



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in

Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'Assistente Infermiere nel contesto operativo:

sfide organizzative e modelli di delega per il

management sanitario

Sede di Reggio Emilia

Anno Accademico: 2024/2025

Relatore:

Prof. Amendolara Rocco

Studente:

Dott. Danilo Curatolo

Tesi: Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
L'Assistente Infermiere nel contesto operativo: sfide organizzative e modelli di delega per il management sanitario.

Daniela Turato

"A Doriana pilastro e complice in ogni mia scelta.

A Sofia e Alice, perché ogni pagina di questo lavoro è un investimento sul loro futuro.

E a chi ha dubitato, perché la loro diffidenza è stata il carburante più efficace per la mia determinazione."

Tesi: Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
L'Assistente Infermiere nel contesto operativo: sfide organizzative e modelli di delega per il management sanitario.

Daniela Turato

Abstract

L'attuale crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), aggravata dalla cronica carenza di personale infermieristico, ha reso necessaria l'introduzione dell'Assistente Infermiere (AI). Il presente lavoro di tesi analizza criticamente questa nuova figura, istituita con il DPCM del 2025, esplorandone l'impatto normativo, economico e gestionale.

Attraverso una revisione della letteratura internazionale e un'analisi comparativa con il modello britannico dei *Nursing Associates*, lo studio evidenzia le opportunità e le criticità legate alla ridefinizione dello skill-mix nei setting assistenziali. Particolare attenzione è rivolta al tema della responsabilità professionale: l'autonomia esecutiva dell'AI non esonera l'infermiere dalla responsabilità decisionale, imponendo una revisione dei modelli di delega per evitare sovrapposizioni e rischi clinici.

L'analisi economica condotta simula il costo aziendale totale pro-capite, includendo oneri riflessi e accantonamenti TFR, dimostrando come il differenziale retributivo tra le diverse figure di supporto sia esiguo se paragonato ai costi indiretti derivanti da potenziali eventi avversi.

I risultati suggeriscono che l'integrazione dell'AI richiede un forte intervento di *change management*. Non è sufficiente l'inserimento di una nuova figura tecnica per risolvere la crisi del sistema; è indispensabile che la dirigenza infermieristica governi il processo attraverso protocolli di monitoraggio e una formazione specifica dei coordinatori; in particolar modo come esemplificato attraverso gli strumenti di valutazione per l'inserimento e la facilitazione per gli infermieri nell'ambito della delega. In conclusione, l'Assistente Infermiere rappresenta una leva di efficienza organizzativa solo se inserito in una strategia di valorizzazione della professione infermieristica, volta a liberare tempo assistenziale per casi a complessità elevata.

Sommario

Abstract.....	5
Sommario.....	6
1. Introduzione.....	9
2. Evoluzione storica e normativa: Dalle origini dell'assistenza alla figura complementare.....	11
2.1 L'infermiere.....	11
Le origini del nome e storia antica.....	11
Una storia di cure caritatevoli	11
Dal Cristianesimo al supporto “domestico-alberghiero”	11
Florence Nightingale: una storia di volontariato e professionismo	12
L'infermieristica nel XX secolo: l'intellettualizzazione della professione ..	13
2.2 L'assistenza infermieristica moderna in Italia.....	16
2.3 L'Operatore Socio-Sanitario.....	19
2.4 L'Assistente Infermiere.....	21
3. Competenze, responsabilità ed autonomia: confronto tra le figure dell'assistenza	23
4. Aspetti normativi su delega e responsabilità in ambito sanitario.....	24
5. Aspetti economici tra le figure assistenziali nel comparto.....	26
6. Position Statement dei principali stakeholder: Il dibattito tra necessità operativa, opportunità e rischio di regressione.....	28
7. Contesto internazionale: il sistema britannico.....	29
8. Le sfide manageriali.....	30
8.1 Stratificazione della criticità del setting.....	32
8.2 Algoritmo di attribuzione tasks.....	33
Conclusioni.....	34
Bibliografia.....	36

Tesi: Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'Assistente Infermiere nel contesto operativo: sfide organizzative e modelli di delega per il management sanitario.

Daniela Turato

Allegati..... 39

Tesi: Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
L'Assistente Infermiere nel contesto operativo: sfide organizzative e modelli di delega per il management sanitario.

Daniela Turato

1. Introduzione

Il SSN italiano si trova da tempo ad affrontare sfide sempre più difficili e complesse tra la sempre crescente complessità assistenziale, ampliamento dell'assistenza secondo LEA, la riorganizzazione dei setting di cura, il personale infermieristico (ma anche medico) carente e sempre più anziano e l'esplosione dei costi correlato ai fattori precedenti e al contesto internazionale oltre alla necessità di cure di sempre maggiore qualità. I problemi sono tanti e tali che non è possibile risolverli tutti insieme ma vanno aggrediti per singolo aspetto. Diversi report istituzionali segnalano i problemi legati al personale dipendente del SSN causati da una difficoltà di bilanciamento tra formazione e assunzione del personale (dato dalla sempre più scarsa attrattività della professione infermieristica) e contenimento della spesa.

Diversi report segnalano tali carenze e difficoltà: in particolare la Fondazione GIMBE, riguardo all'assunzione di personale, segnala che: *"Dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, perdendo quasi 25.000 addetti, per poi stabilizzarsi negli anni 2016-2019, attestandosi poco al di sotto dei 650.000 dipendenti. Questa dinamica riflette le misure di contenimento della spesa per il personale introdotte a partire dal triennio 2005-2007 (L. 311/2004, art.1, c. 98). (...) Nel periodo 2019-2023 si osserva un aumento degli occupati, (...) nel 2023 il comparto della sanità ha raggiunto il valore più alto dal 2012 (figura 7.2)."*¹

AGENAS, inoltre, evidenzia che il personale infermieristico dipendente nel SSN risulta tra quelli con l'età media più alta e in particolare *"la fascia di età più popolata per gli infermieri risulta quella tra 50 e 54 anni con una presenza importante di "over 50". Questo determina che la gobba pensionistica si sta avvicinando e la previsione è che nei prossimi 10 anni circa 78 mila infermieri lasceranno il SSN per raggiunti limiti di età."*²; inoltre, lo stesso report, segnala che *"nel complesso i dati esposti non consentono di assicurare che l'attuale offerta formativa sia sufficiente a neutralizzare l'effetto della "gobba pensionistica" sopra descritta. Appare infatti particolarmente minaccioso il trend in discesa del rapporto fra posti a concorso nelle facoltà di infermieristica e domande, che ha già assunto valori negativi in gran parte del paese."*².

Il Governo ha lavorato in ottica di rinnovamento nell'ambito dell'offerta di nuove figure nonostante AGENAS segnali *"che una definizione precisa delle cause del*

fenomeno sarebbe indispensabile per il processo decisionale sui correttivi necessari, si segnala che su questo tema non risulta effettuata nessuna attività di audit strutturato coinvolgente oltre agli stakeholder tradizionali (federazioni degli ordini professionali, organizzazioni sindacali, università, ministeri)”².

La domanda sorge spontanea: come poter arginare tale fenomeno nel contesto di attualità politico economica (economia di guerra) oltre che di crisi professionale? Da una parte gli sforzi si stanno concentrando sull’elevare la professione infermieristica che, però, deve delegare delle attività ad alta ripetitività (definite ad alta frequenza) e bassa discrezionalità, ovvero quelle standardizzate e routinarie, che “rubano” tempo alla pianificazione dell’assistenza infermieristica e, comunque, alla pratica avanzata dell’infermiere esperto. Per “elevare qualità del lavoro infermieristico” si intende da una parte aumentare competenze (pur mantenendo il controllo dell’assistenza generale infermieristica) e dall’altra ottimizzare il tempo di lavoro per attenzionare maggiormente alcuni aspetti della cura in ottica di miglioramento degli esiti (oucomes) clinici e assistenziali. Sterminata è, infatti, la letteratura scientifica internazionale in setting ospedalieri in tema di Nurse Sensitive Outcomes (NSO) ed esiti assistenziali. Nel frattempo, l’infermiere che delega o attribuisce delle attività proprie riesce a formarsi in attività che vengono considerate proprie della professione medica elevando così la propria attività in quella di “infermiere esperto” in una determinata branca assistenziale. Il processo di trasferimento di attività sopra riportato con una lunga circonlocuzione viene definito *task shifting*.

Il Governo attuale ha molto legiferato in ambito sanitario portando in qualche caso a compimento riforme che vengono da diversi anni di interlocuzioni istituzionali ed analisi di esperti oltre che da esperienze internazionali; in particolare, il DPCM 28 febbraio 2025 ha introdotto la figura dell’Assistente Infermiere nel panorama nazionale.

