



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



HEALTH
SCIENCE
INTERDISCIPLINARY
CENTER
Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



RAPPORTO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Prima edizione





Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



RAPPORTO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

A cura di **Milena Vainieri e Lorenzo Taddeucci**

Prima edizione

Responsabile scientifico: Milena Vainieri

Coordinatore: Lorenzo Taddeucci

Gruppo di ricerca del laboratorio Management e Sanità e del Centro Interdipartimentale Health Science: Adriano Acciarino, Giulia Alla, Chiara Barchielli, Lorenzo Corduas, Federica Covre, Sabina De Rosis, Giuseppe Di Lorenzo, Angela Durante, Niyat Aregawi Gebremichael, Camilla Giovannini, Sofia Greganti, Alessandra Montellato, Francesca Moschetti, Francesco Noferi, Sabina Nuti, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Luca Scopis, Marzia Severino e Davide Trinchese

Gruppo tecnico Fnopi: Tonino Aceti, Nicola Draoli, Beatrice Mazzoleni, Maurizio Zega

Editing: Alessandro Bonanni e Luca Pirrotta

© Copyright 2025

ISBN: 978-8-86528-701-9

Finito di stampare nel mese di maggio 2025
dalle Edizioni Campano - Pisa

SOMMARIO

PREMESSA.....	5
PARTE PRIMA: GLI INFERMIERI IN ITALIA: PERSONALE E DIMENSIONI DI SODDISFAZIONE.....	9
I NUMERI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO IN ITALIA.....	11
SODDISFAZIONE DEGLI INFERMIERI: UN'ANALISI BASATA SULLE EVIDENZE.....	34
SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI: UN FOCUS SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA.....	55
PARTE SECONDA: L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E IL RUOLO DEGLI INFERMIERI: TRA ORGANIZZAZIONE REGIONALE E PERCEZIONI DEI CITTADINI.....	75
IL MODELLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ IN ITALIA: UN'ANALISI DOCUMENTALE.....	77
IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI E CITTADINI: FOCUS GROUP SULLA RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE E IL RUOLO INFERMIERISTICO.....	90
PARTE TERZA: IL CONTRIBUTO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL SSN ATTRAVERSO I SISTEMI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI.....	95
L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E LA PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI: COME MISURARE L'IMPATTO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL SISTEMA SANITARIO?.....	97
PARTE QUARTA: RICERCA E FORMAZIONE INFERMIERISTICA: STRUTTURA, EVOLUZIONE E CONTESTO ACCADEMICO.....	103
LA RICERCA INFERMIERISTICA: STATO DELL'ARTE.....	106
FORMAZIONE: STRUTTURA E DINAMICHE ATTUALI.....	114
CRUSCOTTO DI SINTESI.....	136
POSTFAZIONE.....	139

PREMESSA

L'evoluzione dei bisogni di salute, la crescente complessità dei percorsi assistenziali e la riorganizzazione dei servizi territoriali richiedono un ripensamento del contributo di tutte le professioni (mediche, sanitarie, infermieristiche, sociali e così via) nei processi di trasformazione del sistema sanitario. Questa fase richiede scelte e indirizzi che necessitano di una base di evidenze rigorose fondate su dati affidabili per evitare di elaborare raccomandazioni legate a percezioni e alla conoscenza parziale dei fenomeni.

In questo contesto, la FNOPI ha chiesto alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa di impostare un rapporto che possa fornire evidenze strutturate per contribuire alla costruzione di una riflessione ampia e informata sul ruolo degli infermieri all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Una base empirica solida che possa aiutare a formulare indirizzi per orientare il dibattito, le politiche e le decisioni future. Si tratta del primo tentativo strutturato di raccogliere, sistematizzare e restituire in un unico documento le principali evidenze disponibili sulla professione infermieristica in Italia, favorendo, laddove possibile, il confronto con gli altri paesi europei o il confronto fra le regioni alla luce delle sfide attuali quali, a titolo di esempio, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, la sostenibilità del sistema e l'evoluzione del ruolo dei professionisti sanitari.

