse, dell'aumento dei costi di produzione e dell'incremento dei bisogni.

---

<sup>16</sup> Rapporto ISTAT 2023, p. 35.

<sup>17</sup> Dato NADEF ottobre 2023.

<sup>18</sup> Dato NADEF ottobre 2023.

Le ultime evidenze disponibili (2021), infatti, segnalano che ormai il 50% delle visite specialistiche ambulatoriali sono pagate privatamente, così come il 33% degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. Allo stesso modo, la riabilitazione domiciliare e ambulatoriale è in larga maggioranza a pagamento (seppure virtualmente coperta), come da sempre l'odontoiatria (esclusa comunque dalla copertura). Il tasso di copertura dei bisogni epidemiologicamente rilevati in ambito di salute mentale e dipendenze è del 30-40%. Solo il 7% dei quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti ha una presa in carico di tipo residenziale: prevalentemente, ricovero in RSA. Il 26% riceve assistenza domiciliare, sociosanitaria (22%) o almeno sociale, anche se con la media ADI è di 16 accessi in un anno. Il 5% riceve assistenza, prevalentemente sociale, in centri diurni. Può essere che una quota di tali utenti riceva anche assistenza domiciliare. Tuttavia, anche adottando un criterio ottimistico che consideri come mutualmente esclusivi i diversi servizi, il tasso di copertura del bisogno si ferma al 38%. Almeno il 62% della popolazione con limitazioni funzionali, stimabile in 2,4 milioni di persone, non riceve alcun servizio pubblico.

In questo difficilissimo quadro, il periodo del Covid-19 è stato oggettivamente espansivo per molti sistemi sanitari regionali, soprattutto quelli con maggiore capitale istituzionale e amministrativo, come le grandi regioni del Centro-Nord del Paese. Ad esempio, diverse realtà hanno rafforzato la dotazione di personale fino a superare gli organici del 2009. All'opposto, le regioni più deboli, contraddistinte da una diffusa cultura "amministrativo-difensiva", abituate a procedure e aspettative di austerità, non hanno saputo beneficiare in modo altrettanto significativo della breve fase espansiva del SSN dovuta alla pandemia. Ad esempio, secondo i dati della Corte dei Conti<sup>19</sup>, nel 2022, in media, le regioni del Mezzogiorno hanno utilizzato solo il 41% delle risorse per il recupero delle liste di attesa, a fronte di un dato del 57% al Centro e del 92% al Nord. Nel 2022, e ancor più nel 2023, si sono assottigliati i finanziamenti speciali, dal MEF volutamente tenuti esterni al perimetro del Fondo Sanitario. A fronte di costi in tendenziale aumento, diverse regioni sono entrate in una fase di difficoltà di bilancio.

Alla luce dei modesti tassi di copertura dei bisogni da parte del SSN, è difficile parlare di "sprechi" per le regioni in tensione finanziaria del Nord, dove il portafoglio di servizi è relativamente più ampio, ma soprattutto, relativamente più vicino all'universalismo dichiarato. L'interpretazione probabilmente più corrispondente al vero è quella di SSR che offrono una

---

<sup>19</sup> Corte dei Conti (2023), Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023, p. 277

buona gamma di servizi, comunque insufficienti rispetto ai bisogni, ma, purtroppo, già superiori al livello che il SSN può permettersi con un livello di finanziamento tra il 6% e il 7% del PIL. Ovviamente, azioni di efficientamento sono sempre possibili in sistemi ultra complessi come la sanità: devono rimanere un costante obiettivo di lavoro per i manager e i policy maker del SSN. Allo stesso tempo, mai potremo recuperare i differenziali che registriamo nei confronti di altri paesi europei, magari paragonabili sul piano socio-economico e delle aspettative dei cittadini, ma con disponibilità di risorse per la sanità radicalmente diverse. Un SSN poco finanziato non copre tutti i bisogni ed effettua prioritizzazioni implicite, emergenti, spesso inconsapevoli, quindi difficilmente eque e in grado di massimizzare il beneficio collettivo.

### ***SCENARIO SANITARIO***

Il modo di fare sanità, di pensare e organizzare l'assistenza ospedaliera è profondamente mutato. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha generato un aumento della domanda di servizi in particolare rivolti al trattamento delle patologie cronico degenerative che richiedono un'elevata componente sociosanitaria con spostamento dei servizi verso il territorio.

La fotografia che si va delineando è caratterizzata soprattutto da patologie degenerative, in particolare da quelle oncologiche, nonché da malattie cardiovascolari e dai traumatismi gravi correlati alla longevità. Tali forme patologiche determinano l'interessamento diretto dell'ospedale specialmente nella fase acuta; per il loro trattamento si presenteranno, infatti, due fasi assistenziali: quella caratterizzata da un decorso breve, che richiede interventi rapidi, a carattere specialistico, e quella di lunga assistenza, nella quale, dopo l'intervento immediato della struttura ospedaliera, si pone il problema di un supporto assistenziale che attualmente viene impropriamente ancora assicurato dall'ospedale.

Le strutture ospedaliere sono destinate alle principali malattie acute che richiedono interventi diagnostici di una certa complessità tecnologica o terapie particolarmente complesse. I servizi territoriali comprendono assistenza domiciliare integrata, cure ospedaliere a domicilio, centri diurni e case di cura. Tutti questi servizi sono nati per garantire ai pazienti la continuità delle cure al momento della dimissione.

Tuttavia, nonostante l'importanza di queste strutture, la percentuale di case di cura e cure domiciliari integrate è scarsa in Italia. Dato l'aumento della popolazione anziana, è evidente che la rete integrata di servizi territoriali geriatrici è inadeguata per soddisfare le esigenze di questa

popolazione complessa ed esigente. Esistono diverse difficoltà nella creazione di una rete di servizi, innanzitutto, è necessario un cambiamento di cultura, sia a livello clinico che gestionale; e una mancanza di visione condivisa nella sostenibilità a lungo termine dei servizi di integrazione.

I servizi di rete integrata richiedono partenariati, strutture finanziarie e piattaforme informatiche sviluppati con cura per fornire sostegno e finanziamenti adeguatamente protetti.<sup>20</sup>

Il modello di ospedale tradizionale si basa principalmente sulla divisione del sapere e del lavoro, e nella maggior parte dei nostri ospedali le linee di assistenza si basano su una gestione monospecialistica del paziente, ovvero verticale.<sup>21</sup> Il paziente in condizioni acute accede al pronto soccorso, viene assegnato un codice di colore corrispondente alla gravità delle condizioni cliniche attraverso il triage; successivamente, il paziente viene indirizzato al reparto specialistico di riferimento non per le esigenze individuali del paziente, quanto per la patologia prevalente in quel momento.

Questo sempre più minuzioso perfezionamento delle conoscenze comporta una parallela specializzazione del lavoro con conseguente differenziazione dei processi interni, pressato dal progresso della medicina ha richiesto, di volta in volta, l'introduzione di nuove specializzazioni. Da un lato, si velocizza il processo di apprendimento (lo specialista si focalizza su un campo più ristretto di applicazione), ma dall'altro si incrementa la frammentazione di competenze sia a livello intra organizzativo che inter-organizzativo.

Nell'attuale organizzazione delle aree di cura, basata sulla tradizionale suddivisione in Aree Mediche e Aree Chirurgiche e, nel loro ambito, in Unità Operative, l'estrema variabilità della gravità clinica e del carico assistenziale rappresentano una situazione abituale; ma uno standard assistenziale "medio" può risultare superiore alle necessità per alcuni pazienti, ed in senso contrario insufficiente per altri.

Le conseguenze di tale disallineamento, ovvero l'appiattimento standard assistenziale medio, può prendere due forme, note come "*effetto tetto*" ed "*effetto pavimento*". L'effetto tetto si

---

20 Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T (2015) Abilita e ostacola l'implementazione dell'assistenza integrata. Riforma del sistema sanitario, 2015, pp. 250-256.

21 Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. (1996). Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice, BMJ.

verifica quando un paziente con elevati bisogni è inserito in un sistema a bassa offerta e tende a stressare il sistema ottenendo più assistenza rispetto agli altri pazienti ricoverati, ma senza mai ricevere quella di cui necessita, e da ciò ne deriva un'assistenza inadeguata. L'effetto pavimento si ha quando un paziente con modesti bisogni è inserito in un sistema ad alta offerta, ricevendo così una quota di assistenza superiore a quella necessaria, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo: ne deriva uno spreco di risorse.<sup>22</sup>

La straordinaria evoluzione delle scoperte scientifiche e tecnologiche ha determinato l'utilizzo di procedure diagnostiche-terapeutiche innovative ed efficaci, con riflessi vantaggiosi sulla qualità di vita dei pazienti, ma allo stesso tempo è anche poco utile avere tecnologia, se le attese sono sempre maggiori e incalcolabili e i flussi terapeutici sono frammentati fino a bloccarsi.<sup>23</sup>

Le linee di attività appaiono spezzettate e frammentate, caratterizzate da intoppi gestionali ed inefficienze, che portano a non avere una definizione di processo predefinita; ed i punti critici, da superare, che ne derivano sono:

- strutture sovraffollate nei centri di riferimento e parallelo sottoutilizzo dei centri minori;
- sistema privo di una chiara gerarchia di prestazioni offerte e carente in termini di interconnessione funzionale;
- efficienza media limitata da procedure e problemi estranei all'assistenza vera e propria;
- strutture obsolete, generalmente poco idonee ad ampliamenti o trasformazioni interne;
- inadeguatezza del percorso assistenziale e delle prestazioni;
- inadeguatezza funzionale ospedale-territorio e disconnessione con il territorio;
- sistema costruito attorno alle specializzazioni e flussi organizzati per disciplina;
- sottottimizzazione dei locali (tasso di occupazione a volte basso, letti in appoggio ecc.);
- intensità di cure "media" per bisogni differenti;
- assistenza infermieristica e tecnica non sufficientemente valorizzata;
- sovraffollamento e/o inappropriata;
- attese per scarso coordinamento;
- relazioni informali anziché strutturate e organizzate;
- interferenza tra i percorsi di urgenza e di elezione;
- scarsa integrazione tra i professionisti;

---

22 FADOI (2007). Medicina Interna e nuova organizzazione ospedaliera. Proposta di documento, Toscana.

23 Nicosia F. (2008). Ospedale "Lean" per Intensità Di Cure. Dossier "Lotta agli sprechi". Management Sanità, pp. 36-40.

- ambienti che non favoriscono rapporti proficui tra il cittadino e l'organizzazione sanitaria e percezione di scarso coordinamento da parte dei pazienti.

Un individuo che manifesta dei sintomi che indicano un discostamento dallo stato di salute, si reca da una serie di specialisti allocati in strutture differenti; se necessita del ricovero ospedaliero, la sua permanenza all'interno della struttura può di frequente essere disturbata da diversi spostamenti da un reparto all'altro in base alla disponibilità dei posti letto o alla fase di degenza in atto; la riabilitazione finale, se necessaria, viene spesso delegata ad altre sedi e, in alternativa, la cura a casa post-ricovero è trasferita ai caregiver. Raramente viene valorizzata la capacità di revisione sistemica dei giusti bisogni del paziente, al di là della singola prestazione: spesso nessun si rende responsabile di tutta l'erogazione del processo di cura e nessuno percepisce tutta la catena dell'erogazione del servizio al malato, dall'inizio alla fine, tranne il malato stesso e i suoi familiari.

Le tradizionali modalità organizzative di presa in carico del paziente, di prassi sia medica che assistenziali, appaiono insufficienti a rispondere in modo efficace al cambiamento in atto: occorre quindi passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'*hosting* al *case management*.

Il principio di "*hosting*" tipico dei modelli tradizionali di ospedale è superato dal principio di *case management* che assicura la presa in carico della persona assistita mediante un'assistenza personalizzata, unica e globale.<sup>24</sup>

Le correnti di pensiero più recenti sembrano infatti convergere tutte verso la rivoluzione strutturale all'insegna dell'integrazione delle competenze specialistiche. È proprio per questo motivo che il contesto ospedaliero vive delle frequentissime collaborazioni complesse e dinamiche tra i diversi livelli di attori che intervengono con ruoli e competenze, differenziate e specifiche, anche per rispondere ad un'unica esigenza di un solo paziente. Queste due forze, la specializzazione da una parte e la corrispondente interdipendenza dall'altra, devono essere accuratamente bilanciate per consentirne l'armonia.

L'ospedale organizzato intorno al sapere medico e su specialistiche differenziate, fondato su un'unica figura primaria e costruito con un'architettura a padiglioni che rimanda al concetto di separatezza, viene superato da nuovi modelli ospedalieri che intendono rispondere ai

---

24 Valmori V. In Nozzoli C, et al. (2011). Relazione presentata alla tavola rotonda "Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive", Reggio Emilia.

cambiamenti socioculturali avvenuti nel nostro Paese negli ultimi anni. La formulazione strutturale che ci si propone di attuare deve ricomporre orizzontalmente le competenze specialistiche, scegliendo modelli di coordinamento più snelli, meno formalizzati e più flessibili.

Per capire bene le modifiche avvenute nello scenario sanitario italiano è necessario richiamare la storia e le grandi riforme del Sistema Sanitario che si sono succedute negli anni determinando una grande svolta.

Questo modello strutturale iniziò a manifestare i suoi primi sintomi di inadeguatezza negli USA, già negli anni 60'. Fu il decennio in cui comparvero branche di insegnamento più specializzate, come la gastroenterologia o la chirurgia toracica, e si resero disponibili tecnologie complesse per diagnosi e terapie; la medicina superava limiti fino a quel momento inimmaginabili e la figura del medico come singolo professionista che lavorava solo grazie al proprio intelletto cedeva il posto alla valorizzazione della forza dell'equipe. Fu così che nei decenni successivi, negli Stati Uniti ebbe successo la condivisione di risorse in un modello di tipo dipartimentale, per soddisfare bisogni assistenziali sempre più pretenziosi.