Nel presente testo si cercherà di analizzare le sfide future del management accennando alle prospettive future della professione infermieristica ma soprattutto del personale di supporto in relazione alla complessità dell’assistenza, i principali aspetti normativi riguardo la delega in ambito sanitario e, infine, confrontando il modello normato con il modello britannico che ha ispirato la figura dell’Assistente Infermiere.

2. Evoluzione storica e normativa: Dalle origini dell'assistenza alla figura complementare

2.1 L'infermiere

Le origini del nome e storia antica

“Parlare di Infermieristica è parlare di una disciplina antica, autonoma, completa e complessa.”³

La figura dell'infermiere, come ben noto, è una figura nata in tempi lontani, con competenze e formazione diverse da quelle odierne pur mantenendo i medesimi fondamentali.

L'infermiera (definito al femminile non per caso) è nata come figura di assistenza del “prendersi cura” già dai tempi dell'antichità; essa non si sviluppava come una carriera lavorativa a sé stante ma veniva considerata, appunto, delle cure materne (o comunque femminili) prestate in assistenza alla professione, quella sì affermata e declinata soprattutto a figure maschili, del medico che doveva “curare”.

L'appellativo “infermiere” deriva da “*Infirmus*” cioè infermo, debole, fragile, malato⁴; in particolare da “*In-*” (prefisso negativo) + “*firminus*” (saldo, forte), quindi “colui che non è forte” o “debole”, riferito alla persona malata.

Una storia di cure caritatevoli

Intorno al XV° secolo l'assistenza agli infermi e agli indigenti divenne appannaggio dei monaci nei loro conventi (introduzione della figura maschile) e di una loro collocazione in appositi luoghi di cura chiamati, appunto, “*infirmarium*”, termine dal quale deriva infermeria. Solo successivamente la parola “*Infirmus*” venne utilizzata per definire coloro quali si prendono cura, appunto, degli infermi.

Dal Cristianesimo al supporto “domestico-alberghiero”

Nei secoli strettamente successivi, grazie allo sviluppo di tecniche sempre più sofisticate per i tempi ed allo studio più scientifico e rigoroso della malattia come processo naturale (biologico), la professione si distaccò dal concetto cristiano di cura dell'indigente e prese una piega sempre più scientifica e professionale dove la pratica

clinica divenne, ad appannaggio esclusivo del medico, studio e classificazione delle malattie in base a quella che oggi chiamiamo semeiotica e cura grazie al sapere clinico appreso fino a quel momento.

La cura che l'infermiere doveva garantire a quel tempo era quella di servizio alberghiero e di sorveglianza notturna.

Florence Nightingale: una storia di volontariato e professionismo

Un passaggio fondamentale nello sviluppo della professione avvenne intorno alla metà dell'800, identificando il momento storico esattamente nella guerra di Crimea. "La signora con la lanterna", considerata la madre dell'infermieristica moderna, chiamata Florence Nightingale fu colei gettò le basi per cambiare per sempre la traiettoria professionale dell'infermiere; potremmo definirla oggi luminaire del campo dell'infermieristica.

Florence Nightingale era un'infermiera che proveniva da una famiglia benestante, istruita e colte come poche a quel tempo, decise, per vocazione, di fare l'infermiera; nonostante la iniziale contrarietà della famiglia, Florence, riuscì in qualche modo a convincere il padre a permetterle di fare quella professione tanto mal vista nella società.

Studiò in Germania per due anni, dopodiché tornò a Londra dove esercitò la professione come responsabile ospedaliera e avviò diverse riforme sociali e sanitarie grazie all'interlocuzione diretta con la Regina Vittoria per la cura delle persone povere da parte delle cosiddette "workhouse". Durante la guerra di Crimea, grazie all'amicizia con il ministro della guerra Sidney Herbert, riuscì a partire come infermiera da campo volontaria per la cura dei feriti di guerra. Nel giro di poco, e contro il parere dei medici da campo, Florence (insieme ad altre infermiere volontarie) ripulì per bene tutto l'ambiente dell'ospedale da campo, pretese che venissero seguite una serie di precauzioni igieniche per i pazienti e, non per ultimo, curò l'aria insalubre che si respirava in quegli ambienti e fece sistemare il sistema fognario. Nel giro di poco, in maniera sistematica e con dati a supporto, dimostrò che aveva ridotto enormemente i decessi dei militari feriti sul campo da guerra. Al suo ritorno a Londra venne proposta come componente nell'allora commissione per la salute dell'esercito e, analizzando per loro i dati raccolti sul campo di battaglia, capì che quelle misure potevano servire anche negli ospedali civili.

Riformulando, potremmo dire che l'infermiera Nightingale capì prima di tutti che l'igiene e la salubrità dell'ambiente nell'assistenza sanitaria, sono necessarie per cure di migliore qualità ed efficacia; inoltre, non si limitò ad una osservazione intuitiva ma introdusse il pensiero statistico applicato all'assistenza che, seppur rudimentale, fu un metodo d'avanguardia per i tempi.

Successivamente, dopo diverse pubblicazioni scientifiche, Nightingale decise di fondare la sua scuola "*Nightingale Training School for Nurses*" che dà inizio alla formazione sistematica delle nuove infermiere.

Quello che ci rimane oggi di Florence Nightingale è la base dell'infermieristica moderna, un mix tra professionismo, ricerca e leadership che dobbiamo sempre coltivare e sviluppare per la nostra professione e nel rapporto con gli altri professionisti sanitari.

L'infermieristica nel XX secolo: l'intellettualizzazione della professione

Dopo i successi di Nightingale, pioniera per l'intera categoria, l'assistenza infermieristica si è lentamente e progressivamente sviluppata, acquisendo nel tempo sempre maggiore leadership, autonomia e responsabilità nell'assistenza sanitaria.

Il '900 è il secolo segnato da una progressiva professionalizzazione della figura dell'infermiere, dell'apertura della professione alla figura maschile e dall'assunzione di sempre maggiore autonomia e responsabilità oltre che dalla sempre maggiore intellettualizzazione della stessa. Tanti sono i nomi che hanno elevato la professione da mera assistenza tecnica ed ausiliaria verso una professione intellettuale attraverso la codifica di un corpo proprio di conoscenze teoriche e l'autonomia scientifica del nursing: una vera e propria emancipazione epistemologica. Grazie, infatti, a teoriche come Nightingale, Henderson, Peplau, Rogers, Leininger, Levine ed altre dapprima a livello scientifico ed accademico, e dopo a livello formativo e pratico la professione ha visto uno sviluppo mai visto in secoli di professione; tutto il loro sapere, ognuna con la propria teoria filosofica, ha analizzato dal punto di vista relazionale, di responsabilità e dell'approccio umano l'assistenza del nursing.

Superfluo si ritiene, ai fini del presente elaborato, l'analisi di tutte o di talune teorie del nursing, fondamentale invece è evidenziare il punto di volta che ha spinto verso l'intellettualizzazione della professione tutta e che ha gettato le basi che hanno dato voce, in tutti i contesti di cura, alla figura dell'infermiere in quanto fondamentale nell'assistenza sanitaria.

La fine del secolo scorso e l'inizio del nuovo, è stato segnato da percorsi diversi nei sistemi sanitari di diversi paesi che hanno portato alcuni a sviluppare autonomie e responsabilità prima di altri; i paesi pionieri che hanno rimesso in gioco limiti e autonomie degli infermieri sono stati tendenzialmente i paesi anglosassoni con gli USA in testa. Proseguirà, nel corso dell'elaborato un'analisi della figura e dei rapporti tra infermieri e figure di supporto diviso per paese.