Questo primo rapporto rappresenta l'esito di un anno di lavoro intenso, fatto di analisi, ricerche e momenti di confronto continuo con i referenti della FNOPI. La costruzione del documento è avvenuta in modo partecipato, con l'obiettivo di individuare il taglio più utile e rilevante per chi è chiamato a fornire degli spunti critici di riflessione sulla professione infermieristica. Sebbene gli argomenti da approfondire siano tanti, è stato necessario effettuare una selezione degli argomenti da analizzare per primi. Trattandosi del primo rapporto, la scelta è stata quella di riprodurre una fotografia dei principali numeri della professione infermieristica in Italia, evidenziandone al contempo sfide e opportunità per i prossimi anni. In questa ottica, le analisi e le riflessioni sono state raggruppate in quattro parti e una sezione conclusiva.

La prima parte propone una rassegna dei principali indicatori relativi al personale infermieristico in Italia. Attraverso gli ultimi dati disponibili si mettono in evidenza le principali differenze dell'Italia rispetto ai dati dei paesi europei. Sempre sugli indicatori monitorati a livello internazionale vengono forniti i dettagli, laddove possibile, delle regioni italiane. In questo modo si restituisce una prima panoramica del profilo anagrafico, della dotazione strutturale e del trattamento economico degli infermieri in Italia. Accanto a questi indicatori sono stati introdotti altre misure il cui confronto regionale è presente per le sole aziende sanitarie (ospedaliere o locali) pubbliche. Questi indicatori tipicamente presenti nelle politiche sanitarie sono le opportunità di carriera e gli indicatori di genere. In questa seconda parte, sono presenti anche un paio di approfondimenti su alcuni ambiti identificati dalla letteratura scientifica infermieristica

come buon esito dei sistemi sanitari: la soddisfazione degli infermieri e la soddisfazione dei pazienti. Entrambi gli approfondimenti si basano su revisioni della letteratura scientifica e rapporti di ricerca pubblicati nel periodo 2020–2024 e contenenti evidenze collegate all’assistenza infermieristica italiana.

La seconda parte si fonda su un’analisi comparata degli atti regionali che hanno recepito la riforma di riorganizzazione territoriale DM77 del 2022 sul modello organizzativo territoriale dell’infermiere di famiglia o comunità che riconosce alla professione infermieristica un ruolo rilevante. Sul modello già nel 2020 la FNOPI aveva lanciato un positioning statement in cui venivano richiamati alcuni principi chiave del modello e alcune caratteristiche, fra cui l’utilizzo della “e” invece che della “o” per evidenziare il doppio ambito di intervento (famiglia e comunità). Le riflessioni riportate in questa parte fanno riferimento all’analisi testuale e, in particolare, alle parole chiave utilizzate negli atti regionali e provinciali utilizzati per descrivere il modello dell’infermiere di famiglia o comunità per identificare i primi segnali sull’eventuale orientamento o indirizzo regionale. Accanto a questa analisi nella seconda parte è presente anche la sintesi e le raccomandazioni emerse dai risultati dei focus group condotti durante l’incontro annuale della Consulta dei pazienti e cittadini della FNOPI tenutosi a giugno.

La terza parte offre una breve riflessione sulle misure di performance dell’assistenza infermieristica e sulle misure di performance dei sistemi di valutazione in sanità. Le prime sono quelle più in uso a livello professionale mentre le altre propongono una prospettiva più generale sul funzionamento dei sistemi sanitari e il loro impatto sulla salute pubblica e sulla sostenibilità del SSN. Se per le prime vi sono numerosi esempi a livello internazionale, per le altre vi è un’ampia letteratura e tanti casi di applicazione a livello paese. Nel nostro sistema sanitario sono presenti almeno tre sistemi di valutazione della performance riconosciuti a livello sovra-regionale. Facendo leva su queste esperienze questa parte propone un modello basato su cinque dimensioni del valore (tecnico, allocativo, del paziente, del dipendente e della società) selezionando gli esempi di tipi di indicatori su cui la professione infermieristica ha un impatto diretto o anche parziale e che sono già in uso nei sistemi di valutazione della performance a livello nazionale.