Il Regno Unito importò in Europa, dal modello statunitense, la condivisione delle risorse, dei posti letto e delle tecnologie; nel nostro Paese, però, la logica funzionale mostrò i suoi primi segni di crisi solo negli anni 80'. Infatti, nel 1968 con la Legge n.32 viene indicato che il modello organizzativo ospedaliero dovesse avere una suddivisione di tipo funzionale.

Gli anni a seguire videro dei primi cenni all'idea di dipartimentalizzazione. Nel 1969, il DPR n. 128<sup>25</sup> stabilì che *“Le amministrazioni ospedaliere possono realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del processo tecnico e scientifico”*. Solo in seguito, la Legge n. 148 del 1975 definì il dipartimento come luogo di incontro tra funzioni territoriali e competenze multidisciplinari.

Negli anni 80', però, lo sconvolgimento apportato dalla conoscenza al pubblico di malattie come l'HIV, spalancò le porte ad una richiesta di assistenza che prestasse attenzioni in maniera sempre più complessa, costante e mirata anche al supporto psicologico del paziente; le specializzazioni iniziarono a presentare sovrapposizioni e i bisogni del paziente assunsero un

---

25 Decreto del Presidente Della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. (G.U. 23 aprile 1969 n.104).

ruolo sempre più rilevante. I modelli tradizionali si sono trovati così impreparati di fronte alla sempre più spiccata dinamicità del settore, manifestando problematiche come duplicazioni di ruoli, ritardi, inefficienze nell'impiego del personale, causati spesso da inadeguatezza ed insufficienza di comunicazione.

Quindi con la Legge n. 833 del 1978<sup>26</sup>, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, si chiude definitivamente l'era mutualistica ponendosi obiettivi di maggiore omogeneità, equità ed efficienza per la tutela della salute di tutta la comunità.

Un cambiamento netto si ebbe nel 1992, con il Decreto Legislativo n. 502<sup>27</sup>, in cui si cercò di rispondere all'insostenibilità dei finanziamenti e ai problemi del Sistema Sanitario Nazionale introducendo tre principi cardine: l'aziendalizzazione dell'ospedale, l'orientamento al "mercato" e la distribuzione di responsabilità alle Regioni. Il sistema sanitario viene articolato su tre livelli (Stato, Regioni, Azienda), le Unità Sanitarie Locali vennero dotate di personalità giuridica con autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, patrimoniale e tecnica e definita Azienda Pubblica di Servizio. Gli organi costituenti sono il direttore generale e il collegio dei revisori. Il primo ha potere esecutivo e rappresentanza legale. È sostenuto da un direttore sanitario e uno amministrativo e nominato dal presidente della Giunta regionale. La sua carica dura cinque anni ed ha il dovere di assicurare il buon andamento, sia amministrativo che tecnico. Il collegio dei revisori è nominato invece dal Direttore Generale, che sceglie i membri da una lista generata dal ministero competente, dal Sindaco e dalla Regione. È competente per la verifica della contabilità ed esamina il bilancio di previsione.

Lo Stato definisce nel Piano Sanitario Nazionale, una quota da consegnare alle Regioni che a loro volta distribuiscono le risorse alle aziende. Le regioni non possono più rivolgersi allo Stato per il risanamento dei disavanzi, in modo da incentivare una maggior parsimonia nelle spese, ma possono sfruttare alcuni strumenti di finanziamento alternativi, quali proprie risorse economiche o entrate dirette delle strutture. La responsabilità ricade sulla governance della singola azienda.

---

26 Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. (G.U. 28 dicembre 1978 n. 360).

27 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. (G.U. 30 dicembre 1992 n. 305).

Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 stabilì che le nuove Aziende Sanitarie andassero organizzate proprio secondo il Modello Dipartimentale, consistente, quindi in un settore specialistico contenente un insieme coordinato di reparti complementari e correlati.

Lo scopo della suddivisione in Dipartimenti era la riorganizzazione e l'ottimizzazione della struttura e delle risorse umane, contenendo i costi ma migliorando il servizio offerto al cittadino. La scelta ricadde non solo sullo scheletro delle organizzazioni, ma anche sulla logistica e sull'utilizzo delle apparecchiature di alto costo.

Con l'emanazione del Decreto Legislativo n. 229/99<sup>28</sup> si realizza la cosiddetta Riforma Ter, che determina un rilancio del SSN e si conferma che le ASL sono Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e funzionamento diretto da un atto aziendale del tutto privato. La tendenza sempre più condivisa è quella che vuole una rete fatta di poche strutture ad elevata complessità assistenziale, intorno a cui si articola l'insieme dei presidi ospedalieri di minore complessità e quelli territoriali.

L'avvio del processo di aziendalizzazione fece entrare in crisi questo equilibrio dato dalle imposizioni dettate da teorie Tayloriste, Fordiste e burocratiche appartenenti all'industria manifatturiera: le aziende richiedevano flessibilità in risposta alla dinamicità della domanda, alla necessità di personalizzazione dell'output e al maggiore rilievo dato al capitale intellettuale. La personalizzazione dell'output riguardò l'azienda sanitaria esattamente come quella manifatturiera.

L'implementazione del modello dipartimentale fu difficoltosa a causa della natura delle condizioni contrattuali della professione medica, per cui gli anni 90' videro attuati differenti tentativi di rinnovamento per ridimensionare l'azienda ed abbattere le gerarchie. In alcuni casi si optò per una collaborazione tra pubblico e privato, esternalizzando determinate procedure non prettamente sanitarie. Si iniziò così il processo di transizione in cui le strutture si dotavano di maggiore autonomia manageriale, pur presentando difficoltà ad instaurare collaborazioni di tipo multidisciplinare. I dipartimenti venivano infatti spesso suddivisi in base alla specializzazione clinica, non distaccandosi quindi sufficientemente dal modello funzionale.

Nonostante la maggiore flessibilità apportata dal sistema dipartimentale, questa variabilità è apparsa comunque difficilmente sostenibile: i dipartimenti non sono infatti tarati per tipologia

---

<sup>28</sup> Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (G.U. 16 luglio 1999 n. 132).

di assistenza ma per patologia prevalente, per cui il livello di assistenza fornito può spesso non coincidere al fabbisogno effettivo.

È ovvio che l'obiettivo di ogni Azienda Ospedaliera è quello di offrire al paziente, in tempi e costi ragionevoli, servizi di diagnosi, di cura e di riabilitazione, garantendo disponibilità costante delle assistenze e delle prestazioni sanitarie necessarie. Tuttavia, la percezione di frammentazione del percorso di cura e lo spreco di risorse che avviene nelle fasi di transazione, sono due questioni che hanno portato le tendenze organizzative moderne a ricercare una maggiore linearità nello svolgimento del processo terapeutico: concetti come il principio di continuità della cura, l'integrazione dei servizi, case management o la coordinazione della cura si sono radicati nelle reazioni dell'*Health care redesign* dei periodi più recenti.

Con questo termine, in rapida evoluzione, si vuole indicare la riorganizzazione dei modelli assistenziali in sanità, che viene definita nella letteratura economica sanitaria anglosassone, come una trasformazione totale finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi.

Il termine *Health care redesign* segna la trasformazione delle tradizionali pratiche assistenziali per arrivare a fornire il miglior processo per un'erogazione rapida ed efficace delle cure, muovendosi nella prospettiva della persona assistita, ridisegnando i percorsi assistenziali con lo scopo di rimuovere gli ostacoli e le potenziali fonti di errore, assicurando decisamente la qualità delle cure. Si occupa di trovare soluzioni che conducano a percorsi di cura sempre più rapidi ed efficaci, scovando cause di rallentamenti e ritardi, di potenziali errori o pratiche evitabili.

Raggiungere tale obiettivo richiede una conoscenza approfondita dell'identità demografica regionale, di essere in grado di sostenere investimenti nella tecnologia esistente e munirsi di personale fortemente preparato, in modo da poter far leva sulla cardinale risorsa del *know-how*<sup>29</sup>.

Come in tutti i settori *knowledge based*, risulta vitale l'ottimizzazione della trasferibilità del sapere, sia tra organizzazioni che all'interno delle stesse. Questa si attua in maniera differente a seconda che la conoscenza sia di tipo esplicito o tacito. La conoscenza esplicita è comunicabile, dunque facilmente trasferibile. La conoscenza tacita (conosciuta anche come *know-how*), contrariamente, è rivelata attraverso la sua applicazione e consolidata solo una volta

---

<sup>29</sup> Il complesso delle cognizioni ed esperienze per il corretto impiego di una tecnologia o anche, più semplicemente, di una macchina o di un impianto; *estens.*, il possesso di cognizioni specifiche necessarie per svolgere in modo ottimale un'attività, una professione, ecc.

che viene trasformata in routine. Il suo trasferimento richiede costi e tempo, con risultati sempre incerti.<sup>30</sup>

All'interno di questo quadro di riferimento con un sistema di risorse economiche ridotte, s'impone una riorganizzazione dell'offerta dei servizi sanitari ed un ripensamento degli ospedali tradizionali basati sulle divisioni e servizi e sulla "*proprietà delle risorse produttive*".

La garanzia di prestazioni di alta qualità, oltre che sulle risorse materiali, si ottiene anche attraverso una stretta integrazione fra tutte le figure dell'équipe assistenziale multidisciplinare, nel rispetto delle singole e specifiche competenze, allo scopo di privilegiare l'interesse del paziente.<sup>31</sup>

Per rispondere al bisogno di questo tipo di efficienza, risulta fondamentale indirizzare il ciclo di cura verso un'ottica globale, a partire dal primo accesso del paziente alla cura fino alla dimissione.

Vanno pertanto implementate strategie di pianificazione capaci di pensare la salute in modo integrato con le politiche sociali, sviluppando un insieme di concetti, metodologie, processi, azioni che ruotino attorno ai seguenti concetti:

- la complessità dei determinanti di salute e la loro dinamica esigono politiche e strategie di salute basate su un approccio di tipo interdisciplinare ed intersettoriale;
- l'investimento effettuato per la salute rappresenta anche un'azione sullo sviluppo culturale e socioeconomico della comunità, costituendo riferimento imprescindibile per il governo locale;
- l'approccio consapevole costituisce fondamento della promozione della salute ed arricchimento delle competenze del singolo e della comunità.

Sostenere tale obiettivo significa saper considerare il vettore dinamico della vita di un'azienda sanitaria. Significa, inoltre, rendere l'organizzazione sensibile ai segnali di cambiamento delle contingenze esterne e alle conseguenti inadeguatezze dei meccanismi interni.

L'organizzazione dell'ospedale dovrebbe essere incentrata sulle necessità reali, in base ai problemi attuali del paziente. Il livello di cura proposto dovrebbe poter rispondere a una valutazione di complessità clinica e assistenziale, con risposte definite dalle tecnologie

---

30 Kogut e Zander (1992). Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology. Organization Science.

31 Kanter M. (1994). Collaborative advantage: the art of alliances. Harv Bus Rev, pp. 96-108.

disponibili, dalle competenze presenti e dal tipo, dalla quantità e dalla qualità del personale assegnato.<sup>32</sup>

L'organizzazione dell'Azienda con tale metodologia di approccio comporta un migliore utilizzo delle risorse che produce il “*valore aggiunto*” destinato al cliente, finalizzato, in sostanza, a rispondere ai bisogni del paziente pur in presenza di risorse limitate.

L'ospedale del futuro, secondo un concetto “ipertecnocratico” di eccellenza medica, dovrà sempre più privilegiare la gestione dei pazienti acuti, con una deriva di banalizzazione dell'eccellenza del quotidiano, della normale metodologia clinica, senza tener conto del paradosso della Medicina moderna, che, orientata a pazienti acuti, di fatto deve gestire un prevalente universo di malattie croniche. I fattori che condizionano la tipologia dell'assistenza in ospedale pertanto sono diversi:<sup>33</sup>

- L'organizzazione interna all'ospedale orientata sui percorsi clinico-assistenziali, in funzione dei reali bisogni dei pazienti;
- Le caratteristiche cliniche dei pazienti, intese come gravità e complessità correlate ai problemi clinico-assistenziali;
- Le scelte assistenziali dei clinici, che determinano i profili di cura;
- La capacità tecnologica dell'ospedale, che determina le risorse effettivamente disponibili e i livelli di organizzazione interna del personale e delle risorse;
- Evidenza di esplicite, condivise e formalizzate interazioni tra le diverse unità operative specialistiche, con modalità di allocazione dei pazienti attuate in correlazione alle necessità attuali.

È evidente come il profilo progettuale che va delineandosi è molto complesso e lo scenario presenta un'innumerabile quantità di fattori critici da gestire accuratamente. La crescente attenzione nei confronti di strumenti di coordinamento che diano vita alla comunicazione orizzontale, alla socializzazione e ai meccanismi di natura informale, costituiscono le fondamenta, in cui la sovranità gerarchica viene sostituita dai fattori fiducia, reciprocità e altruismo tra collaboratori.

---

32 Porfido E. (2009). “Organizzazione per intensità di cura”, Fondazione P. Paci ONLUS. Milano.

33 Nardi R. V. Arienti V. Nazzoli C. Mazzone A. (2012). Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Italian Journal of Medicine, pp.1-13.

In questo scenario si colloca anche uno straordinario mutamento del ruolo infermieristico che diventa protagonista e artefice, al pari di altri professionisti, del cambiamento veicolato con i nuovi modelli di riorganizzazione degli ospedali.