Il '900 in Italia per gli infermieri è stato caratterizzato da uno sviluppo più tardivo rispetto al mondo anglosassone ma con una progressiva accelerazione in tema di autonomia professionale, responsabilità ed ampliamento dei confini professionali e oltre che all'apertura al mondo della ricerca scientifica. In tema normativo si contano diverse norme fondamentali, tra le quali:

i. Legge n. 562 del 1926

su delegazione del R.D. 15 agosto 1925, n. 1832 ha disposto la formalizzazione delle scuole convitto riconoscendo la professione come professionale e non più come di assistenza caritatevole e in particolare: *“Le facoltà universitarie medico-chirurgiche, i comuni del Regno, le istituzioni pubbliche di beneficenza, le istituzioni di previdenziale sociale, ed altri enti morali, nonché comitati costituiti allo scopo, possono essere autorizzati dal ministero dell'interno, di concerto con quella dell'istruzione, ad istituire scuole-convitto professionali per l'infermiere”*.⁵

ii. Regio Decreto del 2 maggio 1940 n 1310

prevede, grazie alla stesura del mansionario, il riconoscimento alle infermiere generiche delle mansioni di attività oltre che la subalternità alla figura del medico; infine vengono definiti ambiti di attività non solo di mansioni domestico-alberghiere ma anche di pratica sanitaria; in particolare: *“Alle infermiere professionali competono le seguenti attribuzioni di indole amministrativa, organizzativa e disciplinare, nell'ambito del reparto ospedaliero cui sono adibite (...) richieste per gli interventi d'urgenza dei sanitari (...) compilazione e registrazione del movimento ammalati del reparto (...) controllo della pulizia degli ambienti e regolarizzazione della ventilazione (...) assistenza completa dell'infermo, alle dirette dipendenze del medico”*.⁶

iii. D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225

dopo quasi 20 anni di professione viene introdotta la figura di infermiere professionale all'interno dell'organizzazione sanitaria e dei gruppi di lavoro andando a sfumare la subalternità dell'infermiere al medico (che però ancora rimane l'attore principale

dell'assistenza sanitaria); in questa occasione viene introdotto il mansionario come elenco di attività ben precise da poter eseguire (si ottengono così, nonostante la subalternità, dei confini professionali chiari e netti)⁷

iv. LEGGE 25 febbraio 1971, n. 124

Estensione della professione al personale maschile oltre che elevazione dei requisiti scolastici di accesso.⁸

v. Decreto Legislativo n. 502 del 1992

Una ulteriore svolta storica è la riforma sanitaria dei primi anni '90 che, riguardo alla professione infermieristica, introduce la formazione nelle università elevando ulteriormente la formazione di accesso degli infermieri. Inoltre, il presente decreto getta le basi per la costruzione del profilo professionale dell'infermiere in quanto professionista, autonomo e co-attore della cura insieme a tutte le altre figure sanitarie; viene scardinata la subalternità al Dottore in Medicina e Chirurgia.

vi. Decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739:

Il presente Decreto è la pietra miliare della competenza e dell'agire dell'infermiere odierno, in quanto professionista della sanità del nuovo millennio. L'infermiere, infatti, è definito come: “(...) *l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. (...)*”⁹

vii. Legge 26 febbraio 1999 n.42

Come in tutti i percorsi più importanti e sostanziali sono previsti dei periodi di transizione. Il periodo 1994-1999 è stato, appunto, un periodo di transizione tra la nuova formazione universitaria e i nuovi profili di autonomia e responsabilità degli infermieri rispetto al vecchio mansionario; esso può essere infatti considerato una sorta di norma transitoria dal vecchio mansionario al nuovo profilo. Segno tangibile di tale progressione è il periodo “*La denominazione professione sanitaria ausiliaria nel testo unico delle leggi sanitarie, (...) è sostituita dalla denominazione “professione sanitaria.*”¹⁰

Ulteriori norme sono state emanate nel corso del tempo per finalizzare ancora meglio la formazione universitaria (anche e soprattutto post-base), gli ambiti e i profili di autonomia e responsabilità oltre che di formazione degli ordini (prima collegi) e la costruzione del codice deontologico (in quanto codice di condotta disciplinare ed etica).

2.2 L'assistenza infermieristica moderna in Italia

Il mondo della salute è cambiato notevolmente negli ultimi decenni, infatti, l'invecchiamento della popolazione e il prolungamento della vita dei pazienti grazie alle moderne tecnologie e innovazioni terapeutiche hanno portato ad una crescente prevalenza di malattie cronico-degenerative; nonostante tali miglioramenti nel campo di diagnosi precoce e terapie, il tasso di mortalità nei pazienti cronici è rimasto inaccettabilmente alto, rendendo imperativa la diagnosi precoce delle persone suscettibili che trarrebbero beneficio da misure preventive.^{11,12}

L'aumento della prevalenza nelle malattie cronico-degenerative va considerata come una forte efficacia delle cure prestate nell'ambito dell'acuzie e il prolungamento della vita grazie alla prevenzione (soprattutto primaria e secondaria) e alle cure successive che riescono ad aumentare il tempo di malattia e allontanare quanto più possibile l'esito infausto.

Per determinare correttamente l'identità di una professione così antica e così mutevole occorre passare attraverso la storia, per definire esattamente chi è stato l'infermiere, e la filosofia per identificarlo nella storia attuale; è interessante a tal proposito il passaggio del Prof Mercuri che scrive: *“Se provassimo ad interpretare le tendenze attuali delle discipline mediche e di cura, non potremmo non constatare una riconosciuta perdita del ruolo sociale del medico, considerato sempre più come un tecnico e sempre meno come persona a cui affidare le proprie sofferenze. E l'abilità tecnologica acquisita dovrebbe contribuire a fare risparmiare tempo al medico in modo da poter dedicare maggiori energie al contatto umano col paziente e i suoi familiari, ma accade sovente che il sempre maggiore avvicinamento del medico alla realtà fisiopatologica della malattia, attraverso diagnosi e terapie sempre più perfezionate, comporti, quasi per meccanica conseguenza causa-effetto, un suo sempre maggiore allontanamento dalla realtà antropologica del malato. Le tecniche diagnostiche e terapeutiche, anziché funzionare da trait d'union, interferiscono nel rapporto medico-paziente come una sorta di diaframma separatore o distanziatore... Michel Foucault (1926-1984) dichiarò che <<per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre dal malato (...) paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderli in considerazione che per metterlo tra parentesi>>”³. Egli analizza l'evoluzione della professione medica passata attraverso il progresso tecnologico verso*

una relazione umana sempre meno presente e verso una professionalità tecnica e approfondita sempre più spiccata. Il ritorno non è stato liberare tempo e risorse per dedicarsi al paziente, come ci si sarebbe aspettato, ma un costante allontanamento che, però, apre numerose opportunità per l'infermiere che "collabora" con il medico. La direttiva allora per lo sviluppo della professione infermieristica deve essere quella dello sviluppo relazionale, di presa in carico e di "caring" davvero presente, di educazione terapeutica a cui il medico "tecnico" non ha più il tempo di dedicarsi; in quest'ottica si sviluppano, appunto, come visioni futuristiche, le teorie del nursing che, seppur in un mondo diverso e non ancora così evoluto tecnologicamente come quello odierno, parlano ancora di sviluppo futuro e direzione professionale. Un altro aspetto di sviluppo è, inoltre, quello dell'ulteriore elevazione della professionalità dell'infermiere verso skills ad alto valore aggiunto, cioè attività che producono maggiore risultato di salute o maggiore qualità nell'assistenza.

Perché rincorrere il progresso tecnologico sul territorio tecnico altrui (del medico) quando c'è una prateria di competenze umane e relazionali, da consolidare e sviluppare, per andare ad effettuare una presa in carico che il medico riesce a fare sempre meno? Interessante e di strettissima attualità è una revisione sistematica pubblicata durante la scrittura del presente elaborato dello studio che ha confrontato gli esiti di cura tra medici e infermieri nella pratica clinica nella cronicità senza differenze significative in termini di esito clinico del paziente, non perdendo quindi in qualità del servizio offerto.¹³

Nella più recente attualità l'idea che l'infermiere sia tuttora ancorato strettamente ad attività sanitarie ad alta ripetitività e bassa discrezionalità se non addirittura ad attività domestico-alberghiere è obsoleta e asincrona con i tempi moderni; infatti mentre il medico si è evoluto verso l'utilizzo di tecnologie terapeutiche e chirurgiche sempre più raffinate e specialistiche manca nella sanità la figura che rimetta insieme tutti i pezzi dell'assistenza clinica al fine di evitare una compartimentazione eccessiva delle varie specialistiche.

L'infermiere, infatti, dopo uno sviluppo verso le lauree magistrali in ambito organizzativo, di ricerca ed accademico sta vedendo uno sviluppo verso magistrali anche cliniche che dovranno essere il *trait d'union* dell'assistenza sanitaria grazie all'infermiere specialista nell'area clinica. Se l'infermiere deve essere utilizzato in ambito clinico per un'assistenza sempre migliore e di qualità, l'obiettivo dovrà essere

Tesi: Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'Assistente Infermiere nel contesto operativo: sfide organizzative e modelli di delega per il management sanitario.

Daniela Turato

liberare la risorsa tempo dell'infermiere, appunto, su attività a bassa complessità e alta frequenza avviando un processo di *task shifting* verso le figure di supporto.