La quarta parte è dedicata alla ricerca e formazione quale volano di sviluppo e crescita delle professioni e del sistema sanitario. Questa parte contiene informazioni relative alle posizioni accademiche ricoperte dagli infermieri in Italia e alcuni indicatori di produzione scientifica dei ricercatori e ricercatrici, professori e professoresse del settore di infermieristica a confronto con la media dei loro colleghi a livello internazionale. In particolare, questa parte presenta riflessioni critiche alla luce dei dati raccolti, individuando la necessità di un cambio di paradigma del sistema universitario nell’allocazione delle posizioni accademiche in relazione anche alle necessità che riguardano il Servizio Sanitario Nazionale e di Welfare in generale del nostro paese. Un altro ambito rilevante per lo sviluppo e la carriera del personale sanitario è la formazione continua e la formazione universitaria. Su questo ultimo punto, attraverso i dati di alma laurea il rapporto presenta l’evoluzione dei numeri e delle principali caratteristiche dei

laureati in infermieristica di primo e di secondo livello con analisi di dettaglio sulle scelte che i vari atenei hanno effettuato nella caratterizzazione dei crediti formativi delle lauree magistrali.

Nelle conclusioni del rapporto, come ci si aspetta dalle ricerche, soprattutto quelle condotte da organi di rappresentanza, oltre a una scheda sintetica che propone le evidenze principali ottenute dalle analisi condotte in questo anno di studio e confronto, sono presenti le raccomandazioni relative all'evoluzione della professione infermieristica e al suo contributo per l'evoluzione del SSN scritte direttamente dai rappresentanti della FNOPI.

Il rapporto adotta un approccio metodologico che integra dati secondari provenienti da fonti ufficiali e dati primari raccolti attraverso strumenti qualitativi. Questa triangolazione consente una rappresentazione affidabile e replicabile delle evidenze, nel rispetto dei principali assunti del metodo scientifico.

I contributi riportano prevalentemente le evidenze empiriche presenti su banche dati aperte – ad esempio, informazioni sulla formazione, sulla ricerca e sui numeri principali – arricchite da approfondimenti concordati con il gruppo di riferimento della FNOPI, intervenuto durante le riunioni intermedie in cui venivano presentate le evidenze raccolte via via. Per quanto riguarda gli approfondimenti basati su dati primari, questi riguardano alcuni indicatori provenienti dalle banche dati degli iscritti FNOPI, inseriti per completare il quadro sui numeri degli infermieri, per cui sono presenti anche dati dettagliate per le strutture pubbliche, sebbene non in modo strutturato e comparabile per le strutture operanti nel settore privato. Un ulteriore studio si è basato, invece, su dati raccolti da focus group condotti con la Consulta della FNOPI, finalizzati ad analizzare l'implementazione dei modelli organizzativi territoriali e il ruolo svolto dagli infermieri.

Il rapporto è concepito per essere letto seguendo l'ordine logico dei capitoli, che guidano il lettore in un percorso strutturato di analisi e riflessione sull'evoluzione e il contributo delle professioni infermieristiche. Tuttavia, grazie alla suddivisione tematica dei contenuti, esso può essere agevolmente consultato per approfondimenti mirati, a seconda delle specifiche esigenze di ricerca, di policy o di confronto. L'articolazione modulare del rapporto consente una fruizione flessibile del contenuto, rendendolo adatto sia a una lettura continuativa, che segue il filo logico della trattazione, sia a una consultazione mirata per specifici ambiti di interesse. Proprio per agevolare la selezione delle sezioni o parti da leggere, consultare o approfondire, ogni tema viene presentato attraverso una scheda iniziale riassuntiva che ne riporta gli obiettivi, la metodologia e le informazioni che possono essere ritrovate nel testo e, in un box separato anche le principali evidenze riportate in modo descrittivo.

Pur rappresentando un primo tentativo strutturato di ricomposizione e sistematizzazione delle evidenze disponibili, il rapporto non intende restituire una visione esaustiva di tutte le dimensioni che caratterizzano l'universo professionale infermieristico, né, nelle sue parti centrali, proporre soluzioni operative o indicazioni prescrittive. L'obiettivo è piuttosto quello di offrire un quadro informativo aggiornato e consolidato, in grado di supportare la riflessione e l'elaborazione di politiche basate su dati e analisi, a partire dalle principali dimensioni che definiscono

la professione infermieristica nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale.