### ***SISTEMA SANITARIO REGIONALE E SVILUPPI FUTURI DELLA PROFESSIONE***

L'autonomia delle regioni italiane nello stabilire la struttura del proprio sistema si è manifestata attraverso scelte molto diverse, creando una notevole eterogeneità tra le varie regioni in termini di:

- numero e dimensione media delle ASL e delle AO;
- numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL;
- presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La classificazione attualmente adottata<sup>34</sup> prevede la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia e l'aggiunta di tre raggruppamenti: IRCCS pubblici (comprese le Fondazioni IRCCS), Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) ed enti intermedi, in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere. Gli enti intermedi sono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra l'Assessorato regionale e le aziende sanitarie e influenzano come queste ultime operano. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi solo quelli che occupano esclusivamente delle attività del SSR e quindi sono strettamente collegati alla riorganizzazione della sanità regionale.

Per le attività di programmazione e analisi, le regioni italiane si organizzano attraverso diversi apparati amministrativi, spesso istituendo un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). Attualmente, sei regioni dispongono di un'ASR come parte dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna e Lombardia. È importante notare che altre regioni, come Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania e Liguria, hanno invece eliminato la propria Agenzia negli ultimi due decenni, decidendo di trasferire le sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti. L'ultima modifica in questa direzione è avvenuta in Emilia-Romagna che ha recentemente riorganizzato le sue strutture tecnico-

---

<sup>34</sup> D.lgs. 229/99

amministrative, sopprimendo l'Agazia sanitaria e sociale regionale. Le modifiche includono anche l'istituzione di un nuovo Settore dedicato all'innovazione nei servizi sanitari e sociali, al fine di potenziare l'assessorato regionale. Queste configurazioni regionali riflettono diversi approcci nell'organizzazione e nel coordinamento delle strutture sanitarie regionali, ciascuno con il proprio modello di governance. Nel contesto dell'organizzazione degli assetti istituzionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), va sottolineato l'interesse crescente di numerose regioni verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che possono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate. Alcuni esercitano funzioni di governo, come la pianificazione e la programmazione operativa. Altri svolgono funzioni di supporto amministrativo e/o operativo, come la distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio delle attività<sup>35</sup>. Nel panorama dei vari SSR possiamo distinguere 3 «macro-tendenze». La prima si è manifestata attraverso un sistema commisto di enti con funzioni di governo insieme ad enti principalmente con funzioni di coordinamento. Un esempio è la riforma sanitaria della L.R. 23/2015 in Lombardia, che oltre alle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), che esercitano funzioni di governo e rappresentano un livello intermedio tra il governo della regione e le ASST (Aziende socio-sanitarie territoriali), sono presenti tre ulteriori enti intermedi con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, l'Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e l'Agenzia di Controllo - ACSS). In seguito, altre regioni hanno adottato scelte diverse per riformare il proprio sistema sanitario. Ad esempio, la Liguria, con la L.R. 17/2016 ha istituito A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), e il Veneto, con la L.R. 19/2016, che ha ridotto il numero di ULSS da 21 a 9 e istituito l'Azienda Zero. Più recentemente, anche il Lazio e il Piemonte hanno intrapreso una via simile con la creazione rispettivamente dell'Azienda Lazio.0 (L.R. 17/2021) e dell'Azienda Zero (L.R. 26/2021). A partire dal 2019, Friuli-Venezia Giulia, con la L.R. 27/2018, ha istituito l'ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute) che ha ampliato il ruolo all'interno del SSR. Gli enti sopracitati svolgono sia un ruolo di governo sia di supporto amministrativo e operativo. Infine, altri attori intermedi svolgono attività di supporto amministrativo e operativo nelle regioni. Oltre ai già citati enti intermedi lombardi, citiamo l'Estar toscano (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), l'ARES

---

<sup>35</sup> Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», Azienda Pubblica, 1: pp. 13-32.

118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del Lazio, l'AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.<sup>36</sup>

Diverse ondate di riforme, iniziate nei primi anni '90, hanno avuto come conseguenza il riassetto dei SSR e la riduzione, a livello nazionale, del numero di aziende sanitarie territoriali. Nell'arco di poco più di due decenni osservati, il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2023. Durante questo periodo, molte regioni hanno avviato processi di fusione con l'obiettivo di cercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende sanitarie. La prima accelerazione di queste fusioni si è verificata tra il 2007 e il 2012, soprattutto nelle regioni soggette ai Piani di Rientro (PdR), dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR<sup>37</sup>. Nella seconda ondata, tra 2015-2017, i riordini dei SSR sono seguiti nelle regioni del Centro-Nord Italia. Tuttavia, negli ultimi due anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni medio-piccole. L'ultima modifica è stata introdotta dalla riforma della sanità nella regione Marche, che istituisce 5 Aziende Sanitarie Territoriali al posto della precedente ASUR. In seguito ai vari processi di riordino, ora esistono numerosi modelli regionali con diverse configurazioni istituzionali e architetture di gruppi sanitari pubblici a livello regionale. In alcune regioni di dimensioni limitate e/o con bassa densità abitativa (come Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano e Molise), sono state create ASL (Aziende Sanitarie Locali) uniche. Nelle altre regioni, le ASL tendono a coincidere con le unità provinciali, con alcune eccezioni dove esistono ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali, e la Lombardia, dove sono presenti diverse ASST con confini sub-provinciali. Sempre in Lombardia, nel corso dell'ultimo anno, il numero di ASST è passato a 26 a causa della trasformazione dell'ASST di Monza in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) San Gerardo dei Tintori. Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%). L'ultima modifica è stata adottata nella regione Marche con la riforma del 2022, dove rimane la sola Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, essendo l'AO «Ospedale Riuniti Marche Nord» incorporata nelle Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino. Una conseguenza della progressiva riduzione del numero di aziende è stata la loro crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione

---

<sup>36</sup> Dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero).

<sup>37</sup> Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012, Milano, Egea.

media per ASL pari a 458.792 utenti a gennaio 2023<sup>38</sup>. La regione con la popolazione media più elevata è la Toscana (1.217.051 abitanti), seguita da Campania (798.882) e Puglia (650.142). La popolazione aziendale media più bassa, invece, si registra nella regione più piccola in termini di dimensioni e numero di abitanti (Valle d'Aosta - 122.955 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, Sardegna (196.879), Basilicata (268.330), Molise (289.840) e Marche (296.168) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti. Rispetto all'anno precedente, la situazione è tuttavia differente e mostra un progressivo aumento del numero di regioni con bacini di utenza dimensionali più contenuti. Nel 2021, erano solo due le regioni con una popolazione media per ASL inferiore ai 300.000 abitanti, ovvero Valle d'Aosta e Basilicata. Gli enti pubblici dei SSR includono anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Attualmente, ci sono 9 Aziende Ospedaliero-Universitarie concentrate principalmente nel Centro e Sud Italia, e 19 IRCCS pubblici, escluse le 5 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia, che insieme portano il numero totale degli istituti di ricerca a 24 sull'intero territorio nazionale.

### ***CAPITALE UMANO***

La nuova programmazione delle facoltà di medicina provvederà a ristabilire dal 2030 un numero di medici specializzati consistente, con alcune specifiche carenze in discipline come emergenza-urgenza, anestesia, medicina di laboratorio. All'opposto, mancheranno significativamente gli infermieri a causa della carenza strutturale di vocazioni, indipendentemente dal numero di posti disponibili per la formazione universitaria. Nel 2023, le facoltà di medicina offriranno al settore tanti medici quanti infermieri (10.000 circa), quando il fabbisogno dei secondi è circa 2,5-3 volte il primo, anche considerando solamente la sostituzione degli occupati attualmente operanti nel sistema. In molte delle 23 professioni sanitarie invece, al momento, non mancano i candidati interessati e interessanti, che, però, non vengono ritenuti in alcun modo fungibili per alcuni processi, attualmente di esclusiva competenza degli infermieri o di altre professioni sanitarie sempre più ricercate. In questo quadro diverse sono le strategie alternative disponibili per il management aziendale:

- Ridurre la produzione in coerenza alla carenza di personale disponibile;

---

<sup>38</sup> Dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2023.

- Competere con le altre aziende del SSN per acquisire più personale possibile, fisiologicamente a costi crescenti;
- Lavorare per incrementare la fungibilità tra le diverse professioni sanitarie, valorizzando maggiormente le figure più disponibili sul mercato;
- Accrescere la componente “laica” nei processi erogativi;
- Ridisegnare i servizi in una prospettiva a maggiore intensità tecnologica e minore utilizzo di persone.

Si possono imboccare più di una di queste strade contemporaneamente. In ogni caso la scelta e l'intensità del mix richiede l'elaborazione di programmi contingenti di breve periodo, di piani di medio periodo, l'assegnazione di responsabilità, la definizione di una metrica per valutare successi e insuccessi, la negoziazione con gli stakeholder. Si tratta di processi di cambiamento generativi e potenzialmente capaci di generare entusiasmo, rispetto ai quali abbiamo poche competenze ed esperienze e quindi i risultati finali, di medio periodo, sono difficilmente definibili. Ci si può avventurare in modo deciso e programmato in questo nuovo terreno; oppure, aspettare e difendere lo status quo. Tuttavia, i dati presentati indicano chiaramente quale destino attende le aziende che adottano una resistenza passiva.<sup>39</sup>

Il personale è un elemento chiave del Servizio Sanitario Nazionale, di rilevante importanza per una completa comprensione delle aziende sanitarie. Si tratta di una risorsa critica, poiché la qualità dei servizi erogati dipende in massima misura dalle persone che contribuiscono a erogarli, oltre a costituire una quota significativa dei costi del sistema sanitario. L'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN tra il 2001 e il 2021, distinguendo i diversi ruoli professionali. Nel corso degli anni, il numero totale dei dipendenti è diminuito, passando da 689.475 unità nel 2001 a 670.566 nel 2021 (una diminuzione del 2,7%). Tuttavia, a partire dal 2017 si è verificata una inversione di tendenza, con un leggero incremento annuale fino al 2019 e un aumento più rilevante nel biennio 2020-2021, influenzato dalle politiche di risposta alla pandemia del Covid-19. Distinguendo per i diversi profili professionali, nel 2021 si registravano 108.250 medici, 280.315 infermieri e 123.143 operatori tecnici e sociosanitari. Nel periodo di osservazione, dal 2001 al 2021, emergono tre diverse tendenze nell'organico del SSN. Tra il 2001 e il 2010, l'organico è rimasto sostanzialmente stabile (-0,1%). Tuttavia, è possibile osservare andamenti eterogenei tra medici, infermieri, personale tecnico-

---

<sup>39</sup> Rapporto OASI 2023

amministrativo (+4,3%, +1,7% e +3,1%, rispettivamente) e operatori tecnici e sociosanitari (-11%). A partire dal 2011 si è invece evidenziato un marcato trend di contrazione, visibile fino al 2019, che ha comportato una riduzione complessiva del personale pari a 4,9%, con la maggiore riduzione tra il personale tecnico-amministrativo (-14%) e tra gli operatori tecnici sociosanitari (-6.8%). La pandemia da Covid-19, come già descritto anche nel Rapporto OASI precedente, ha avuto un profondo impatto sul dimensionamento dell'organico del SSN, con variazioni significative tra i vari ruoli. Nel lasso di tempo 2019- 2021, abbiamo osservato un incremento degli operatori tecnici e sociosanitari (4,8%), del personale infermieristico e ostetrico (4,4%), e dei vari professionisti sanitari (3,8%), mentre i medici hanno registrato un aumento inferiore (1,1%). Per comprendere meglio questa tendenza, abbiamo confrontato il numero assoluto di professionisti nel periodo 2019-2021 con quello del periodo precedente 2010-2019. Durante il decennio precedente, c'erano state significative riduzioni nel personale infermieristico e ostetrico (-7.360 unità), negli operatori tecnici e socio sanitari (-9.522 unità) e nei medici (- 4.247 unità). Tuttavia, nel solo periodo 2019-2021, abbiamo assistito ad un aumento del personale infermieristico e ostetrico (+11.678 unità), degli operatori sociosanitari (+5.585) e dei medici (+1.206). Nonostante questi incrementi, i numeri rimangono modesti e non sono ancora sufficienti per colmare i vuoti accumulati nel decennio precedente o a soddisfare eventuali aumenti degli standard di servizio. In particolare, la dotazione di professionisti infermieri e ostetriche in Italia risulta ancora notevolmente sottodimensionata, specialmente se confrontato il rapporto medici/ infermieri con altre realtà internazionali, sia europee che extra europee (si veda il § 2.5 per maggiori informazioni a riguardo). Inoltre, è necessario considerare l'età media dei professionisti del settore. Nel 2021, l'età media dei medici era di 50,5 anni, 46,8 anni per il personale infermieristico e ostetrico e di 52,5 anni per il personale tecnico-amministrativo.<sup>40</sup>

L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dotazione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi<sup>41</sup>. In termini di personale medico, la Cina ha sperimentato un sostanziale aumento negli ultimi venti anni, registrando 2,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021. Tra gli altri Paesi considerati, gli Stati Uniti registrano il valore più basso (2,7). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con

---

<sup>40</sup> Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale.

<sup>41</sup> Elaborazione su dati OECD Health Data 2023.

4,1 medici ogni 1.000 abitanti. La Germania registra invece i valori più elevati tra i Paesi considerati con 4,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021. Particolare attenzione dovrebbe essere posta all'invecchiamento della classe medica. Alla sostanziale stabilità del numero di medici per 1.000 abitanti consegue un aumento del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. La Figura 2.15 mostra come tra 2005 e 2021 tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 13,4 punti percentuali, con valori che passano dal 25,2% del 2005 al 38,6% del 2021. Rispetto a questo indicatore, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni (il 55,22%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 28,7 punti percentuali. Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nel 2021 (Figura 2.16), la Germania conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari a 12,0 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia, con 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta avere metà degli infermieri della Germania. A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi considerati, specialmente in Cina che registra +252% infermieri ogni 1.000 abitanti tra il 2000 e il 2021, passando da 1 a 3,52.