2.3 L'Operatore Socio-Sanitario

«Puri ed ordinati corsi delle nazioni, che, per gl'ingegni de' loro tempi, si spiegano in questa Scienza, e de' ricorsi delle cose umane, che, nel rifarsi le nazioni, essa Scienza similmente spiega.»¹⁴

Con la presente citazione di Vico sui corsi e ricorsi storici si intende sottolineare come, in ambito sociologico e quindi anche professionale, la storia attuale, se si analizza bene la dinamica, è una storia già vissuta; nel passaggio generazionale tra infermiere generico e infermiere professionale, e nel tempo in cui queste figure hanno convissuto, la storia si ripete in maniera pedissequa. Ad ogni aumento di competenze di qualsiasi figura professionale ce ne vuole una che vada a coprire il vuoto di attività di cui ha meno tempo di occuparsi. Nel tempo, infatti, andando ad esaurirsi la vecchia figura dell'infermiere generico, si sono avvicinate diverse figure tecniche che coprissero le attività di base, e comunque fondamentali, quali igiene e sanificazione dell'ambiente, assistenza di base dell'infermo e supporto nelle attività di cure e assistenza infermieristica; tali figure sono state i vari Assistente di Base (ADB), Operatore Tecnico Addetto (OTA), Ausiliario Socio-Assistenziale, Operatore Socio-Assistenziale (OSA) ed altre che sono infine confluite nell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) che ha permesso di riformare tutti gli operatori tecnici e garantire assistenza di base in ogni setting assistenziale.

L'accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, ha infatti permesso la riqualifica di tutte le vecchie figure del settore sanitario (tecniche) e sociale verso un operatore unico e versatile che potesse operare e integrare i diversi aspetti della cura (sanitario e sociale) garantendo il soddisfacimento dei bisogni primari del paziente e favorendo benessere ed autonomia.¹⁵ L'OSS, infatti, viene formato come diretto subalterno dell'infermiere che comunque rimane il responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Un ulteriore fattore limitante allo sviluppo della figura dell'OSS è che solo nel CCNL del comparto sanità del 2019-2022 è stato contrattualizzato come figura sanitaria mentre prima era contrattualizzato nella vecchia categoria B, ovvero quella dei tecnici; zavorra questa che ne ha limitato l'aumento delle competenze. Il CCNL 2019-2022, attraverso

l'elevazione della figura dell'OSS non più nella categoria tecnica (ex BS, che li inquadrava come operatori tecnici sanitari) bensì verso Area delle Professioni Socio-Sanitarie che ha soppiantato l'inquadramento da operatore tecnico (poco più di un operaio generico).

I bisogni della popolazione, nel tempo, sono sempre aumentati insieme all'esplosione della spesa sanitaria, due aspetti che spingono i *decision maker* verso direzioni esattamente contrarie: da una parte l'aumento del bisogno necessiterebbe di aumento di servizi (e quindi spesa sanitarie), dall'altra parte i bilanci dello Stato non sono infiniti. Ulteriore fattore aggiuntivo, come detto in precedenza, è quello di una complicazione sempre maggiore della cura nei vari *setting*. L'OSS, per quest'ultimo motivo, nel tempo è stato anch'esso oggetto di formazione aggiuntiva rispetto alla figura nata nel 2001; infatti nel 2003 la commissione permanente tra Stato e Regioni ha permesso la formazione aggiuntiva dell'OSS (chiamato OSSS, ovvero Operatore Socio-Sanitario con formazione complementare) per conferire ulteriore supporto alla cura assistenziale. In particolare, le competenze aggiuntive riguardano la somministrazione della terapia per vie naturali (sotto attribuzione di compiti), l'esecuzione di clismi evacuativi e la medicazione di ferite semplici (a piatto).

È importante sottolineare che per l'OSSS (quindi con formazione complementare), figura normata ormai oltre venti anni fa, sono partiti pochi progetti a macchia di leopardo soprattutto in Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna con scarso esito, soprattutto in contesti privati e, comunque, presto abbandonati per diversi motivi di ordine normativo e pratico che vanno dallo scarso riconoscimento economico alla paralisi organizzativa; è difficile, infatti, cambiare un'intera organizzazione con pochissime figure riformate. Ricapitolando, quindi, l'OSS con formazione complementare non ha avuto grande successo per tre ordini di motivi:

- i. Scarso riconoscimento contrattuale: nessun CCNL ha mai previsto aumenti contrattuali per l'aggiunta di responsabilità
- ii. Scarso riconoscimento nelle organizzazioni: avendo poche unità in pochissimi contesti operativi nessuna direzione strategica ha mai pensato ad un cambiamento organizzativo rilevante
- iii. Frammentazione regionale: l'accordo Stato-Regioni del 2003 ha lasciato libere le regioni in tema di formazione e implementazione della figura causando anche scarsa mobilità interregionale.

2.4 L'Assistente Infermiere

La rivoluzione annunciata è da poco stata normata e promette di contribuire ad aumentare il livello di competenze del personale della sanità italiana. Nel 2024 e 2025, infatti, è stato normato a livello centrale la nuova progressione per l'OSS, cioè l'Assistente Infermiere.

Con l'accordo Stato-Regioni del 3 ottobre 2024 viene introdotta questa nuova figura, poi recepito con il DPCM 28 febbraio 2025, in merito ad ambiti di attività, formazione e competenze.

L'Assistente Infermiere prende uno spettro di competenze che sono proprie dell'OSS (quindi dalle mansioni domestico-alberghiere all'assistenza di base come da accordo Stato-Regioni) ma si specializza ulteriormente in *“attività attribuite dall'infermiere responsabile dell'assistenza o definite attraverso la pianificazione assistenziale, vengono svolte nell'ambito di situazioni ai bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione, al fine di assicurare adeguati livelli di risposta ai bisogni assistenziali di tipo sanitario.”*¹⁶

Il DPCM è molto preciso, anche se lascia spazi aperti ad eventuali evoluzioni future, nella definizione negli ambiti di applicabilità della figura dell'AI, di posizionamento nella gerarchia organizzativa ma anche di partecipazione ai processi di formazione e miglioramento della qualità; l'aspettativa nell'elevazione della qualificazione, quindi, è tangibile e riconosciuta. Il presente Decreto, all'art. 5, definisce in maniera chiara quali siano le competenze dell'AI attraverso la definizione di abilità minime e conoscenze essenziali nei vari ambiti di competenza: dalla rilevazione e segnalazione di PV alterati alla gestione di procedure a basso rischio e collaborazione con il team. Al momento, infine, si parla solo di rivoluzione annunciata perché, come per ogni lungo processo di aggiornamento professionale, è necessario del tempo per normare, organizzarne la formazione e successivamente assorbire la nuova figura nelle organizzazioni aziendali. Un vantaggio della presente figura rispetto all'OSS con formazione complementare è la chiarezza espressa negli allegati del DPCM, riguardo formazione, attività e ambiti di competenza; le Regioni, infatti, non hanno discrezionalità riguardo le attività della figura professionale normata e, inoltre, per l'AI era già stato prevista un'area dedicata nell'ambito del CCNL. Infine, un tema fondamentale riguarda quello della distribuzione delle responsabilità attraverso la

predisposizione di modulistica, protocollazione e adattabilità al contesto locale di una nuova figura che potrebbe aumentare l'equivoco nelle zone grigie, appunto, in tema di responsabilità professionale e quando e come applicare una delega e come esprimere il controllo di delega.

Nel prossimo capitolo verranno discussi più dettagliatamente gli ambiti di competenza e le sfide future per le organizzazioni riguardo all'inserimento di questa nuova figura per capire se, almeno a livello teorico, sarà davvero la rivoluzione annunciata oppure l'ennesimo sviluppo professionale in ambito sanitario.

3. Competenze, responsabilità ed autonomia: confronto tra le figure dell'assistenza

Una risorsa nuova, che di fatto si profila come la formazione avanzata dell'OSS, si accinge a cambiare il panorama organizzativo delle aziende sanitarie e deve portare con sé un importante lavoro di rivoluzione organizzativa per permettere l'espressione vera della risorsa Assistente Infermiere. In un contesto di crescente complessità e cambiamento, oltre che di crisi professionale come abbiamo visto, la sfida vera non è quella del lavoratore che deve inserirsi e adattarsi con un ruolo nuovo ad un'organizzazione pressoché invariata, dinamica che rischierebbe di creare dinamiche distorte e conflitti nel team di lavoro oltre che scarso riconoscimento delle attività svolte ma deve portare con sé un cambiamento organizzativo che va dalla formazione in termini di responsabilità e team working al personale già in forze oltre che di cambiamento nella compilazione della cartella assistenziale. Si rende fondamentale, infatti, negli ambiti di collaborazione e di corresponsabilità nelle attività dover identificare esattamente ed in qualunque momento chi ha fatto cosa. La cura della salute, infatti, non essendo una catena di montaggio, si compone di atti, valutazioni, monitoraggi fondamentali per poter migliorare la traiettoria di cura del paziente; a tal proposito verranno esposti degli esempi concreti di quanto la collaborazione e la definizione di compia le attività e le certifichi sia fondamentale nella sanità del futuro, pena la frammentazione del lavoro e delle cure.