Un ringraziamento particolare va ai componenti del gruppo tecnico della FNOPI, che hanno accompagnato l'intero percorso di analisi con attenzione, competenza e rispetto per l'autonomia scientifica del gruppo di ricerca, in particolare, a Tonino Aceti che ha commentato in modo critico i risultati in vari momenti in itinere.

Un sentito riconoscimento va anche ai ricercatori e alle ricercatrici del Laboratorio Management e Sanità e del Centro Interdisciplinare Health Science della Scuola Superiore Sant'Anna, che hanno contribuito con rigore metodologico e spirito collaborativo alla realizzazione di questo lavoro, in particolare Angela Durante e Lorenzo Taddeucci e alla rettrice, Sabina Nuti che ha supportato la ricerca in questo ambito.

PARTE PRIMA

Gli infermieri in Italia: personale e dimensioni di soddisfazione

Questa prima parte raccoglie le evidenze relative a diverse dimensioni per costruire una prima fotografia degli infermieri in Italia considerando la dotazione strutturale del personale infermieristico; il trattamento economico; le opportunità di fare carriera e la formazione universitaria. In aggiunta vengono riassunte anche le principali evidenze relative alla soddisfazione degli infermieri e degli utenti nei confronti dell'assistenza ricevuta dagli infermieri.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano rappresenta una complessa organizzazione Knowledge-Based, ovvero una realtà che si fonda sul valore della conoscenza e competenza professionale di chi vi lavora. Tra queste figure professionali, gli infermieri rappresentano circa il 40% di tutto il personale del SSN e svolgono un ruolo cruciale nel garantire l'efficacia, la continuità e la qualità delle cure. In questa parte sono riassunte le evidenze relative a diversi ambiti di analisi: la sezione anagrafica; la formazione; la soddisfazione degli infermieri e la soddisfazione degli utenti

La sezione **anagrafica** ha l'obiettivo di fornire i numeri principali relativi agli infermieri fornendo una risposta ad alcune domande di base: Quanti infermieri ci sono in Italia? Qual è la retribuzione media degli infermieri? Quali sono le opportunità di fare carriera? Qual è il posizionamento dell'Italia nel contesto Europeo? E all'interno delle Regioni italiane ci sono differenze? Le fonti dati di questa sezione sono le banche dati internazionali come l'OCSE; le banche dati nazionali come quella del Conto annuale del personale e dell'Istat oltre a verifiche svolte sulla banca dati degli iscritti FNOPI e indagini ad hoc basate sull'analisi dei siti web ufficiali delle ASL e AO pubbliche.

Numerosi studi mettono in evidenza che **il benessere dei dipendenti** è strettamente legato alla qualità dell'assistenza offerta ai pazienti, come i risultati, ad esempio, del progetto RN-4CAST. Il benessere è anche correlato ad altri indicatori che possono avere un impatto importante sull'efficienza complessiva del sistema sanitario come il turnover e la percentuale di assenza del personale. Sempre più infermieri valutano l'abbandono della professione o la ricerca di opportunità in altre realtà nazionali o all'estero aggravando il fenomeno della carenza di organico già critica. Per contrastare questa tendenza, è essenziale intervenire migliorando le condizioni lavorative di chi è già all'interno del sistema, riducendo il turnover e rendendo la professione più sostenibile e gratificante. Pertanto, conoscere i dati sulla soddisfazione lavorativa, l'intenzione di lasciare l'azienda e la professione risulta essenziale per comprendere come supportare le politiche e la gestione del personale infermieristico in Italia.

Le fonti dati utilizzate sono le evidenze di letteratura scientifica e grigia pubblicate nel pe-

riodo post-covid.

La percezione delle cure infermieristiche da parte dell'utenza ha subito un'evoluzione significativa negli ultimi decenni, passando da una visione limitata del ruolo tecnico dell'infermiere a un riconoscimento del contributo globale alla qualità dell'assistenza sanitaria, specialmente nel contesto italiano. Diversi studi hanno evidenziato come il comportamento empatico degli infermieri e la capacità di fornire supporto emotivo siano fattori chiave per migliorare la soddisfazione dei pazienti. Gli studi dimostrano che relazioni positive tra infermieri e pazienti migliorano la qualità percepita delle cure e possono ridurre il burnout tra gli infermieri, portando a una maggiore soddisfazione degli utenti.