Osservando il rapporto tra infermieri e medici è possibile rappresentare lo skill mix nei Paesi considerati. Italia, Spagna e Cina presentano nel 2021 una minore disponibilità di infermieri per medico (rispettivamente 1,4, 1,5 e 1,4 infermieri per medico), il Canada registra il valore più alto (con 3,7 infermieri per medico) ed infine Germania, Francia e Regno Unito registrano valori medi (tutti pari a 2,7 infermieri per medico).

Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e di organizzare i processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione che in tal modo garantisce valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza. Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale.

## ***ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NUOVE FRONTIERE***

Con la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1 – si definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire gli standard relativi all’assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR.

La cornice del PNRR, si è inoltre arricchita dell’entrata in vigore dell’articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato.

La medesima legge n. 234/2021<sup>42</sup> ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l’integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Nel maggio del 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77/2022 il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”. Si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

Per la prima volta vengono forniti degli standard per l’assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell’assistenza territoriale di questi ultimi anni;

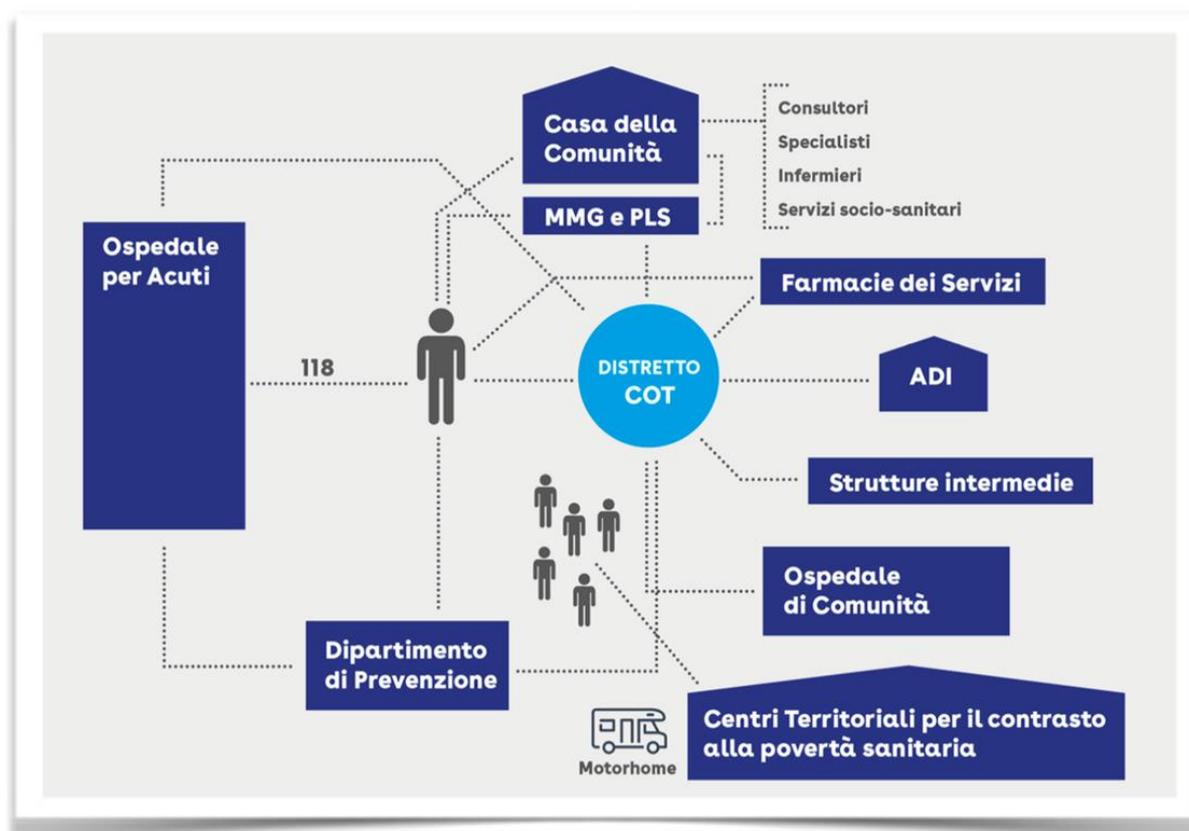
- Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità;
- Con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;
- Attorno all’attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell’assistenza territoriale.

---

<sup>42</sup> Articolo 1, commi da 159 a 171, della legge n. 234/2021.

Il D.M. 77/2022 assegna grandi potenzialità all'assistenza territoriale ma contiene anche criticità, insite specialmente nella dimensione temporale; le regioni, infatti, sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026, l'anno della conclusione degli interventi del PNRR e non sarà facile per nessuno garantire tempi di costruzione e di riorganizzazione così stringenti.

Gli obiettivi della Riforma sono di varia natura ma agiscono principalmente in un'ottica di avvicinamento della sanità al domicilio dei cittadini. Il decreto definisce, infatti, un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria che comprende standard strutturali, tecnologici e organizzativi, per garantire a cittadini e operatori del Servizio sanitario nazionale il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Ma non solo, la riforma mira anche all'agevolazione dell'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche e alla continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario. Infine, nel rispetto dei principi guida del PNRR, il disegno della riforma prevede anche un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico e l'allineamento dell'Italia agli standard qualitativi comunitari e alle best practices europee.



Le principali novità introdotte dalla riforma dell'assistenza territoriale, possono essere sintetizzate in alcuni punti:

- Distretto: è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale sul territorio, costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.
- Case della comunità: è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.
- Unità di Continuità Assistenziale: è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.
- Centrali operative territoriali (Cot): è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
- Centrale Operativa 116117: è la sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.
- Infermiere di famiglia e comunità: è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le

risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

- Assistenza domiciliare: è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
- Ospedali di comunità: è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- Rete delle cure palliative: è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza;

- Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico: ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.
- Telemedicina: è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Dal 2021 al 2026, ogni paese dovrà raggiungere dei traguardi relativi all'attuazione di una determinata misura del PNRR. Questi traguardi vengono chiamati milestone.

Fino al 2026, per rimanere in carreggiata con il P.N.R.R. e non perdere i fondi, le iniziative da intraprendere saranno innumerevoli.

Il personale sanitario, inoltre, sarà chiamato per la prima volta ad attuare la nuova assistenza domiciliare prevista dal Piano, con l'augurio e la speranza che i fondi riescano ad offrire una sanità innovativa e uguale in tutta Italia, a vantaggio sia dei pazienti che del personale, al fine di essere posti nelle condizione di esercitare con dignità la loro professione.

### ***PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO***

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nella missione 6 Salute prevede una serie di investimenti sia nella sanità territoriale sia in quella ospedaliera che, una volta realizzati, richiederanno la disponibilità di un numero aggiuntivo e significativo di infermieri. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali e il completamento della nuova rete delle terapie intensive

ospedaliere richiederanno la disponibilità di 36.153 infermieri in più rispetto alla dotazione attuale. La stima, quindi le necessità aggiuntive di infermieri è indicata direttamente dalla documentazione inviata all'UE a corredo del PNRR e soprattutto dal D. M. n. 77/2022.

Attualmente, per ogni anziano assistito in ADI vengono erogate mediamente 13 ore all'anno di assistenza infermieristica che, pur bassissimo, è il parametro che è stato utilizzato per calcolare le necessità future – pari 5.316 infermieri aggiuntivi – per attuare questa parte del PNRR. Una previsione molto prudente (non tiene conto per esempio delle ferie) che diverge molto dalle previsioni dell'Agenzia Sanitaria Nazionale che ha previsto la necessità di 12.500 infermieri in più. Il PNRR riprende ed ingloba inoltre quanto previsto dal D.L. 34/2020 per il potenziamento delle terapie intensive con perché realizzato solo in parte. Come si ricorderà nel Decreto si prevede di aumentare la dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e di riqualificare 4.225 posti letto di area semintensiva. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei letti di semintensiva, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. I 3.500 posti letto di terapia intensiva, invece, sono tutti nuovi, in gran parte sono ancora da realizzare ed avranno bisogno di personale per funzionare. Secondo la Corte dei Conti (2021), al 29 aprile 2021 erano stati attivati solo 922 (il 25,7%) dei posti letto previsti per cui ne rimarrebbero ancora da attivare 2.679.

Gli infermieri che, all'1/1/2020, lavorano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie private sono 332.292. Le necessità di personale infermieristico aggiuntivo, come abbiamo visto, ammontano a 36.153. A questi infermieri bisogna aggiungere il personale che sostituirà gli infermieri che andranno in pensione nei prossimi anni. La documentazione a corredo del PNRR ed inviata all'UE fornisce una stima dei pensionamenti degli infermieri che è stata calcolata sulla base degli infermieri che attualmente hanno un'età superiore ai 60 anni ed ipotizzando che questi vadano tutti in pensione a 67 anni. In questo modo il PNRR stima che il 7,83% del totale degli infermieri vada in pensione nel periodo 2021-2026 per un totale di 26.018 infermieri. Nella realtà, le cose non vanno affatto in questo modo. Gli infermieri, mediamente, vanno in pensione a 63 anni circa. Per cui è molto più probabile che il numero di infermieri che andrà in pensione nel periodo 2021-2027 sarà circa il doppio di quello stimato dai documenti del PNRR. Si tenga conto che, per esempio, nel periodo 2014- 2018 hanno

lasciato il SSN per pensionamento 37.744 infermieri (e nello stesso periodo ne sono stati assunti 37.73143).

Quanti nuovi infermieri completeranno il triennio universitario e saranno disponibili da qui al 2027? Sommando gli studenti ammessi al corso di formazione base per infermiere a partire dal corso 2018/2019 ed ipotizzando che il governo confermi anche nei prossimi anni lo stesso fabbisogno stabilito per l'anno 2020/2021, i nuovi laureati potenziali saranno 90.168. Ma noi sappiamo che questo numero è sovrastimato perché bisogna tener conto degli abbandoni e delle altre modificazioni dei percorsi di vita degli studenti per cui è possibile ipotizzare che da oggi al 2027 avremo a disposizione circa 85.000 nuovi infermieri. Ma se guardiamo al numero degli infermieri neolaureati del 2021 dovremmo stimarne un numero inferiore.

Nel contempo, proprio nel 2021, per la prima volta il numero degli infermieri neolaureati è sceso sotto quota 10.000, per la precisione 9.931. Negli anni precedenti erano sempre stati di più. Oltre 13.000 nel 2013. Ma i paradossi non finiscono qui. Per il secondo anno consecutivo i medici neolaureati (10.461 nel 2021) superano gli infermieri neolaureati mentre, in una situazione normale, gli infermieri neolaureati dovrebbero essere almeno il doppio dei medici. C'è qualcosa di sbagliato nella programmazione del fabbisogno di personale sanitario da parte del Governo e delle Regioni e nell'impegno delle Università nella formazione di questi giovani. C'è sicuramente un problema di insufficienza dei posti messi a bando per l'ammissione al corso. C'è un problema dell'Università che per ora è in grado di accogliere solo 15.000 posti all'anno (tirocini, ecc.) rispetto ad una domanda dei giovani che è almeno di 18.000 candidature. E poi c'è ancora un problema che in parte è dell'Università perché una quota significativa dei ragazzi che frequentano il corso di laurea per infermieri non riesce a completare gli studi. Una media del 25% che è arrivata al 33% nel 2021. In questa situazione, il numero dei neolaureati non copre neanche il personale infermieristico che va in pensione. Può contare anche il tema dell'attrattività della professione ma quando arrivano oltre 18.000 domande all'anno senza fare alcuna pubblicità non credo che sia questo il problema principale. Credo che il problema principale dipenda dal governo, dalle regioni e dalle università che negli anni passati hanno sbagliato la programmazione del fabbisogno e adesso devono fare ogni sforzo straordinario per accogliere quanti più giovani al corso universitario accompagnandoli e sostenendoli in tutto il loro percorso per evitare un numero così elevato di abbandoni.

---

<sup>43</sup> Bozzi M., Il PNRR va sostenuto, ma servono dati certi e rigore metodologico, Quotidiano Sanità, 20/5/2021.

Una prima risposta in merito alle prospettive future è dunque che il fabbisogno di formazione infermieristica programmato dal Governo probabilmente sarà insufficiente a coprire le necessità di nuovi infermieri richiesti dall'attuazione del PNRR e a garantire la sostituzione del personale in pensione. Se i nuovi infermieri che si formeranno nei prossimi 4 anni non basteranno a coprire le nuove necessità che derivano dal PNRR e dai pensionamenti vuol dire che manterremo per lunghi anni questa situazione di grave difficoltà che si registra attualmente nel reperire personale infermieristico negli ospedali, nelle strutture residenziali per anziani e in tutte le altre attività sanitarie. Vivremo una situazione di grave carenza di personale infermieristico ancor più intensa di quella attuale. Le attuali carenze infermieristiche sono importanti. Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, supportata da un rapporto del Censis del 2020, afferma che la carenza degli infermieri supera le 60.000 unità<sup>44</sup>.

Con questo quadro della programmazione del fabbisogno formativo di infermieri non cambierà la situazione di grave sofferenza del sistema sanitario per mancanza di personale infermieristico. Occorre pertanto rivedere soprattutto la programmazione del numero di studenti da ammettere ai corsi universitari per infermieri ampliando il loro numero sulla base delle reali necessità del paese e degli obiettivi sanitari che il paese si vuol dare. Senza questo passaggio, senza la disponibilità reale di nuovi laureati servono a poco tutti gli altri atti conseguenti e necessari di potenziamento degli organici e di sblocco di assunzioni.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha aumentato il fabbisogno di infermieri, prevede infatti, una serie di investimenti sia nella sanità territoriale sia in quella ospedaliera che, una volta realizzati, richiederanno la disponibilità di un numero aggiuntivo e significativo di infermieri. Le nuove case della comunità, gli ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali definiti dal D.M.S. 77/2022 e il completamento della nuova rete delle terapie intensive ospedaliere richiederanno la disponibilità di circa 36.153 infermieri in più rispetto alle dotazioni attuali. A questi numeri andrebbero poi aggiunti anche gli infermieri di famiglia o di comunità la cui quantificazione risulta difficile essendo possibile utilizzarli in servizi diversi. E' del tutto chiaro, ma non a tutti purtroppo, che senza nuovi infermieri tutti questi servizi non si potranno attivare. Lavorare

---

<sup>44</sup> Quotidiano Sanità, Infermieri di famiglia al palo. Fnopi: "Corte dei conti ne certifica il mancato utilizzo", 31/5/2021.

sull'aumento degli infermieri diventa pertanto prioritario per ogni attività dei diversi livelli di governo della sanità e dell'area sociosanitaria.