Come si è visto con lo sviluppo mancato dell'OSS, infatti, un aggiornamento normativo, non supportato dal mondo del lavoro (in primis organizzazioni sanitarie) è uno sviluppo monco e solo teorico poiché rischia di non esprimere tutte le potenzialità della nuova risorsa.

L'analisi che il presente testo si accinge a fare vuole essere un supporto per l'integrazione operativa negli ambiti ospedalieri e territoriali oltre che una analisi normativa in tema di responsabilità professionale.

Il fulcro dell'analisi sarà una rappresentazione grafica delle competenze dell'infermiere, dell'OSS e dell'AI, per aiutare a delimitare autonomie e confini, e permettere di definire quali tasks possono essere trasferiti ed in quali setting e a quali condizioni; graficamente, la stessa, avrà la forma di una tabella come matrice e per svariate attività verrà definito se l'operatore è il pianificatore, il responsabile, l'esecutore, oppure un mero esecutore (Allegato 1). La presente matrice di

responsabilità è stata costruita mettendo a confronto le normative istitutive dei diversi operatori. Per semplicità è stata esclusa la figura dell'OSSS (con formazione complementare) per scarsa rappresentatività nelle organizzazioni sanitarie.

Dopo aver delineato in maniera chiara i profili di attività e di responsabilità sulle attività assistenziali più ricorrenti si rende necessario spostare l'analisi sulla gestione dell'integrazione delle diverse figure; l'organizzazione, infatti, deve evolversi insieme all'evoluzione del panorama epidemiologico e normativo per far sì, come detto, che questa nuova risorsa possa esprimersi al meglio e non venga accantonata come con l'OSS con formazione complementare.

Essendo tale figura nata per *“fornire assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo”*¹⁶ e per collaborare *“con gli infermieri assicurando le attività sanitarie identificate (...), oltre a svolgere le attività proprie del profilo di operatore socio-sanitario”*¹⁶ è naturale che l'AI sia la naturale evoluzione dell'OSS che mantiene la condizione di subalternità rispetto alla decisionalità infermieristica oltre, però, a mantenere l'autonomia nell'ambito della propria attività precedente, ovvero quello delle mansioni domestico-alberghiere e dell'assistenza di base. La decisionalità in ambito clinico deve sempre essere standardizzata per quanto possibile, così da ridurre al minimo il rischio di errori, contenziosi ed eventuali applicazioni “fantasiose” di questa nuova figura e soprattutto che non venga utilizzata in sostituzione dell'infermiere.

4. Aspetti normativi su delega e responsabilità in ambito sanitario

Nell'ambito del lavoro in equipe, l'aspetto normativo più rilevante, ma ormai noto e ricorrente, è quello della delega. Il professionista sanitario, che sia esso medico o infermiere, nell'ambito della corresponsabilità del lavoro in equipe deve fare sempre fede ai principi, già noti, di attribuzione di compito e delega. Nella prima, molto brevemente, il compito assegnato rimane di responsabilità del delegante (configurando un mero atto esecutorio da parte del delegato) mentre nella delega le responsabilità riguardano principalmente di assegnare la risorsa giusta, l'operatore, all'attività corretta e, comunque, di supervisionare adeguatamente che l'attività venga eseguita in maniera sicura ed efficace. La responsabilità nella delega, infatti, si divide in:

- i. Culpa in eligendo: attività affidata ad un operatore non istruito o adeguatamente formato

- ii. **Culpa in vigilando:** mancanza di supervisione dell'attività affidata
- iii. **Culpa in istruendo:** mancanza di protocolli chiari o addestramento specifico sulle procedure aziendali

Va da sé che i primi due rischi riguardino direttamente il professionista delegante mentre il terzo riguarda una responsabilità del management di non aver “predisposto” un ambiente organizzativo, documentale e formativo che fosse sicuro ed efficace per la cura del paziente.

In tema di delega nell'ambito sanitario, negli ultimi anni, ci sono state una serie di sentenze della Corte di Cassazione che, pur non essendo una fonte del diritto ma grazie al proprio ruolo di “nomofilachia”, permette di interpretare e astrarre dei principi in termini di delega in sanità. In seguito, verranno pertanto richiamati alcuni degli orientamenti della giurisprudenza più recenti ed utili ad approfondire ed aggiornare il concetto di responsabilità nella delega in ambito sanitario per traslarlo nel rapporto tra infermiere e il suo assistente.

i. **Culpa in eligendo / vigilando:**

- a. **Posizione di garanzia:** l'infermiere è sempre responsabile della salute del paziente anche in caso di delega di attività al personale di supporto. In particolare, la responsabilità ricade sulla scelta dell'operatore che deve essere affidato all'attività corretta.^{17, 18}
- b. **Supervisione:** il compito dell'infermiere è quello di coordinare e controllare valutando che l'attività sia tecnicamente attuabile dall'operatore nel caso specifico (stabilità clinica del paziente e basso rischio di complicanze).¹⁹

ii. **Principio di affidamento:**

- a. L'infermiere non è un mero esecutore di ordini medici ma un professionista che deve “sindacare” la prescrizione ragionando con senso critico.^{20,21,22}
- b. Ogni membro dell'equipe può confidare nel fatto che l'altro si comporti correttamente a meno che non ci siano chiari segnali di errore o incompetenza.²³

iii. **Responsabilità organizzativa (del Management):**

- a. **Carenze organizzative in tema di personale:** la struttura sanitaria risponde con responsabilità civile, in caso di evento avverso, causato

da carenza di personale o skill-mix inadeguato (es. pochi infermieri rimpiazzati dal personale di supporto) o inadeguatezza organizzativa a tutti i livelli di management.^{21,24,25}

- b. **Carenze organizzative in tema di protocolli:** l'evento avverso avvenuto in presenza di mancanza di protocolli operativi o assegnazione inadeguata dei compiti configura una colpa organizzativa.^{25,26}

5. Aspetti economici tra le figure assistenziali nel comparto

Nelle scelte manageriali, in un contesto di contenimento della spesa causato dall'eccessivo deficit strutturale italiano, la gestione deve concentrarsi oltre che sulla qualità organizzativa, con un occhio particolare agli indicatori di processo e di esito, anche e soprattutto sull'aspetto economico; il risparmio economico, infatti, è un imperativo categorico che influenza qualsiasi scelta manageriale. Nell'ambito di tali scelte, infatti, l'implementazione di un intervento viene anticipato da una valutazione del rapporto costi/benefici per valutarne, quindi, oltre che l'efficacia anche l'efficienza. Una direzione strategica avveduta, però, oltre a valutare il costo immediato di un intervento deve valutare anche eventuali ritorni futuri. Per esempio, il costo risparmiato sul personale per permettere di chiudere in pareggio il bilancio, può essere considerato un investimento se, nell'ambito della valutazione del piano delle performances, tale eventuale perdita sia eventualmente compensata da una riduzione del contenzioso o un miglioramento della qualità che si riscontra dalla riduzione degli esiti sfavorevoli durante l'assistenza. Nell'ambito sanitario l'investimento di capitale nella risorsa umana è considerato l'investimento tra i migliori in quanto a valore aggiunto.

Secondo le tabelle del CCNL 2022-2024 (allegati 4,5 e 6) e il calcolo finale elaborato (allegato 7) utilizzando solamente il minimo tabellare oltre le indennità fisse, per semplicità di calcolo, non considerando pertanto il resto delle indennità (es. notturne, festive, straordinari, ecc...) evidenziano alcuni aspetti.

Differenza economica: la RAL aumentata dagli oneri riflessi comporta un costo del lavoro totale per l'infermiere di € 37,226,07, per l'AI di € 34.740,96 e per l'OSS di € 32.127,73. Lo scarto (allegato 8), quindi, per ogni aumento livello nelle aree è di circa €2.500. In ottica di aumento della qualità del lavoro, elevazione e valorizzazione delle

risorse, che presumibilmente si potranno ripercuotere su una riduzione dei costi dati dalla migliore assistenza, lo scarto è talmente minimo che, ogni direzione strategica avveduta dovrebbe “buttarsi” nella riqualificazione della maggior parte del personale di supporto per impiegarlo nell’assistenza di qualità (secondo le proprie esigenze).