Partendo da queste premesse, sono stati esplorati i più recenti studi condotti in Italia sulla soddisfazione e l'esperienza dei pazienti con l'assistenza fornita dal personale infermieristico. Le fonti dati sono le evidenze di letteratura nel periodo post-Covid e i risultati pubblicati nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana.

Le **evidenze principali** emerse da questa prima parte del rapporto sono:

- **Rapporto di infermieri per abitanti inferiore alla media internazionale** e variabile fra le regioni italiane nella sua componente pubblica.
- **Remunerazione** inferiore rispetto alla media europea ed **eterogenea nel territorio italiano** dovuto principalmente al **rapporto fra dirigenza e comparto**.
- **Scarsa presenza di infermieri nelle direzioni strategiche** delle aziende sanitarie.
- Circa il **50% degli infermieri è totalmente soddisfatto** del proprio lavoro. Tuttavia, emerge una forte variabilità fra setting assistenziali che va dal 25% al 70%-80%;
- Mediamente, quasi il **30% degli infermieri coinvolti negli studi pensa spesso di cambiare** lavoro o cambiare la propria unità operativa;
- **Pochi** sono gli studi che si basano su **strumenti di monitoraggio periodico** della percezione degli infermieri.
- Complessivamente gli studi analizzati mostrano un **elevato grado di soddisfazione in relazione all'assistenza infermieristica** (84%).
- La pandemia di COVID-19 ha giocato un ruolo cruciale nel migliorare il riconoscimento pubblico della professione infermieristica
- **Rilevazioni sistematiche** sulla soddisfazione dei pazienti con le cure relative all'assistenza infermieristica sono **limitate**.

I numeri del personale infermieristico in Italia

a cura di Davide Trinchese¹

La **dotazione strutturale** di un sistema sanitario rappresenta uno dei principali indicatori per valutarne l'efficienza e la capacità di rispondere alle esigenze della popolazione.

Gli indicatori utilizzati per rappresentare queste dimensioni riguardano la disponibilità di risorse umane sulla base della domanda (popolazione da coprire e numero posti letto) e la composizione del personale.

Il **trattamento economico** del personale sanitario rappresenta un elemento chiave per valutarne la valorizzazione professionale e la capacità di attrarre e mantenere competenze qualificate. Le **opportunità di carriera** per il personale rappresentano un aspetto importante per garantire la crescita professionale, la motivazione del personale e la capacità attrarre o mantenere il personale nelle organizzazioni sanitarie. Inoltre, al fine di ottenere una fotografia dettagliata della professione, è stata effettuata un'estrazione dall'Albo Nazionale della FNOPI, analizzando i dati anagrafici e descrittivi.

In tabella 1, sono riportate gli indicatori, le fonti dati utilizzate e gli anni di riferimento delle informazioni presentate nel rapporto.

Per una corretta lettura delle informazioni è rilevante prestare attenzione alle seguenti informazioni:

- Il conto annuale del personale si riferisce esclusivamente al settore pubblico; di conseguenza, alcune informazioni sono state integrate utilizzando i dati degli iscritti alla banca dati FNOPI per offrire un quadro più completo.
- I dati internazionali e nazionali non sono sempre direttamente comparabili, poiché le schede di calcolo utilizzate a livello internazionale non possono essere replicate in modo identico a livello sub-nazionale.

¹ Questa sezione è stata redatta da Davide Trinchese. L'autore ringrazia i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla raccolta ed elaborazione delle informazioni qui contenute: Lorenzo Corduas, Sofia Greganti, Niyat Aregawi Gebremichael

Tabella 1: indicatori, le fonti dati utilizzate e gli anni di riferimento delle informazioni presentate nel rapporto.