In questo quadro, il Ministero dell'Università e della Ricerca, con Decreto del 1/7/2022, ha assegnato solo 17.997 posti (+ 264 infermieri pediatrici) per il corso di infermiere nelle Università italiane.

Cinque giorni dopo (6/7/2022), la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il fabbisogno delle professioni sanitarie fissando, invece, in 24.352 i posti nei corsi per infermiere nelle università (+ 268 infermieri pediatrici). Vale la pena di rilevare che la FNOPI ha proposto 29.064 posti. C'è una differenza di oltre 6.000 posti fra il Decreto del Ministero dell'Università e l'accordo in Conferenza Stato-Regioni. Rimangono molti interrogativi sul perché i due percorsi del Ministero dell'Università e della Conferenza Stato-Regioni relativi alla definizione del fabbisogno formativo degli infermieri siano giunti con soli 6 giorni di differenza a conclusioni così diverse ed inconciliabili. Qualcuno cerca di tranquillizzare il clima annunciando che ci sarà un nuovo decreto del Ministero dell'Università che adeguerà i posti per l'accesso ai corsi da infermiere seguendo le indicazioni della Conferenza Stato-Regioni. Ma intanto le prove si svolgeranno avendo come punto di riferimento i posti stabiliti dall'Università e non dalla Conferenza Stato – Regioni. E questi numeri non incentivano la partecipazione dei candidati.

Il 13 settembre arriva il secondo decreto (n. 1074/2022) del Mur con i posti definitivi per le professioni sanitarie per l'anno accademico 2022-2023. Il Ministero dichiara esplicitamente nel Decreto che è impossibilitato a rispettare l'Accordo Stato-Regioni del 6 luglio, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 3 co. 2 della legge n.264/1999.

Così l'Università attiva solamente 19.375 posti per i corsi per infermieri (+1.378 posti rispetto al primo decreto) invece dei 24.352 previsti dall'Accordo Stato-Regioni. L'aspetto che rende il quadro intollerabile è che anche l'anno scorso è andata così. Di quanto tempo ha bisogno l'Università per far crescere l'offerta formativa, in una situazione di vera emergenza? Tutto questo è accaduto senza che una sola voce si sia levata a segnalare il comportamento del Ministero dell'Università.

Il 15 settembre si sono tenuti in tutta Italia gli esami per l'ammissione ai corsi universitari per infermiere. Purtroppo si sono tenuti con i posti stabiliti dal primo decreto del Ministero dell'Università (17.997 posti) e non di quelli stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni. Si sono presentati 25.380 candidati. Meno del 2021 (-9,2%) , che erano stati 27.952. Ma comunque potenzialmente sufficienti a coprire tutti i posti banditi, anche di quelli del secondo decreto.

Di fronte ad una vera e propria emergenza quale è quella della carenza infermieristica i diversi livelli di governo hanno dimostrato la loro inadeguatezza. Le responsabilità vanno distribuite in modo diverso ma questo non cambia l'esito complessivo che è comunque gravemente insufficiente. La carenza degli infermieri è uno di quei problemi che non si risolvono a breve con un intervento straordinario, ma programmando e pianificando gli interventi che daranno i loro primi positivi risultati solo fra tre anni, alla conclusione del ciclo di studi universitari. In questo caso non c'è stato coordinamento fra i diversi Ministeri della Salute e dell'Università che hanno seguito percorsi diversi in totale separatezza. Il Ministero dell'Università e le diverse Facoltà non sono riuscite a programmare lo sviluppo dell'offerta formativa, degli infermieri pur in presenza di una problematica ampiamente conosciuta. Adesso c'è da chiedersi con quale personale verranno attivati i nuovi servizi previsti dal PNRR e con quale personale si farà fronte alle necessità dei servizi sanitari e delle strutture residenziali sociosanitarie. Non si può neanche accettare le frasi rassegnate di chi segnala che non ci sono abbastanza candidati per la professione di infermiere. Frase falsa perché le domande anche questo anno ci sono state seppur in diminuzione rispetto all'anno scorso.

### ***CONFINI DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE***

Nell'ultimo decennio la responsabilità professionale, grazie soprattutto a una copiosa elaborazione giurisprudenziale, ha subito profondi mutamenti. Infatti, uno dei quesiti che ricorre di frequente nelle aule di giustizia riguarda la responsabilità ovvero: *“fin dove si può configurare la responsabilità del sanitario e in quale responsabilità incorre chi procura un danno al proprio paziente?”* Già da tempo è acceso il dibattito sul ruolo delle professioni sanitarie non mediche, con la professione infermieristica in prima fila, e della loro conseguente responsabilità, soprattutto alla luce degli ambiti di autonomia concessi dai recenti profili professionali<sup>45</sup>.

All'interno di un Paese come il nostro, decidere che la tutela della salute è un diritto del singolo e della collettività, individuando un sistema sanitario preposto allo scopo, sta significando una grande assunzione di responsabilità.

---

45 BOLDINI P., Castelveverde F., Competenza, autonomia e responsabilità professionale nelle professioni sanitarie, in Sanità Pubblica e Privata 2013 pagg:28-35.

La parola “responsabilità” ha un duplice significato<sup>46</sup>:

- attitudine ad essere chiamati a rispondere ad un'autorità per una determinata condotta riprovevole,
- impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto.

Di tali due aspetti della responsabilità quello sub a) ha una connotazione “negativa”, cioè rispecchia la situazione in cui si è chiamati a rispondere quando ormai l'errore e/o l'omissione si è già verificato ed è concretamente impossibile tornare indietro. L'altro approccio, sub b), rispecchia invece una visione “positiva” che consiste nell'essere garanti, nell'assumersi in modo corretto i doveri che l'esercizio professionale comporta e che quindi è volta a prevenire ed evitare errori ed omissioni.

I due aspetti del concetto di responsabilità<sup>47</sup> non sono un mero esercizio retorico o semantico, ma rispecchiano due atteggiamenti differenti che l'infermiere assume a seconda che orienti la propria condotta professionale in un'ottica positiva oppure negativa. Se infatti l'infermiere aspira ad una concezione positiva di responsabilità, l'obiettivo del suo agire sarà la tutela della salute della persona assistita e non già la prevenzione di possibili sanzioni verso il suo agire, in quanto il centro del processo di assistenza sarà occupato dalla persona e non dal professionista. E quindi l'infermiere adotterà la buona prassi di ispirarsi alle prove di efficacia, alle conoscenze scientifiche ed alle Linee Guida nell'esercizio della professione e non saranno le varie sentenze della magistratura a guidare le sue scelte operative, ovvero la professione non verrà espletata in chiave meramente difensiva.

È importante chiarire questa differente prospettiva perché è la radice che poi, nel corso dello studio, permetterà di comprendere il singolare rapporto tra responsabilità e strumenti di standardizzazione. Sono proprio questi ultimi che, con il loro contributo in termini di sicurezza delle cure, permettono all'infermiere di sviluppare una consapevolezza della propria responsabilità in termini positivi.

---

<sup>46</sup> BENCIO LINI P. - APRILE A., *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, In Menon C, Rupolo G. Pronto soccorso per l'infermiere professionale. Ambrosiana Edizioni, 1995, 281 ss.

<sup>47</sup> AA.VV., La lettura medico-legale della Legge 24/2017: tra sicurezza delle cure e della persona assistita e nuovi profili di valutazione comportamentale degli esercenti le professioni sanitarie, in *La Nuova Responsabilità Sanitaria e la sua Assicurazione*, a cura di Gelli F., Hazan M., Giuffrè Editore, Milano, 2017, pag. 780 ss.

Per concludere in merito al concetto di “responsabilità professionale” è utile riportare quanto autorevolmente illustrato in merito al significato del termine “professione” che avrebbe un significato sostanzialmente identico a quello di responsabilità.

Professione deriva dal latino “*professio*” e si riferisce al confessare ad alta voce, proclamare, promettere. Responsabilità deriva invece dal verbo rispondere a sua volta proveniente dal latino “*spondeo*” che ha come significato assumere un impegno solenne a carattere religioso. Professione e responsabilità, quindi, attengono entrambi alla dichiarazione di assunzione di un impegno nei confronti di una persona.

Per quanto finora esposto si può ragionevolmente concludere che la condotta professionalmente responsabile dell’infermiere è quella che dipende dalla conoscenza e dalla corretta applicazione:

- dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione infermieristica (c.d. strumenti di standardizzazione),
- dei valori etici condivisi e da quelli che derivano dalla propria coscienza personale,
- regole deontologiche,

- norme di legge che disciplinano la professione<sup>48</sup>

Il concetto di responsabilità applicato all’esercizio della professione infermieristica ha visto profondi ed importanti sviluppi nell’ultimo decennio. L’evoluzione del quadro normativo, che in Italia negli ultimi anni ha raggiunto obiettivi importanti in alcuni casi precorrendo i tempi della realizzazione pratica delle attività normate, fa da sfondo ad uno scenario in cui si delineano importanti cambiamenti per l’infermiere, che impongono una rivisitazione profonda del concetto di responsabilità professionale. Il concetto di responsabilità applicato alla professione infermieristica in Italia trova una sua concreta realizzazione solo nella storia recente.

Ripercorrendo il percorso normativo, troviamo all’art. 99 del R.D. 27 luglio 1934 (Approvazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie) la suddivisione in:

- le professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista, odontostomatologo);

---

<sup>48</sup> Di Giacomo P., Un’analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali, in Scenario 25/3 (2008): 35-43 in <http://oldsite.aniarti.it/scenario/index.php?startpage=4&issue=3&year=2008>.

- le professioni sanitarie c.d. ausiliarie (ostetrica, assistente sanitaria, infermiera diplomata, tecnico di radiologia medica);
- la arti ausiliarie delle professioni sanitarie ausiliarie (odontotecnico, ottico, infermiere generico, puericultrice, massaggiatore, terapista della riabilitazione).

Per decenni il campo di esercizio professionale dell'infermiere è stato regolato dal cosiddetto mansionario (DPR 225/74), che, essendo costituito da una mera elencazione di compiti, rispecchiava un'idea del "fare infermieristico" come un semplice insieme di atti da eseguire, senza alcun riferimento al processo decisionale sotteso a tali atti. Il citato DPR 225/74 prevedeva una serie di compiti infermieristici, perciò la responsabilità dell'infermiere era limitata esclusivamente alla realizzazione dell'atto. Successivamente, con il D.lgs. 502/92, riferendosi alle professioni sanitarie non mediche, vengono definite professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione. La pubblicazione del D.lgs. 502/92 ha anche un altro importante risvolto in materia di responsabilità sanitaria. La norma, infatti, nel definire le strutture sanitarie con il termine di "aziende" con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ha contribuito a formalizzare la responsabilità "contrattuale" delle strutture. Una pietra miliare nella storia della professione infermieristica è sicuramente il DM 739/94, il "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", che per la prima volta introduce in modo importante il concetto di responsabilità: cita infatti *"L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*, anche se utilizza ancora il termine "operatore sanitario" e non ancora "professionista sanitario"<sup>49</sup>.

Se inizialmente il mansionario poteva rispecchiare il fare infermieristico, ben presto è diventato "stretto" ad una professione in continua e rapida evoluzione; l'elencazione degli atti in esso contenuta è diventata esaustiva solo in teoria, non certo in pratica, creando quotidianamente situazioni "extramansionariali". Tale fenomeno era la diretta conseguenza della riforma che parallelamente si stava sviluppando sul fronte della formazione. Un punto focale infatti è stata la riforma del 1992 apportata dal D.lgs. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" con cui veniva introdotta la formazione universitaria del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione. I profili professionali sarebbero poi stati approvati con appositi decreti

---

<sup>49</sup> 1° CONVEGNO NAZIONALE GPAIN "Professione infermieristica tra cultura e competenze: rifletti con il G.P.A.I.N." in <https://cnaei.info/~cnaeiinfo/images/stories/cnai/gpain/Mauri.pdf>;

ministeriali a partire dal 1994. È evidente che la formazione universitaria forniva all'infermiere le competenze avanzate per poter operare con un nuovo atteggiamento nel processo assistenziale, non certo di mero esecutore di mansioni predeterminate.

Prima di arrivare alla disamina della legge 26 febbraio 1999, n. 42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" è interessante dar conto di come, già prima di tale data, il concetto di responsabilità, con riferimento alla professione infermieristica, ricorresse, anche all'interno di altre norme dello Stato.

Il primo riferimento è contenuto nell'art. 41 del D.P.R. 384/1990 (che recepiva il contratto dei dipendenti delle USL per il periodo 1988-1990), che istituisce la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e dell'ausiliario specializzato addetto ai servizi socio sanitari, precisando che tali figure operano sotto la *diretta responsabilità* del Caposala, o in sua assenza dell'infermiere professionale responsabile del turno di lavoro. In presenza di più infermieri professionali all'interno del turno di lavoro la responsabilità è condivisa da tutti. Successivamente il sostantivo "*responsabilità*" riecheggia nel D.P.R. 13 marzo 1992 "Atto di indirizzo e di coordinamento alle Regioni ... in materia di emergenza sanitaria", che testualmente, all'art. 4 secondo comma, prevede che "la *responsabilità* operativa è affidata a personale infermieristico professionale." Pur se riferita alla dimensione operativa, è la seconda volta che compare esplicitamente la parola responsabilità in rapporto alla professione infermieristica. Questa disposizione ha suscitato le critiche di certa dottrina giuridica e medico-legale, la quale ha avuto modo di notare come questo meccanismo di accettazione della chiamata abbia, di fatto, demandato la gestione dell'emergenza all'infermiere professionale.