Per parlare di bilanci del personale “totali” si prendono ad esempio due aziende:

i. AUSL di Reggio Emilia – IRCCS S. M. Nuova

Nell’anno 2024 (grazie ai dati ufficiali rilevati dal PIAO) il personale infermieristico nell’AUSL di Reggio Emilia supera di poco le 2.500 unità mentre gli OSS superano di poco le 650 unità per una spesa media per singola figura professionale rispettivamente di circa € 35.000 e €25.000. Gli OSS, in particolare, danno vita ad una spesa di bilancio totale di quasi € 22.000.000; se si ipotizzasse una riqualificazione del 50% del personale (con un aumento di €5.000, facendo la metà dello scarto tra le spese medie tra Infermiere e OSS) in Assistenti Infermiere l’aumento sarebbe di circa €3.000.000, ovvero il 13,6% della spesa del personale OSS ed una parte infinitesimale del bilancio totale del personale. Per esercizio di stile la variazione sul totale della spesa del personale sarebbe dello 0,7% (3 MLN su 416 MLN).²⁷

ii. AUSL di Modena

Nell’anno 2024 (grazie ai dati ufficiali rilevati dal PIAO) il personale infermieristico a tempo indeterminato nell’AUSL di Modena è di circa 2.100 unità per una spesa di bilancio di oltre €57.500.000 mentre gli OSS superano di poco le 550 unità per una spesa totale di quasi €11.500.000. Se si ipotizzasse una riqualificazione del 50% del personale OSS (con un aumento calcolato empiricamente di circa €6.000, facendo la metà dello scarto tra le spese medie tra Infermiere e OSS) in Assistenti Infermiere l’aumento sarebbe di circa €1.350.000, ovvero poco meno del 10% della spesa del personale OSS ed una parte infinitesimale del bilancio totale del personale. La variazione sul totale della spesa del personale sarebbe dello 0,8% (1,35 MLN su 156 MLN).²⁸

Da notare che il calcolo teorico eseguito sulla base dei numeri del CCNL sono puramente teorici a causa della mancanza di dati sulla gestione straordinari ed altre

voci stipendiali a differenza del calcolo eseguito nelle due aziende emiliane che permette di eseguire un calcolo del bilancio consuntivo (quindi reale), aggiornato ai dati più recenti pubblicati.

La precedente analisi ed elencazione di numeri permette di evidenziare due aspetti: da una parte l'investimento economico è centesimale (rispetto al bilancio del personale) permettendo però di progettare un'organizzazione moderna e più sicura, oltre che un aumento di qualità in ambito assistenziale (e su NSO se utilizzati); ma soprattutto nell'ottica, come già ribadito, di liberare l'infermiere per attività di cura più attente e ad alto "ritorno". Il risparmio per ogni unità di AI, infatti, è stimato di circa €5.000 per ogni unità; risparmi che rischiano di essere polverizzati in caso di contenzioso qualora si peggiorasse la qualità del servizio. L'investimento minimo può avere un ritorno enorme in termini di responsabilità solo nel caso in cui si migliori davvero la qualità delle cure e il livello di rischio investendo in protocolli di sicurezza; i costi legali relativi ad una cattiva gestione della delega dell'AI rischia di annullare qualsiasi risparmio economico.

L'altro aspetto permette di evidenziare come lo scarto tra le varie figure, seppur con differenze sostanziali in termini di requisiti di accesso (laurea VS corso professionale) e di responsabilità (colpa grave per gli infermieri versus poche responsabilità per AI e OSS), sia minimo andando a causare, come stiamo vedendo, una enorme crisi professionale per gli infermieri.

Per richiamare un passaggio storico, che però sembra che sia nuovamente attuale, con l'abolizione del mansionario, gli infermieri, ottennero un riconoscimento sostanzioso nel periodo 1999-2000; aumento che causò un aumento non indifferente delle iscrizioni ai corsi per infermieri.²⁹

6. Position Statement dei principali stakeholder: Il dibattito tra necessità operativa, opportunità e rischio di regressione

Dopo aver analizzato le caratteristiche principali ed eventuali criticità della nuova figura di Assistente Infermiere, oltre al rapido sguardo internazionale, interessante diventa evidenziare le posizioni dei principali Stakeholder nel panorama italiano. Il successo, infatti, riguardo all'implementazione dell'AI può essere fortemente influenzato dalla valorizzazione in termini anche economici e strategici. Escludendo Governo e Ministero che hanno spinto tanto per questa riforma e che si dicono,

ovviamente, estremamente favorevoli si proseguirà con l'analisi delle posizioni di diversi enti.

In primis, FNOPI, per tramite della presidente Barbara Mangiacavalli si dice soddisfatta della riforma che permette di poter liberare tempo degli infermieri per le mansioni di base e poter specializzare gli infermieri in aree strategiche per poter dare ulteriore contributo al SSN.

I sindacati, invece, sono divisi in tre posizioni:

- i. CGIL, CISL, UIL: i sindacati generalisti sono tendenzialmente contrari all'introduzione dell'AI per il rischio di soluzioni "tappabuchi" e fantasiose oltre che di scarsa valorizzazione contrattuale (quindi soprattutto economica).
- ii. NursInd: la posizione del NursInd è non oppositiva ma di attesa nel vedere come verrà spesa questa figura, in particolare nel rapporto con l'infermiere e nell'utilizzo reale della risorsa. Esso rimane, pertanto, in vigile attesa.
- iii. Nursing UP: il Nursing UP risulta totalmente critico ed in perfetta opposizione riguardo l'introduzione dell'AI. In particolare, vengono evidenziati il rischio di delega e supervisione oltre che di denuncia di misura alternativa e tampone riguardo la carenza cronica di infermieri.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, che ha attivamente lavorato alla costituzione di questa figura, per tramite di Raffaele Donini si dice fortemente favorevole grazie alla possibilità di dare risposte sempre più adeguate ai territori sguarniti di professionisti.

Diversi altri esperti e analisti come il Prof. Cavicchi, Annalisa Silvestro ed altri sono molto critici in quanto non vedono una vera e propria libertà per la progressione di carriera dell'infermiere ma un bisogno di risparmio di aziende pubbliche e private.

7. Contesto internazionale: il sistema britannico

La riforma dell'Assistente Infermiere non è stata "inventata" nel contesto italiano ma è stato "preso in prestito" dal contesto britannico; infatti, il "padre" della figura dell'AI è il *Nurse Assistant* (NA). La Gran Bretagna ha introdotto questa nuova figura nella seconda metà degli anni '10 per creare una figura "ponte" finalizzata a creare una figura ponte tra la forma mentis prestazionale degli operatori di supporto (gli *Health Care Assistants*, HCA) e la forma mentis per un'assistenza globale degli infermieri

(Registered Nurses, RN). Inoltre, a causa della grossa carenza di infermieri (probabilmente aggravata dai rimpatri successivi al referendum della Brexit), le politiche sanitarie hanno cercato di differenziare l'offerta infermieristica avvicinando molti assistenti di base (HCA, gli OSS italiani) verso una formazione aggiuntiva che potesse servire da trampolino di lancio verso una carriera, appunto, infermieristica. Mentre gli HCA non possono registrarsi all'ordine degli infermieri britannico, i NA condividono con i RN anche l'iscrizione al Nursing and Midwifery Council (NMC), l'equivalente della FNOPI italiana.

Il percorso di inserimento del NA in Gran Bretagna è stato graduale e, soprattutto, progettato dopo una consultazione dei professionisti.

I report condotti successivamente all'inserimento del NA hanno riscontrato due ordini di risposte: da una parte professionisti, dirigenti e formatori hanno riscontrato un miglior clima organizzativo, assistenza migliorata e più focalizzata sulla cura del paziente piuttosto che sui compiti mentre dall'altra parte ci sono stati dei problemi iniziali di infermieri che non hanno accettato l'introduzione di tale figura in quanto minaccia al proprio operato e diversi NA frustrati perché sottoutilizzati come risorsa (delegando attività come se fossero ancora degli HCA). Inoltre, alcuni confini sulla delega non sono stati inizialmente molto chiari e definiti creando confusione su regole e ruoli; questo è un aspetto fondamentale da aggredire in termini strategici e operativi puntando su formazione e "*change management*".

A livello puramente gestionale diversi punti fondamentali come miglioramento delle cure (attraverso la valutazione di NSO) e risparmio sui costi non è ancora stato valutato e non ci sono confronti diretti in nessun tipo di reportistica.^{30,31}

8. Le sfide manageriali

Le sfide manageriali nell'ambito di utilizzo dell'AI saranno appunto capire come standardizzare il processo decisionale di delega / attribuzione di compito da parte dell'infermiere oltre che di stabilire a monte dove possa operare l'AI e dove no; tutto questo è necessario per mappare in anticipo dove il suo apporto è sicuro ed efficiente. I risultati dello studio RUN4CAST hanno permesso di accertare e sottolineare come la qualità dell'assistenza migliori gli esiti quando ci sia un adeguato rapporto pazienti/infermieri e che gli esiti di mortalità migliorino quando il tasso si riferisce ad infermieri laureati: questi risultati permettono di fare un doppio ragionamento su due

aspetti per le organizzazioni sanitarie nell'inserimento e gestione dell'AI nel panorama del SSN. Il primo riguarda l'attenzione a non credere che l'AI sia un piccolo infermiere o possa rappresentarne un suo sostituto in caso di carenza del personale e il secondo, riguarda invece, la possibilità, di liberare la risorsa tempo dell'infermiere per indirizzare l'assistenza su attività a maggior valore aggiunto.³²

A tal proposito, si propongono due ordini di soluzioni che vadano a stabilire in quali setting e su quali pazienti l'AI possa essere impiegato con il miglior rapporto costo/beneficio:

- i. Mappatura del contesto aziendale attraverso la stratificazione della criticità / carico di lavoro del setting
- ii. Costruzione di un algoritmo che possa definire chiaramente quali attività siano delegabili.