Dimensione	Indicatore	Fonte dati	Anno di riferimento
Dotazione strutturale	Media degli infermieri per 1000 abitanti	Per il livello internazionale: OCSE Health Statistics 2024 Per il livello nazionale: Conto Annuale del Personale e Banca dati FNOPI	2022
	Rapporto infermieri su medici	Per il livello internazionale: OCSE Health Statistics 2024 Per il livello nazionale: Conto Annuale del Personale Banca dati FNOPI	2022
	Indice di assenza	Conto Annuale del Personale	2022
Trattamento Economico	Retribuzione media degli infermieri	Per il livello internazionale: OCSE Health Statistics 2024 Per il livello nazionale: Conto Annuale del Personale e Banca dati FNOPI	2022
Opportunità di carriera	Rapporto comparto su dirigenti	Conto Annuale del personale	2022
	Infermieri in posizioni apicali	Analisi siti web aziende sanitarie pubbliche	2024
	Indice del soffitto di cristallo	Conto Annuale del personale	2022
Anagrafica	Percentuale di iscritti per fasce di età	Banca dati FNOPI	2024
	Percentuale di iscritti per sesso	Banca dati FNOPI	2024
	Percentuale di iscritti per Regione	Banca dati FNOPI	2024

Dotazione strutturale

Media infermieri per 1000 abitanti

Il calcolo della densità infermieristica è effettuato rapportando il numero totale di infermieri rispetto alla popolazione regionale per 1.000. L'analisi della densità di infermieri è un aspetto fondamentale per la pianificazione della forza lavoro nel settore sanitario e per garantire un adeguato livello di assistenza sanitaria alla popolazione. Monitorare questi dati nel tempo permetterà di valutare l'evoluzione del personale infermieristico e di identificare eventuali necessità di intervento. In questa analisi verranno esaminati tre aspetti distinti ma complementari. Si inizierà osservando la posizione dell'Italia a livello internazionale, per comprendere il suo ruolo nel contesto globale. Successivamente, ci si concentrerà sulla distribuzione delle risorse sanitarie all'interno del territorio nazionale, secondo i dati FNOPI. Infine, verrà approfondito il dettaglio dei professionisti del settore pubblico, per avere una visione più precisa di questa componente. Come si evince dalla Figura 1 (dati OCSE), il dato medio italiano è pari a circa 6,5 infermieri per ogni 1000 abitanti. Tale dato risulta inferiore al valore medio Europeo (8,4). Tale evidenza è confermata dai dati presentati in Figura 2 relativi agli iscritti FNOPI, ove la media risulta pari a 7,83. Analizzando i dati relativi al Conto Annuale del personale in Figura 3, si osserva che il dato medio italiano è pari a circa 4,79 infermieri per ogni 1000 abitanti. La differenza rispetto al valore medio OCSE può essere attribuita in parte al fatto che il conteggio annuale del personale include esclusivamente il personale infermieristico dipendente del settore pubblico. Tale approccio, che non considera il personale infermieristico impiegato nel settore privato, rende il valore del grafico non pienamente rappresentativo della forza lavoro complessiva. Di conseguenza, il divario con la media OCSE è in parte un risultato atteso. Inoltre, i dati mostrano una significativa variazione nel numero di infermieri per 1000 abitanti tra le Regioni italiane. La media nazionale è di 4,79, superata principalmente da Regioni del Centro-Nord come Liguria (6,3), Emilia-Romagna (6,25) e Friuli-Venezia Giulia (6,13). Al contrario, Regioni come Lombardia (3,53), Sicilia (3,54) e Campania (3,57) si trovano agli ultimi posti. Le Regioni del Sud e delle isole risultano generalmente sotto la media, evidenziando una distribuzione non uniforme del personale infermieristico nel Paese. È importante sottolineare che i dati sulla dotazione di infermieri per 1000 abitanti presentati si riferiscono esclusivamente al personale infermieristico pubblico. Tuttavia, in molte Regioni italiane, in particolare al Nord, una parte significativa degli infermieri opera nel settore privato, che non è stato incluso in questi dati. Il settore privato, che include ospedali, cliniche e strutture sanitarie private, contribuisce in modo sostanziale alla forza lavoro infermieristica, specialmente nelle Regioni con una maggiore presenza di strutture private, come la Lombardia, dove la dotazione di infermieri per 1000 abitanti nel settore pubblico risulta più bassa rispetto ad altre Regioni. Se si considerasse anche il personale infermieristico impiegato nel settore privato, il dato complessivo potrebbe essere sensibilmente più alto, riducendo le disuguaglianze regionali. Il dato elaborato dal Conto Annuale del personale risulta pertanto inferiore rispetto al dato OCSE essendo circunscritto alle aziende presenti all'interno del conto e considerando solamente il settore pubblico.