Il concetto di responsabilità è ripreso poi nel Decreto del Ministero della Sanità, 14 settembre 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere". L'art. 1 del D.M. recita "l'infermiere è l'operatore sanitario (...) *responsabile* dell'assistenza generale infermieristica", estendendo questa responsabilità a tutto il processo assistenziale.

È evidente, pertanto, che quanto previsto dalla legge 42/99, su cui a breve ci si soffermerà, è più una conferma che una novità.

La legge 26 febbraio 1999 n. 42 è una legge importante per la molteplicità di aspetti che riguardano tutte le professioni sanitarie non mediche<sup>50</sup> con cui viene sancito l'importante passaggio da "professione sanitaria ausiliaria" a "professione sanitaria" a tutti gli effetti, e viene definitivamente abolito il DPR 225/74 (ad eccezione del Titolo V per l'infermiere generico). È quindi solo da questo momento che anche il Profilo Professionale trova spazio per una reale applicazione di quanto in esso contenuto.

All'ultimo comma dell'art. 1 si precisa che *"il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e le altre professioni del ruolo sanitario..."*.

È bene evidenziare come l'art. 1 della legge 42 associ due termini, attività e responsabilità.

Tale accostamento non è casuale, anzi è indicativo della volontà di voler ricondurre il termine responsabilità all'ambito prettamente professionale dell'essere e dell'agire dell'infermiere che, pertanto *"si sente"* responsabile, si assume in prima persona tutta la responsabilità che l'agire professionale comporta, soprattutto in situazioni di autonomia riconosciuta.

In questo senso, il termine "attività" non va inteso come semplice esecuzione di atti, bensì come stimolo ad attivarsi, cioè ad assumere una condotta attiva, a prendere le iniziative necessarie per l'adempimento del dovere assistenziale in quanto garante della salute dei pazienti, al di là delle richieste esplicite dell'assistito.

La legge n. 42/99 definisce i presupposti dell'esercizio professionale nonché le competenze ed i limiti di ciascuna nuova professione sanitaria. Tali presupposti non sono più deducibili sulla base del mansionario, bensì sulla scorta di tre elementi positivi (il codice deontologico, il profilo, gli ordinamenti didattici) e di due elementi negativi (le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario).

Se all'interno del Profilo si ricercano degli elementi utili per delineare il campo di esclusiva competenza si ritrova al punto 1.3 che l'infermiere:

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica;

---

<sup>50</sup> Benci L., Professioni sanitarie... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato, in Rivista di diritto delle professioni sanitarie, 2 1998, p. 80-87;

- pianifica l'intervento infermieristico;
- gestisce l'intervento infermieristico;
- valuta l'intervento infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche;
- agisce sia individualmente, sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto, (il che significa sostanzialmente attribuire attività ad altri operatori).

Il peso del nuovo livello di autonomia attribuito agli infermieri si coglie già dal disposto contenuto nel primo articolo del DM 14 settembre 1994 n.739 nella parte in cui si precisa che *“l’infermiere è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”*. L’attività collaborante viene invece indicata nel terzo comma punto a) dello stesso articolo dove viene sottolineata la funzione integrante medico-infermiere quando si specifica che l’infermiere *“partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”*. Il termine partecipa assume il significato di un’attività non autonoma ma svolta in collaborazione ed in equipe. Il punto d) inoltre stabilisce che l’infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche poste in essere dal medico. Il punto e) precisa che l’infermiere *“agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali”*<sup>51</sup>. Se da un lato quindi la norma riferita all’esercizio dell’infermiere lo regola con dei limiti ben precisi (le competenze di altri laureati ed il rispetto reciproco delle competenze) è pur vero che detta norma diventa bilaterale, ovvero prevede che il personale laureato debba adottare i medesimi principi laddove la prestazione sia erogabile in collaborazione con altri professionisti e nel reciproco rispetto. Soprattutto nella previsione di attività collaborative con altri operatori si esprime la capacità dell’infermiere di individuare i problemi di salute afferenti alla propria disciplina e di assumerne la responsabilità di risultato sul paziente secondo una logica di processo integrato.

Nel proprio agire inoltre l’infermiere deve tener conto anche di quanto indicato dall’attuale codice deontologico che rappresenta un ineludibile punto di riferimento per l’esercizio professionale dopo l’abrogazione del mansionario avvenuta con la Legge 42/99.

---

51 XII Congresso Nazionale IPASVI: Relazione introduttiva di Emma Carli: Gli infermieri e la stagione della responsabilità pagg. 1-3 pubblicato sul “Foglio Notizie n. 5/ settembre, ottobre 1999 Speciale congresso- XII Congresso Nazionale IPASVI; Benci L., “Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato” pagg. 3-10 in Rivista di diritto delle professioni sanitaria, N. 1/99” in [http://www.lucabenci.net/wp-content/uploads/2013/03/Professioni\\_sanitarie\\_non\\_ausiliarie\\_dps.pdf](http://www.lucabenci.net/wp-content/uploads/2013/03/Professioni_sanitarie_non_ausiliarie_dps.pdf);

L'approccio al concetto di responsabilità è mutato nelle due ultime stesure (1999 e 2009) del codice deontologico degli infermieri. Il richiamo al termine "responsabilità" è diventato meno ridondante, non già per scarso interesse per l'argomento, quanto a testimoniare che, nel corso degli anni, la categoria professionale avesse ben assorbito i richiami<sup>52</sup>. In ogni caso in nessun passo del codice si fa riferimento a quel concetto di responsabilità in senso negativo di cui si è accennato, ovvero come attitudine a rispondere di un comportamento deplorable, ma ci si riferisce, piuttosto, alla concezione positiva che pone la persona assistita al centro del proprio agire.

La Legge 42/99 stabilisce che *"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici"*. Tra essi, è certamente quello della formazione il più importante ed in grado di assicurare cambiamenti reali. È solo attraverso la formazione che si possono cambiare i comportamenti, è attraverso la formazione che si può anche cambiare, innovandola, la riflessione deontologica. L'assegnazione della responsabilità dell'assistenza infermieristica all'infermiere comporta giuridicamente due concetti: l'autonomia professionale e la scientificità dell'assistenza infermieristica.

La legge 42/99 rimanda al Codice deontologico, al Profilo professionale e all'ordinamento didattico l'individuazione del campo proprio, quindi esclusivo, di autonomia e responsabilità dell'assistenza infermieristica

In conclusione, la Legge n. 42/1999 abrogando sia il mansionario sia la tradizionale distinzione tra professioni sanitarie principali ed ausiliarie, ha mutato la qualificazione giuridica degli infermieri rendendoli professionisti sanitari e valorizzandone la responsabilità.

L'ultimo passaggio a completamento di questo percorso è rappresentato dalla L. 251/2000, importante in due punti: il primo, in linea con la L. 42/99, ribadisce il concetto che gli operatori devono agire con "autonomia professionale"; il secondo, passaggio fondamentale per cui questa norma viene ricordata come "la legge della dirigenza", dà la possibilità alle Aziende Sanitarie di istituire la Dirigenza per il Servizio dell'Assistenza Infermieristica e Ostetrica<sup>53</sup>.

---

52 Nei vari articoli del codice del '99 ben otto volte si fa riferimento alla responsabilità assistenziale dell'infermiere, sette volte all'attività, cinque volte alla necessaria competenza

53 Silvestro A, Infermieri: valori, innovazioni e progettualità per l'assistenza alla persona, Relazione introduttiva al XV Congresso Nazionale IPASVI, Firenze, 2009, in <http://www.fnopi.it/chi-siamo/archivio-speciali/xv-congresso/relazioni-congressuali.htm>. "Laddove le direzioni

Tale norma rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico-assistenziale, ma anche a livello gestionale organizzativo e formativo.

Con la citata legge 251/2000, si è ribadita l'espansione della dimensione della figura dell'infermiere, laddove, già nell'art. 1, si dice che questa professione svolge, con autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici<sup>54</sup>.

Continuando nell'analisi del testo normativo, il comma 3 dell'art. 1 prevede che il Ministero della Salute emani Linee Guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni e la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Con questa stessa legge il legislatore istituisce la dirigenza delle professioni sanitarie non mediche in base all'art. 6 rubricato come "Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento".

Una siffatta concezione dinamica delle funzioni è consona alla logica ed allo sviluppo culturale, che ha portato all'attuale situazione di progressiva valorizzazione della professione infermieristica, inserita in un contesto dove gli operatori sono chiamati a garantire prestazioni sempre più complesse, correlate, tra l'altro, con l'evoluzione rapidissima delle tecnologie in ambito sanitario e con l'impulso in senso ultraspecialistico della medicina.

*L'exscursus* normativo appena descritto consente di ripercorrere l'evoluzione del concetto di responsabilità per la professione infermieristica. Si è brevemente illustrato il percorso intrapreso di valorizzazione della piena autonomia della professione infermieristica e la diretta responsabilità sull'organizzazione, gestione e valutazione delle attività infermieristiche e di supporto. Si è evidenziato, altresì, il passaggio cruciale dalla responsabilità sulla corretta esecuzione degli atti alla responsabilità sull'intero processo, con particolare attenzione alla fase decisionale, parte essenziale dell'agire infermieristico.

---

infermieristiche si sono sviluppate con autonomia di intervento, il cambiamento c'è stato e il sapere e l'esperienza infermieristica contribuiscono attivamente alla missione aziendale e all'analisi del bisogno assistenziale e terapeutico in tutte le sue dinamiche e fasi";

54 Comma 1 Art. 1 Legge 251 del 2000.

In modo sintetico si può lapidariamente affermare che il DM 739/94, la L. 42/99 e la L. 251/00 hanno scandito normativamente il percorso evolutivo della professione infermieristica che passa da un concetto di responsabilità sugli atti ad una responsabilità sui risultati, peculiare dell'agire professionale<sup>55</sup>.

Non esiste un elenco univoco di compiti che spettano all'infermiere e dei quali ne sia responsabile. Lo stesso profilo professionale, infatti, indica le aree di competenza ma non può essere esaustivo delle attività. Abolito quindi il mansionario, i confini della responsabilità infermieristica possono essere rinvenuti in tre criteri guida:

- il profilo professionale;
- la formazione di base e post-base;
- il codice deontologico;

e due limiti:

- il limite delle competenze previste per i medici;
- il limite delle competenze previste per gli altri professionisti sanitari.

La sfida per l'infermiere, nel quotidiano, è quella di qualificare sempre di più le proprie competenze, di gestire la responsabilità da essa derivante, di definire l'autonomia. L'autonomia, infatti, comporta la possibilità di orientarsi e di agire sul processo di assistenza con specificità professionale e padronanza della situazione. Questa autonomia legata alla competenza fa spostare il concetto di responsabilità dalla logica puramente penale dell'esercizio professionale (essere chiamati a rispondere di un danno) alla logica del dovere di attivarsi per un risultato in termini di benessere dell'assistito. Tale responsabilità è finalizzata ad affrontare i problemi dell'utenza e non a salvaguardare l'agire del professionista.

Questo passaggio, in un certo senso imposto dall'accresciuto bagaglio di competenze teoriche e pratiche delle nuove professioni sanitarie e dalle pressanti esigenze organizzative di una realtà sanitaria in rapida evoluzione, ha in un primo momento creato interpretazioni confuse e a tratti contraddittorie sia dal mondo accademico che dalla giurisprudenza, impegnata a districarsi all'interno di una regolamentazione della responsabilità professionale in continua evoluzione.

---

<sup>55</sup> La professione infermieristica è oggi a pieno titolo riconosciuta tra le professioni intellettuali, per la quale è necessaria l'iscrizione all'albo professionale ed è richiesta una formazione di tipo universitario (Libro V, titolo III, Capo II, Art. 2229 del Codice Civile);

Nell'ultimo decennio si sono susseguite diverse interpretazioni in merito alla responsabilità professionale, si è passati da una fase in cui per l'esercizio professionale era rilevante solo il possesso del titolo e dell'abilitazione, arrivando ad affermare che dovevano “*considerarsi irrilevanti la perizia, la capacità e l'abilità del soggetto*”<sup>56</sup>; fino alla posizione attuale in cui il legislatore fa delle doti professionali e dei principi deontologici i criteri guida per l'esercizio professionale.

È di tutta evidenza l'importanza che, anche in questi termini, assume l'esatta collocazione dell'autonomia professionale e la conseguente responsabilità infermieristica. Facendosi portatore di tale esigenza di certezza il legislatore, dapprima con il cosiddetto decreto Balduzzi e la Legge Gelli poi, ha creato un nuovo impianto normativo teso a disegnare con chiarezza i confini dell'autonomia e della responsabilità professionale, provando così a limitare i frequenti contrasti giurisprudenziali.

La rilevanza del tema della responsabilità, sia civile sia penale, in ambito sanitario ha suscitato un intenso dibattito dottrinale e giurisprudenziale, già a partire dagli anni 70, intensificatosi di recente e giunto, forse, ad un punto fermo con il varo definitivo della riforma avvenuta con la legge 24 del 2017. A parere di molti studiosi la citata legge potrebbe finalmente aver posto fine, almeno in parte, a certi contrasti giurisprudenziali che ingeneravano incertezza sia nell'operatore sanitario sia nel cittadino che non si sentiva abbastanza garantito nel suo primario diritto alla salute.