8.1 Stratificazione della criticità del setting

Una prima valutazione per l'applicazione della figura da parte del management nel contesto operativo riguarda la decisione di quali contesti possano essere adatti per l'AI e quali no.

Come regola generale i contesti territoriale ed assistenziale permettono sempre una maggiore spendibilità dell'operatore; infatti, l'AI sarà meglio spendibile in contesti, appunto, di stabilità clinica e cronicità.

Il contesto ospedaliero, paradossalmente, risulta molto più eterogeneo e, in quanto tale, deve essere meglio protocollato.

Un primo elemento escludente riguarda tutte le aree della criticità: qualsiasi Unità Operativa (di seguito, UO) afferente al dipartimento di cure intensive deve essere escluso, almeno inizialmente, dall'inserimento della figura; unica eccezione può essere l'UO di Pronto Soccorso dove, in alcuni momenti di criticità e in ambulatori dedicati alle criticità minori, l'AI può contribuire ad aumentare l'offerta e liberare l'Infermiere per attività a maggiore complessità / criticità.

Nelle UO di acuzie l'AI può essere introdotto ma, dapprima, utilizzando almeno uno strumento di criticità clinica e assistenziale e, dopo aver mappato per intero le UO di accesso per l'AI, definire quale sia lo skill-mix ottimale.

Le scale di valutazione proposte nel presente elaborato sono:

- NEWS2: riguardo la stabilità clinica di un paziente
- ICA: riguardo il carico assistenziale

Grazie alla doppia valutazione è possibile intersecare i due dati e ragionare non solo in termini di accesso al contesto operativo della figura AI ma anche di poterne quantificare l'assegnazione alla singola UO e deciderne l'assegnazione in base alle priorità aziendali.

L'algoritmo decisionale per l'assegnazione nei contesti operativi è riportato nell'allegato 2.

8.2 Algoritmo di attribuzione tasks

Come ben noto ogni contesto operativo, anche quello meno critico (o, per inverso, più stabile in assoluto) può presentare dei momenti di instabilità temporanea o riacutizzazione della patologia cronica; infatti, statisticamente in qualsiasi contesto può verificarsi un evento che si discosti più o meno dalla media. In tale contesto l'infermiere deve essere orientato a gestire in maniera operativa l'intera assistenza del singolo paziente critico, nonostante il setting di bassa criticità.

Per fare un parallelismo può essere utile un algoritmo decisionale, come per i protocolli di sicurezza in farmacoterapia “delle 9G”³³, da percorrere mentalmente come processo di controllo da parte dell'infermiere per stabilire quale task può essere delegato / attribuito all'AI e quale, invece, dover operare personalmente.

Per la costruzione dell'algoritmo decisionale proposto, si è fatto riferimento al National Delegation Framework (NCSBN/ANA)³⁴, adattandolo alle specificità normative italiane introdotte dal DPCM 28 febbraio 2025 e semplificandolo per una pratica operativa più snella.

L'algoritmo è riportato nella tabella dell'allegato 3.

Conclusioni

La storia dell'assistenza è stata mutevole nel corso dei secoli; oggi, però, il progresso tecnologico hanno enormemente accelerato la necessità di cambiamenti che, per mantenere un SSN all'avanguardia, devono avvenire sempre più velocemente. La professione infermieristica, comunque, è sempre stata pioniera del cambiamento nell'assistenza.

Come già visto nell'esperienza britannica, però, inserire una nuova figura professionale non porta necessariamente a maggiore efficacia o efficienza; infatti, l'esperienza britannica deve ancora essere valutata appieno dal punto di vista economico e della qualità; al momento ci sono valutazioni parzialmente positive in ambito di qualità del clima lavorativo. Il progetto italiano, però, può fare tesoro da chi ha già iniziato con un decennio di anticipo e ha già presentato benefici e criticità nella gestione della risorsa e del suo inserimento.

Il presente lavoro vuole presentare un possibile modello operativo a supporto del management che permetta di poter integrare l'Assistente Infermiere nel panorama del SSN nei più svariati setting. Nel pensare un modello, che possa essere scalabile, si è cercato di tenere conto della responsabilità a tutti i livelli: la responsabilità gestionale del management, la responsabilità del personale infermieristico e il rapporto della delega con il personale delegato. Le condizioni in cui versa il SSN sono di piena crisi a causa diversi fattori: su tutti il bilanciamento tra l'aumento inevitabile di prestazioni e necessità di cura in una popolazione sempre più anziana e complessa (e quindi dei costi ad essi correlati), l'aumento della qualità dell'offerta e la crisi della professione infermieristica che sembra aggravarsi per i prossimi decenni.

Il modello pensato non è altro che la standardizzazione del processo di assegnazione delle risorse nelle UO attraverso scale già validate per la stabilità clinica (NEWS2) la valutazione del carico assistenziale (ICA) per stratificare la popolazione afferente ad un certo contesto operativo; oltre un algoritmo esemplificativo per decidere quali tasks, all'interno dell'assistenza operativa di UO, possano essere delegati (o attribuiti) seguendo i criteri del "*Five Rights of Nursing Delegation*"³⁴. Tale modello viene reputato dal tesista come scalabile e modificabile con ulteriori strumenti che ogni direzione strategica potrà decidere di sostituire e/o integrare in base alle caratteristiche del contesto.

L'analisi condotta nel presente elaborato dimostra che l'Assistente Infermiere non può essere considerato una "scialuppa di salvataggio" per la carenza organica, ma deve essere gestito come una leva strategica ad alto rischio. I dati economici evidenziano un risparmio marginale sul costo aziendale (circa il 7-10% rispetto all'infermiere laureato), una cifra che non giustifica l'assunzione del rischio clinico se non supportata da una rigorosa revisione dei modelli organizzativi. In assenza di protocolli certi e di una formazione specifica dei coordinatori alla supervisione, infatti, il rischio è di polverizzare il risparmio economico in contenziosi legali e degenze prolungate; occorre infatti impiegare l'infermiere in attività di cura più attente per prevenire le cosiddette "*Nursing Missed Care*" e migliorare la qualità assistenziale (anche attraverso, come già citato, i NSO).

L'Assistente Infermiere è un investimento in efficienza solo se permette all'infermiere di recuperare tempo per la pianificazione e l'educazione terapeutica, ovvero le attività ad alto valore aggiunto che garantiscono la sostenibilità reale del sistema.

Il percorso di ufficializzazione dell'AI nel panorama del SSN è ancora lungo: si dovrà attendere, infatti, la contrattualizzazione nel prossimo CCNL per poter inserire questa nuova figura nel contesto del SSN riqualificando gli OSS che vorranno aderire al futuro percorso di crescita professionale; parallelamente, le organizzazioni dovrebbero cominciare con il processo di stratificazione e valutazione dei contesti operativi nei quali poter inserire, in via prioritaria, i nuovi Assistenti Infermieri.