Il dibattito in materia di responsabilità sanitaria in ambito civile inizia già verso la fine degli anni 70, articolandosi sulla questione se la responsabilità del professionista sanitario fosse di tipo contrattuale oppure extracontrattuale. La differente disciplina porta delle conseguenze rilevanti, che si avrà modo di analizzare più ampiamente in seguito, sia per la diversa prescrizione (5 anni extracontrattuale, 10 anni contrattuale), per l'onere della prova.

Fino alla fine degli anni 70 i giudici erano orientati nel riconoscere in capo al sanitario una responsabilità di tipo extracontrattuale, accollando quindi il compito di dimostrare ogni elemento della condotta, del nesso di causalità tra condotta ed evento lesivo, del danno, in capo al paziente.

---

56 Bricola F, Zagrebelsky V. “Diritto penale - parte speciale” seconda edizione UTET, Torino, p. 386;

Fino a tale momento vigeva una sorta di presunzione a favore del sanitario che, in forza dei propri studi universitari, era l'unico in grado di stabilire cosa fosse meglio per la salute del paziente.

Il retaggio di questa impostazione la si ritrova per esempio nel codice civile all'art. 2236<sup>57</sup>, laddove si stabilisce che il professionista sia esente da una responsabilità generalizzata, non solo se lo stesso ha agito senza dolo o colpa grave, ma anche per il semplice fatto che il caso trattato presenti una particolare difficoltà<sup>58</sup>. La ratio della norma era quella di far progredire la scienza ma di fatto poneva il professionista in una posizione di favore perché, a meno che non avesse commesso errori gravi o grossolani, risultava quasi sempre esente da responsabilità. Il favor era inoltre garantito dal gravare sul paziente di tutto l'onere probatorio, non solo del danno subito ma anche della colpa del professionista oltreché del nesso causale tra il danno subito e la condotta del sanitario.

La situazione inizia a mutare verso la fine degli anni 70, quando la Corte di Cassazione allenta il predetto onere probatorio a carico del danneggiato e chiarisce che il grado di diligenza richiesto nella erogazione della prestazione sanitaria è quello di un «accorto e regolato professionista, esercente la sua attività con scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione<sup>59</sup>».

Nel decennio successivo la posizione si ribalta completamente a favore del paziente i giudici hanno posto l'accento sulla funzione sociale della responsabilità, facendola gravare sulla persona o sulla categoria di persone che, per effetto della propria capacità economica, fossero meglio in grado di sopportarne il peso<sup>60</sup>.

Una famosa sentenza della Corte di Cassazione, la n. 588 del 1999 introduce il concetto di responsabilità da “contatto sociale”, ovvero quel particolare contratto atipico che si configurerebbe tra sanitario e paziente che si affida alle sue cure<sup>61</sup>. Il paziente fa affidamento

---

57 Art. 2236 codice civile: Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave;

58 Per esempio la Corte di Cassazione, sez. III nel 19680 con sentenza n. 3906, aveva stabilito che «la responsabilità professionale del sanitario va circoscritta ai casi nei quali egli per negligenza o imperizia gravi, non si attenga a quei metodi di accertamento e di cura divenuti di uso comune perché acquisiti alla ricerca scientifica e alla pratica, con riferimento, non già all'esito finale della terapia, ma all'impiego dei mezzi diretti a conseguire la guarigione»

59 Corte di Cassazione, sez. III, sentenza n. 1441 del 08/03/1979

60 SALESIA F. dalla legge Balduzzi alla riforma Gelli, in *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Giuffrè 2017

61 «A questo tipo di operatore professionale la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non fare, cioè il puro rispetto della sfera giuridica di colui che gli si rivolge fidando della sua professionalità, ma giustappunto quel fare nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento» Corte di Cassazione, sez. III, 22 gennaio 1999 n. 589.

sulle particolari competenze che presume in capo al soggetto abilitato alla professione non solo in forza di un corso di studi, ma anche a seguito di un'abilitazione statale che ha ad oggetto, in questo caso, il diritto alla salute, garantito dall'art. 32 della Costituzione<sup>62</sup>. Le ripercussioni conseguenti all'applicazione della cosiddetta responsabilità da "contatto sociale", attinente alla categoria della responsabilità contrattuale, riguardano in primo luogo l'onere probatorio, che si sposta dal danneggiato/paziente in capo al professionista. Al danneggiato spetta solo allegare la colpa del sanitario e a quest'ultimo, invece, spetta provare l'esenzione da colpa. In merito alla prova del nesso di causalità tra evento dannoso e condotta era sufficiente un certo margine di probabilità. Il professionista sanitario, dipendente di una struttura sanitaria, pur non avendo concluso alcun contratto con il paziente, era ugualmente soggetto alla responsabilità contrattuale descritta dall'art. 1218 del codice civile per il solo fatto di essere legato alla struttura sanitaria da un rapporto di servizio.

Anche dal punto di vista della responsabilità penale si è osservato, negli anni, un inasprimento dei giudici nel valutare il grado della colpa del professionista sanitario.

Si può cercare di sintetizzare e schematizzare alcune fasi che hanno contraddistinto il dibattito giurisprudenziale che poi ha reso indispensabile l'intervento chiarificatore del Legislatore con l'emanazione della Legge 24/2017.

La prima fase, più o meno corrispondente con la prima metà del secolo scorso, si assiste ad una delimitazione della responsabilità solo in caso di errori grossolani, tali da renderli inescusabili.

La seconda fase si contraddistingue per l'introduzione dei concetti di colpa grave. Si giustificava la limitazione della responsabilità del sanitario solo alle ipotesi di colpa grave in ragione dei caratteri oggettivi dell'attività svolta in cui è insito il rischio.

A partire dagli anni 80, invece, si registra una vera e propria inversione di rotta, si intravede un orientamento maggiormente severo e punitivo dei giudici che porta, nell'ambito medico, all'elaborazione di quel particolare fenomeno denominato medicina difensiva<sup>63</sup>.

---

62 PARTENZA I., La nuova responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria, commento aggiornato alla Riforma Gelli, Pacini Giuridica, Pisa, 2017, pag23.

63 La locuzione "Medicina Difensiva", coniata attorno agli anni 90 negli Stati Uniti e poi progressivamente recepita in Europa, è genericamente adottata per individuare prassi diffuse in ambito medico-sanitario, che consistono nel richiedere accertamenti tecnici indipendentemente dalla effettiva necessità diagnostico-terapeutica per il paziente (medicina difensiva attiva), o nel preferire prestazioni sanitarie meno soggette ad inconvenienti, fino all'astensione dall'intervenire nei casi più rischiosi (medicina difensiva passiva). U.S. CONGRESS OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, Defensive Medicine and Medical Malpractice, Washington Dc 19943, <http://ota.fas.org/reports/9405>;

Le criticità del settore sono andate sempre più acuendosi non solo per il considerevole aumento del numero delle denunce sia in sede civile sia penale, ma anche per i riflessi sul costo dei risarcimenti che ha comportato grossi esborsi da parte delle strutture sanitarie o, qualora le stesse ne fossero provviste, da parte delle compagnie assicuratrici, nonché per l'abnorme crescita della predetta medicina difensiva con la conseguente sfiducia del cittadino nei confronti della sanità in generale.

Nonostante fino alla legge di conversione n. 189/2012 del Decreto Balduzzi nessuna modifica normativa fosse intervenuta in materia di responsabilità sanitaria, attraverso vari contributi di studiosi in materia nonché del sistematico lavoro dei giudici, seppur a volte controverso, si è creato un vero e proprio dibattito teso a districare pesanti problemi in merito alla risarcibilità delle varie forme di sofferenza, fisica e psichica, la prevenzione dei sinistri in ambito sanitario, la gestione del rischio, solo per fare qualche esempio.

Si è pertanto dibattuto su quali potessero essere le cause di un aumento delle domande di tutela legale avverso la cosiddetta medical malpractice, se tale fenomeno possa aver trovato giovamento dalla fine di un certo timore reverenziale che prima governava i rapporti tra professionista e paziente, oppure se l'aumento di informazione del cittadino lo abbia portato a nutrire delle maggiori aspettative nei confronti della sanità, rendendolo altresì meno disposto ad accettare esiti curativi diversi da quelli auspicati, oppure se si tratti di una declinazione di un generale approccio speculativo che ha investito tutto il settore del risarcimento del danno<sup>64</sup>.

Proprio con l'intento di arginare tale fenomeno il Legislatore interviene già nel 2012 con la cosiddetta riforma Balduzzi, un primo tentativo di delimitare i confini della responsabilità sanitaria.

È in generale scriminato il sanitario che operi nel rispetto delle Linee Guida, ma deve sempre riferirle al caso concreto e valutare ogni volta se ed in che termini sia opportuno seguirle. È evidente come la valutazione di tale "caso concreto" abbia portato i giudici ad ampliare i margini di responsabilità, causando, di conseguenza, un aumento del contenzioso e la difficoltà sia dei professionisti sia delle strutture sanitarie di trovare compagnie assicurative disposte ad

---

64 Partenza I., La nuova responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria, Pacini Giuridica, Milano, 2017, pag.10.

accollarsi il rischio sempre crescente. È interessante riportare che parte della dottrina<sup>65</sup> si interroga sul significato da attribuire al concetto di caso concreto. Ci si chiede se il motivo idoneo a disattendere le Linee Guida o le buone pratiche (ossia la specificità del caso concreto) deve necessariamente essere di carattere clinico oppure può consistere anche in circostanze relative alle Linee Guida stesse (come la mancanza di aggiornamento o il contenuto economicistico) e all'organizzazione della struttura sanitaria (ad es. la presenza di macchinari inadatti rispetto all'attuazione di quelle Linee Guida.

Fra gli obiettivi della legge 24/2017 c'è appunto il superamento delle sopra menzionate criticità con l'introduzione non solo di misure di mitigazione del rischio sanitario attraverso l'utilizzo del Risk Management, ma anche ridefinendo i confini della responsabilità delle strutture sanitarie e di chi esercita la professione, introducendo altresì l'obbligo assicurativo sia per le strutture che per i sanitari<sup>66</sup>.

### ***BENESSERE DEGLI INFERMIERI***

Negli ultimi anni, a causa della recente pandemia, l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata su fenomeni di affaticamento emotivo, quali burnout, compassion fatigue, moral distress, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), dimostrando come gli operatori sanitari, soprattutto quelli coinvolti ed esposti al contagio, abbiano sviluppato forme diverse di disturbi stress correlato tra cui insonnia, depressione, ansia con relativo aumento del tasso di turnover, abbandono della professione.

La pandemia da Covid-19 ha coinvolto in modo significativo la popolazione infermieristica, diffondendo incertezze e paura. Gli infermieri hanno provato stanchezza fisica e mentale a causa del senso di impotenza, dell'aumento del carico di lavoro, della mancanza di dispositivi di protezione individuale e dell'alto rischio di contagio e trasmissione ai familiari. Lo stravolgimento organizzativo degli ultimi anni, in ambito sanitario, ha causato un notevole aumento dei livelli di stress fra gli operatori con conseguenze sul loro benessere fisico ed emotivo. In particolare, la mancanza di risorse e le carenze infermieristiche hanno avuto un

---

65 Montanari Vergallo G., La nuova responsabilità medica dopo la riforma Gelli-Bianco, Dike Giuridica, Roma, 2017, pag.12, citato in Calvigioni S. Linee Guida e Buone Pratiche Clinico Assistenziali, in [www.romatrepress.uniroma3.it/ojs/index.php/sanitaria/article/download/](http://www.romatrepress.uniroma3.it/ojs/index.php/sanitaria/article/download/);

66 Margiocco M., La responsabilità della struttura sanitaria per carenze strutturali o organizzative, in Dossier, Management per le professioni sanitarie, pag. 24, in <https://www.tsrnvarese.it/LEGGI/LEGGI/PDF/Management%20per%20le%20professioni%20sanitarie.pdf>

impatto organizzativo profondo sugli ospedali, con un aumento della spesa finanziaria e un sovraccarico di lavoro, turni stremanti e massacranti. L'effetto devastante della pandemia ha generato uno shock di domanda insostenibile a fronte delle capacità limitate dei sistemi sanitari ed oggi, in tante realtà professionali gli infermieri si trovano a dover combattere una nuova grande minaccia rappresentata da un aumento del fenomeno dello stress lavoro correlato, psico-fisico, emotivo e del burnout.

L'ampia letteratura prodotta sul tema illustra tra i fattori scatenanti la mancanza di supporto nelle organizzazioni, di leadership etiche e sostenibili, di gruppi tra pari funzionali, ed infine, la mancanza di consapevolezza del ruolo professionale<sup>67</sup>.

Per quanto riguarda le emozioni, quella che è stata riferita da una quota maggiore degli infermieri è stata la paura legata al rischio di contagio e alle poche conoscenze. Nonostante fosse più percepita nelle fasi iniziali, permane il timore che possa verificarsi una situazione di ricaduta. Tutto ciò ha determinato dei cambiamenti nel "modo di essere".

Uno degli aspetti che maggiormente ha colpito gli infermieri è stato l'isolamento dai propri affetti che gli occhi dei pazienti comunicavano. Nonostante la paura, l'impreparazione e l'impotenza, dai racconti emerge anche la percezione di una soddisfazione, soprattutto in relazione al riconoscimento del ruolo professionale da parte dei Media e della popolazione. La soddisfazione, però, non ha permesso di cancellare gli insuccessi e le delusioni che gli operatori si trovavano ad affrontare.

La pandemia è stata caratterizzata da un numero elevato di decessi, che ha provocato un senso di sofferenza ed impotenza negli operatori.

A causa della pandemia non solo gli infermieri si sono dovuti adattare, ma anche il setting lavorativo ha subito delle modifiche, soprattutto perché nessuno era pronto a dover affrontare una situazione di tali proporzioni. L'aspetto più discusso riguarda i DPI che erano razionati, ma, nonostante ciò, gli infermieri non si sono mai tirati indietro. Durante la prima ondata, quando non si avevano sufficienti conoscenze, si utilizzavano protocolli già in uso per patologie a trasmissione simile per il trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. I protocolli, venivano modificati repentinamente e più volte al giorno.

---

67 Sabo B. "Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable" *Indiana Journal of Palliative Care* 2008; 14(1):23-29

La situazione di stress ed ansia è stata uno dei fattori che ha destabilizzato maggiormente gli infermieri, rendendoli stanchi, sia fisicamente che mentalmente, ed affranti sfociando in insoddisfazione lavorativa, che ha portato molti a rivalutare la professione e a pensare addirittura di lasciarla.

La pandemia ha determinato delle modifiche nell'assistenza infermieristica, non solo per quanto riguarda i tempi da dedicare al singolo, ma anche sulle procedure da applicare, data la mancanza di informazioni riguardanti il virus e ciò ha fatto percepire un peggioramento della qualità dell'assistenza.

La pandemia ha influito in maniera rilevante sulla vita quotidiana degli infermieri, causando ripercussioni sull'aspetto relazionale, dell'alimentazione e del ritmo sonno-veglia. La separazione dai famigliari e dagli amici è stata ritenute necessaria da parte di molti a causa della paura di contagiare i propri cari. Altri invece hanno mantenuto il distanziamento nella propria abitazione abolendo ogni contatto fisico, mentre altri si sono stretti maggiormente alla famiglia. Lo stress provocato dalla pandemia ha generato negli infermieri delle modifiche nelle abitudini di vita. A subire cambiamenti è stato soprattutto il sonno: molti soffrivano di insonnia a causa dell'ansia per la situazione e per i pochi periodi di riposo, mentre altri trascorrevano il loro tempo libero a dormire.

Per poter far fronte allo stress lavoro correlato la maggior parte degli infermieri ha applicato delle strategie che hanno permesso di combattere il moral distress.

Per quanto riguarda le strategie attuate, alcuni hanno applicato delle metodiche per gestire lo stress correlato alla pandemia intraprendendo un percorso di psicoterapia o dedicandosi all'esercizio fisico. Il supporto psicologico da parte di professionisti in un momento in cui il sostegno derivante dalla vicinanza fisica era impedito, ricevere un supporto emozionale è stato di grande aiuto. L'esercizio fisico è stato per molti un modo per poter sfogare la frustrazione legata allo stress. Altre strategie messe in atto sono state l'utilizzo di una terapia farmacologica per ridurre l'ansia e per poter dormire.

Tra i fattori protettivi si evidenziano un adeguato sostegno sociale, crescita professionale, supervisione e gruppi tra pari<sup>68</sup>. La coesione del gruppo resta un elemento fondamentale per la

---

68 Li A, Ealry S, Mahrer N, Klaristenfeld J, Gold J. "Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout" *Journal of professional Nursing* 2014; 30 (1) 89-99

cura del singolo che opera in un ambiente in cui le richieste fisiche ed emotive sono così elevate<sup>69</sup>.

## ***CONCLUSIONI***

La professione infermieristica ha vissuto stagioni di grande e profonda trasformazione che nel tempo ne hanno aumentato l'autonomia, accrescendone, insieme alla responsabilità sugli atti sanitari, quella sulla dimensione organizzativa.

Guardando in casa e fuori dai confini, la comunità infermieristica vanta infermieri prescrittori, dirigenti, opinion leader ed esperti. Una professione che evolve, così come evolvono le conoscenze scientifiche e tecnologiche, e questo è un grande stimolo, che non possiamo ignorare e che offre alle nuove generazioni possibilità illimitate.

Nonostante la professione si sia arricchita di percorsi formativi sempre più articolati, aprendo nuove opportunità di riconoscimento nelle aziende sanitarie sia pubbliche che private, e si stia consolidando una tendenza alla valorizzazione e allo sviluppo professionale analoga a quella presente in altri paesi europei, rimane comunque una distanza significativa in termini di skill mix.

Lo sviluppo della professione si accompagna e trova alimento anche in alcune importanti trasformazioni in atto nel SSN come l'emergere di nuove modalità di erogazione dei servizi e le conseguenti trasformazioni negli assetti organizzativi.

Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini assumono un ruolo centrale nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura e di assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo risk management.

Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro dal Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) inducono ad investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità

---

69 El-Bar N, Levy A, Wald H, Biderman A. "Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area: a cross-sectional study". *Israel Journal of Health Policy Research* 2013; 2 (1) 31

professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione.

Il singolo piccolo centro, per quanto ben attrezzato, ha veramente fatto il suo tempo, e rischia in molti casi di fare più danni che benefici: oggi un ospedale può reggere solo se è integrato nella rete di un sistema. Questi vecchi modelli hanno causato troppo spesso inefficienze nell'uso del personale, alti tassi di ritardo, annullamento delle procedure cliniche e spreco di risorse, derivante da una insufficiente comunicazione tra i dipartimenti e le discipline.

Gli ospedali non possono più sostenere progetti autoreferenziali funzionali, in cui l'integrazione clinica e la governance clinica sono inesistenti, le economie di scala sono sottoutilizzate, le risorse sono duplicate, e l'autonomia (nell'uso delle risorse della specialità) prevale sulla responsabilità (sui risultati che richiedono l'integrazione di diverse specialità nell'uso di risorse fisse e condivise, come sale operatorie, attrezzature, letti e personale).

Di conseguenza, occorre riflettere sull'individuazione di sistemi più efficienti, sulla condivisione di esperienze e sulla promozione delle migliori prassi, e adattarci al più presto a ragionare in maniera non più parcellizzata.

La sanità del futuro dovrebbe contribuire attivamente e proattivamente alla progettazione e all'attuazione del cambiamento, ciò non può essere fatto in modo disgiunto, piuttosto è necessario costruire un sistema realmente integrato.

Lo sforzo di individuare un nuovo modello organizzativo che sappia superare le attuali difficoltà, deve incoraggiare gli Infermieri a pensare alla propria identità professionale oltre i confini, in un'ottica globale. *Quindi perché non pensarci quali promotori di idee e protagonisti di questo cambiamento?*

Non saper accogliere questa sfida significa anche sottrarre ai pazienti e alla collettività il diritto alla salute, informazioni utili, e perdita di risorse.

Siamo di fronte ad una sfida difficile quanto importante ma, soprattutto, irrinunciabile perché abbiamo a che fare con diritti fondamentali dell'uomo, ed il rispetto di questi è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1° Convegno Nazionale GPAIN “Professione infermieristica tra cultura e competenze: rifletti con il G.P.A.I.N.” in <https://cna.info/~cna.info/images/stories/cnai/gpain/Mauri.pdf>;
- AA.VV., La lettura medico-legale della Legge 24/2017: tra sicurezza delle cure e della persona assistita e nuovi profili di valutazione comportamentale degli esercenti le professioni sanitarie, in *La Nuova Responsabilità Sanitaria e la sua Assicurazione*, a cura di Gelli F., Hazan M., Giuffrè Editore, Milano, 2017, pag. 780 ss.
- Art. 2236 codice civile.
- Benci L. (1998). Professioni sanitarie... non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato, in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 2 1998, p. 80-87;
- Benci L. (2005). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw Hill.
- Benciolini P. Aprile A., *Responsabilità dell'infermiere in pronto soccorso*, In Menon C, Rupolo G. *Pronto soccorso per l'infermiere professionale*. Ambrosiana Edizioni, 1995, 281 ss.
- Boldini P., Castilverde F., Competenza, autonomia e responsabilità professionale nelle professioni sanitarie, in *Sanità Pubblica e Privata 2013* pagg: 28–35.
- Bolognese L. (2011). *Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità*, Gital Cardiol, vol 12.
- Bozzi M., Il PNRR va sostenuto, ma servono dati certi e rigore metodologico, *Quotidiano Sanità*, 20/5/2021.
- Bricola F, Zagrebelsky V. “Diritto penale - parte speciale” seconda edizione UTET, Torino, p. 386;
- Corte dei Conti (2023), *Rapporto sul coordinamento della finanzia pubblica 2023*, p. 277
- Corte di Cassazione, sez. III, 22 gennaio 1999 n. 589.
- Corte di Cassazione, sez. III nel 19680 con sentenza n. 3906.
- Corte di Cassazione, sez. III, sentenza n. 1441 del 08/03/1979
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Dati Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2023.
- Dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero).
- Dati Rapporto ISTAT 2023.
- Dati Rapporto OASI 2023
- Dato NADEF ottobre 2023.

- Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. (G.U. 18 giugno 1974 n. 157).
- Decreto del Presidente Della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. (G.U. 23 aprile 1969 n. 104).
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (G.U. 16 luglio 1999 n. 132).
- 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. (G.U. 30 dicembre 1992 n. 305).
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», Azienda Pubblica, 1: pp. 13-32.
- Di Giacomo P., Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali, in Scenario 25/3 (2008): 35-43 in <http://oldsite.aniarti.it/scenario/index.php?startpage=4&issue=3&year=2008>.
- Elaborazione su dati OECD Health Data 2023.
- Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale.
- El-Bar N, Levy A, Wald H, Biderman A. “Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area: a cross-sectional study”. Israel Journal of Health Policy Research 2013; 2 (1) 31
- FADOI (2007). Medicina Interna e nuova organizzazione ospedaliera. Proposta di documento, Toscana.
- Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. (1996). Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice, BMJ.
- INPS (2023), Pensioni vigenti all'1.1.2023 e liquidate nel 2022 erogate dall'Inps, Statistiche in breve.
- Kanter M. (1994). Collaborative advantage: the art of alliances. Harv Bus Rev, pp. 96-108.
- Kogut e Zander (1992). Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology. Organization Science.
- 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. (G.U. 17 febbraio 2006 n. 40).
- 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 18 marzo 1926, n. 562. Conversione in legge, con approvazione complessiva, di decreti luogotenenziali e regi aventi per oggetto argomenti diversi. (G.U. 3 maggio 1926, n. 102).
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. (G.U. 28 dicembre 1978 n. 360).
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. (G.U. 02 marzo 1999 n. 50).
- Legge 29 ottobre 1954, n. 1049. Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. (G.U. 15 novembre 1954 n. 262).
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”. (21G00256) (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49). Articolo 1, Commi da 159 a 171.
- Li A, Ealry S, Mahrer N, Klaristenfeld J, Gold J. “Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents’ job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout” Journal of professional Nursing 2014; 30 (1) 89-99
- Margiocco M., La responsabilità della struttura sanitaria per carenze strutturali o organizzative, in Dossier, Management per le professioni sanitarie, pag. 24, in <https://www.tsmvarese.it/LEGGI/LEGGI/PDF/Management%20per%20le%20professioni%20sanitarie.pdf>
- Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T (2015) Abilita e ostacola l'implementazione dell'assistenza integrata. Riforma del sistema sanitario, 2015, pp. 250-256.
- Ministero della Sanità Decreto 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (G.U. 09 gennaio 1995 n. 6).
- Montanari Vergallo G., La nuova responsabilità medica dopo la riforma Gelli-Bianco, Dike Giuridica, Roma, 2017, pag.12, citato in Calvigioni S. Linee Guida e Buone Pratiche Clinico Assistenziali, in [www.romatrepress.uniroma3.it/ojs/index.php/sanitaria/article/download/](http://www.romatrepress.uniroma3.it/ojs/index.php/sanitaria/article/download/);
- Nardi R. V. Arienti V. Nazzoli C. Mazzone A. (2012). Organizzazione dell’ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Italian Journal of Medicine, pp.1-13.
- Nicosia F. (2008). Ospedale “Lean” per Intensità Di Cure. Dossier “Lotta agli sprechi”. Management Sanità, pp. 36-40.
- Partenza I., La nuova responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria, commento aggiornato alla Riforma Gelli, Pacini Giuridica, Pisa, 2017, pag. 23.
- Porfido E. (2009). “Organizzazione per intensità di cura”, Fondazione P. Paci ONLUS. Milano.
- Quotidiano Sanità, Infermieri di famiglia al palo. Fnopi: “Corte dei conti ne certifica il mancato utilizzo”, 31/5/2021.

- Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. (G.U. 9 agosto 1934 n. 186)
- Regio Decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832. Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici. (G.U. 5 novembre 1925 n. 257).
- Sabo B. “Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable” *Indiana Journal of Palliative Care* 2008; 14(1):23-29
- Salesia F. dalla legge Balduzzi alla riforma Gelli, in *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Giuffrè 2017
- Silvestro A, *Infermieri: valori, innovazioni e progettualità per l’assistenza alla persona*, Relazione introduttiva al XV Congresso Nazionale IPASVI, Firenze, 2009, in <http://www.fnopi.it/chi-siamo/archivio-speciali/xv-congresso/relazioni-congressuali.htm>.
- Valmori V. In Nozzoli C, et al. (2011). Relazione presentata alla tavola rotonda “Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive”, Reggio Emilia.
- XII Congresso Nazionale IPASVI: Relazione introduttiva di Emma Carli: Gli infermieri e la stagione della responsabilità pagg.1-3 pubblicato sul “Foglio Notizie n. 5/ settembre, ottobre 1999 Speciale congresso- XII Congresso Nazionale IPASVI; Benci L., “Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato” pagg. 3-10 in *Rivista di diritto delle professioni sanitaria*, N. 1/99” in [http://www.lucabenci.net/wp-content/uploads/2013/03/Professioni\\_sanitarie\\_non\\_ausiliarie\\_dps.pdf](http://www.lucabenci.net/wp-content/uploads/2013/03/Professioni_sanitarie_non_ausiliarie_dps.pdf);

NO DELL'ARTE DELLA  
FESSIONE INFERMI  
RDEGNA. POSSIBILI  
TURO E STUDIO DEL  
URE PRIMARIE E IN  
FAMIGLIA E COMUNI