Bibliografia

1. N. Cartabellotta. *8° Rapporto GIMBE Sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE.*; 2025. Accessed March 10, 2026. https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/8_Rapporto_GIMBE_SSN_PDF.pdf
2. Lorena M. *REPORT 2025 - IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - AGENAS.*; 2025. Accessed March 11, 2026. www.agenas.gov.it
3. M. Mercuri, G. Cotichelli. L'Infermieristica come prassi in dialogo con Medicina, Filosofia e Storia. *I Quad di Lett della Fac.* 2019;4. <https://letteredallafacolta.univpm.it/wp-content/uploads/2019/05/QUADERNO-4-NUMERO-COMPLETO.pdf>
4. Etimo.it - Etimologia della parola "Infimus." <https://www.etimo.it/?term=infermo>
5. *LEGGE 18 Marzo 1926, n. 562 (GU n.102 Del 03-05-1926).*; 1926. Accessed March 9, 2026. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1926-03-18;562>
6. REGIO DECRETO 2 maggio 1940, n. 1310 - (GU n.225 del 25-09-1940). Published 1940. Accessed March 9, 2026. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:regio.decreto:1940-05-02;1310>
7. *DPR 14 Marzo 1974, n. 225 - (GU Serie Generale n.157 Del 18-06-1974).*; 1974. Accessed March 9, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1974/06/18/074U0225/sg>
8. *LEGGE 25 Febbraio 1971, n. 124 - (GU Serie Generale n.83 Del 03-04-1971).* Accessed March 9, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1971/04/03/071U0124/sg>
9. *DECRETO 14 Settembre 1994, n. 739 - Profilo Professionale Dell'Infermiere.*; 1994. Accessed March 9, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>
10. Legge 26 febbraio 1999, n. 42 - (GU Serie Generale n.50 del 02-03-1999). Published 1999. Accessed March 9, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/02/099G0092/sg>
11. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: Executive summary: A report of the American college of cardiology foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation.* 2013;128(16):1810-1852. doi:10.1161/CIR.0B013E31829E8807/FORMAT/EPUB
12. Bloom D., Cafiero ET, et al. *The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases.*; 2011. Accessed March 10, 2026. www.weforum.org/EconomicsOfNCD
13. Butler M KMMCVJCCJA, Schultz TJ. Substitution of nurses for physicians in the hospital setting for patient, process of care, and economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2026;(2). doi:10.1002/14651858.CD013616.pub2

14. Vico G. Vico, G. (1990). *Principi di scienza nuova* (A. Battistini, a cura di). Mondadori. Published online 1990.
15. PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001 - (GU Serie Generale n.91 del 19-04-2001). Accessed March 10, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/19/001A4046/sg>
16. *DPCM 28 Febbraio 2025 - (GU Serie Generale n.142 Del 21-06-2025)*. Accessed March 10, 2026. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-06-21&atto.codiceRedazionale=25A03430&elenco30giorni=false
17. *Cassazione Penale, Sez. IV, n. 5/2018*.
18. Cassazione penale Sez. IV sentenza n. 39256 del 25 settembre 2019.
19. Corte d'appello lavoro Roma sentenza n. 4374 del 11 dicembre 2024.
20. Cassazione civile Sez. III sentenza n. 7106 del 12 aprile 2016.
21. Cassazione penale Sez. IV sentenza n. 2192 del 16 gennaio 2015.
22. Cassazione penale Sez. IV sentenza n. 36554 del 21 settembre 2009.
23. Cassazione penale Sez. IV sentenza n. 30991 del 16 luglio 2015.
24. Cassazione civile Sez. III sentenza n. 16488 del 5 luglio 2017.
25. Tribunale civile Catania sentenza n. 1527 del 12 marzo 2025.
26. Cassazione penale Sez. IV sentenza n. 16132 del 28 aprile 2021.
27. Azienda USL di Reggio Emilia - Bilanci consolidati 2024 - Costo del personale. Accessed March 22, 2026. <https://apps.ausl.re.it/DocSuiteAmministrazioneTrasparente/Series.aspx?idSeries=17>
28. Dotazione organica - AUSL Modena. Bilancio consolidato - Costo del personale. Accessed March 22, 2026. <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/personale/dotazione-organica/>
29. L. Benci. L. Benci - *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. McGraw-Hill Education, 2019. In: McGraw-Hill Education, ed. 8th ed. ; 2019.
30. T. Vanson, A. Beckett. *Evaluation of Introduction of Nursing Associates Phase 1 Report for Health Education England*.; 2018. Accessed March 22, 2026. [https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Phase 1 OPM Evaluation Report \(002\).pdf](https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Phase%201%20OPM%20Evaluation%20Report%20(002).pdf)
31. Kessler I, Steils N, Samsi K, et al. *Evaluating the Introduction of the Nursing Associate Role in Health and Social Care: Interim Report/Scwru @HSCWRU 2 Acknowledgements and Disclaimer*.; 2020. Accessed March 22, 2026. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/07/We_Are_The_NHS_Action_For_us_all-updated-0608.pdf

32. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
33. Elliott M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs*. 2010;19(5):300-305. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47064
34. Barrow JM, Tiffan K, Sharma S. Five Rights of Nursing Delegation. *StatPearls*. Published online July 24, 2023. Accessed March 18, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519519/>

Allegati

Tabella 1. Matrice delle responsabilità – Elaborata dall'autore

Operatore Task / Attività	Infermiere	Assistente Infermiere (AI)	Operatore Socio-Sanitario (OSS)
Pianificazione assistenziale	P	C	A
Terapia Orale / Topica	E	E (In contesti stabili)	A
Iniezioni intramuscolari / sottocute	E	A (Su delega dell'infermiere)	X
Rilevazione parametri vitali	E (Rileva e interpreta)	E (Rileva e segnala anomalie)	E (Rileva)
Medicazioni semplici (a piatto)	P	E	C
Medicazioni complesse (ulcere / ferite chirurgiche)	P	C	X
Nutrizione enterale / parenterale	E (Monitora)	C	X
Igiene e cure domestico-alberghiere	Supervisione	C	E
Educazione terapeutica	P/E	C	X
Leggenda P: Pianifica E: Esegue in autonomia A: Esegue su attribuzione/supervisione C: Collabora X: Non coinvolto nell'attività			

Tabella 2. Algoritmo di attribuzione dell'AI nel contesto operativo - Elaborata dall'autore

	Caratteristiche	Scelta manageriale
Alta Instabilità / Alta Complessità	Pazienti critici, instabili (Terapia Intensiva, DEA).	No AI. Solo Skill-mix Infermieristico esperto.
Bassa Instabilità / Alta Complessità	Pazienti cronici, post-acute, riabilitazione, RSA (Molti task tecnici, ma parametri stabili).	Setting ideale per AI. L'AI gestisce i task tecnici, l'Infermiere coordina il piano.
Alta Instabilità / Bassa Complessità	Pazienti in osservazione breve, monitoraggio post-operatorio immediato.	Infermiere + AI. L'AI supporta, ma l'infermiere deve essere presente per il monitoraggio.
Bassa Instabilità / Bassa Complessità	Cure intermedie, lungodegenza stabilizzata.	Equipe mista con prevalenza OSS/AI. L'infermiere supervisiona a distanza o su più nuclei.

Tabella 3. Algoritmo decisionale di attribuzione del task – Rielaborazione dell'autore su base del "Five Rights of Nursing Delegation"³⁴

1. Identificazione del task: L'attività rientra tra quelle previste dal DPCM 28 febbraio 2025?			
NO	Task a carico dell'infermiere in via esclusiva	SI	Attribuzione, passa al punto 2
2. Valutazione della stabilità clinica: Il paziente è in una fase di stabilità documentata? Ci sono rischi di complicanze immediate legate alla procedura?			
NO	Task a carico dell'infermiere per monitorare la risposta clinica	SI	Attribuzione, passa al punto 3
3. Valutazione della competenza individuale: L'AI ha completato l'addestramento specifico per quel dispositivo, procedura nel contesto aziendale?			
NO	Task esegue o supervisiona a scopo formativo	SI	Attribuzione, passa al punto 4
4. Ottenimento del feedback			
L'infermiere attribuisce l'esecuzione del task in maniera condizionata (es. se la PA è sotto i 90mmHg, allertami tempestivamente!)			

Tabella 4- Retribuzione annuale prevista per le diverse aree. CCNL Sanità 2022-2024

Area	Retribuzione tabellare annuale (in €)
ELEVATA QUALIFICAZIONE	€ 34.634,49
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	€ 24.918,93
ASSISTENTI	€ 22.961,79
OPERATORI	€ 21.545,34
PERSONALE DI SUPPORTO	€ 20.419,05

Tabella 5. Indennità di specificità infermieristica annuale prevista per le diverse aree. CCNL Sanità 2022-2024

Area	Indennità annuale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	€ 1.047,48
ASSISTENTI	€ 939,24
OPERATORI	€ 880,92

Tabella 6. Indennità tutela del malato e promozione della salute annuale - CCNL Sanità 2022-2024

Area	Indennità annuale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	€ 623,64
ASSISTENTI	€ 556,80
OPERATORI	€ 522,12

Tabella 7. Reddito lordo annuale totale- Calcolato dall'autore sulla base dei dati: CCNL Sanità 2022-2024

Area	RAL annua in €	Costo per l'azienda (+40%)
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	€ 26.590,05	€ 37,226,07
ASSISTENTI	€ 24.457,83	€ 34.740,96
OPERATORI	€ 22.948,38	€ 32.127,73

Tabella 4. Scarto tra il costo annuale delle diverse figure nel comparto assistenziale

Scarto del costo aziendale tra le varie figure	Differenza annuale in €
Differenza Infermieri – OSS	€ 5.098,34
Differenza Infermieri – AI	€ 2.485,11
Differenza AI – OSS	€ 2.613,23