Figura 1: Rielaborazione media infermieri per 1000 abitanti, dati OCSE Health Statistics 2024.

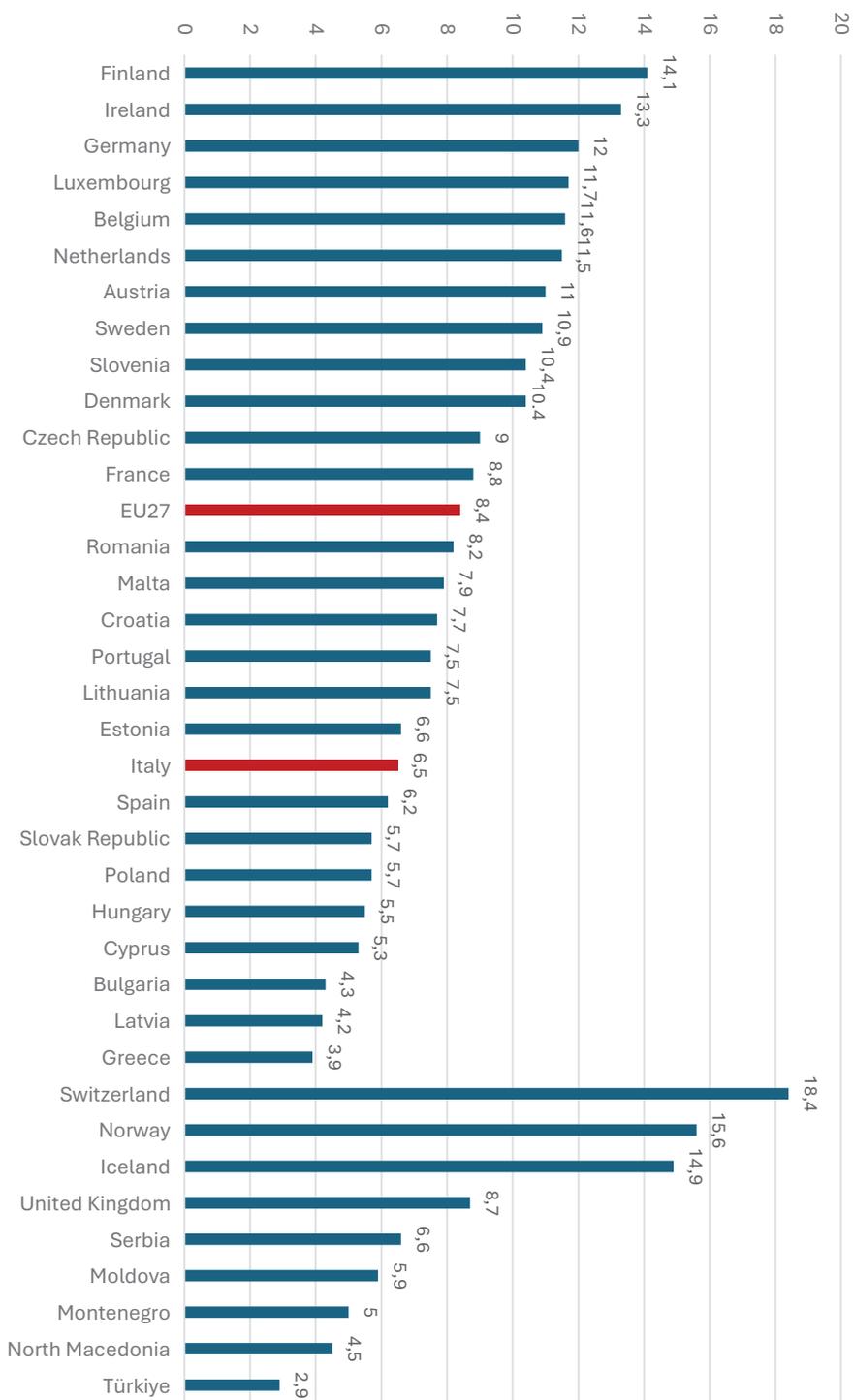


Figura 2: Media infermieri per 1000 abitanti, dati FNOPI

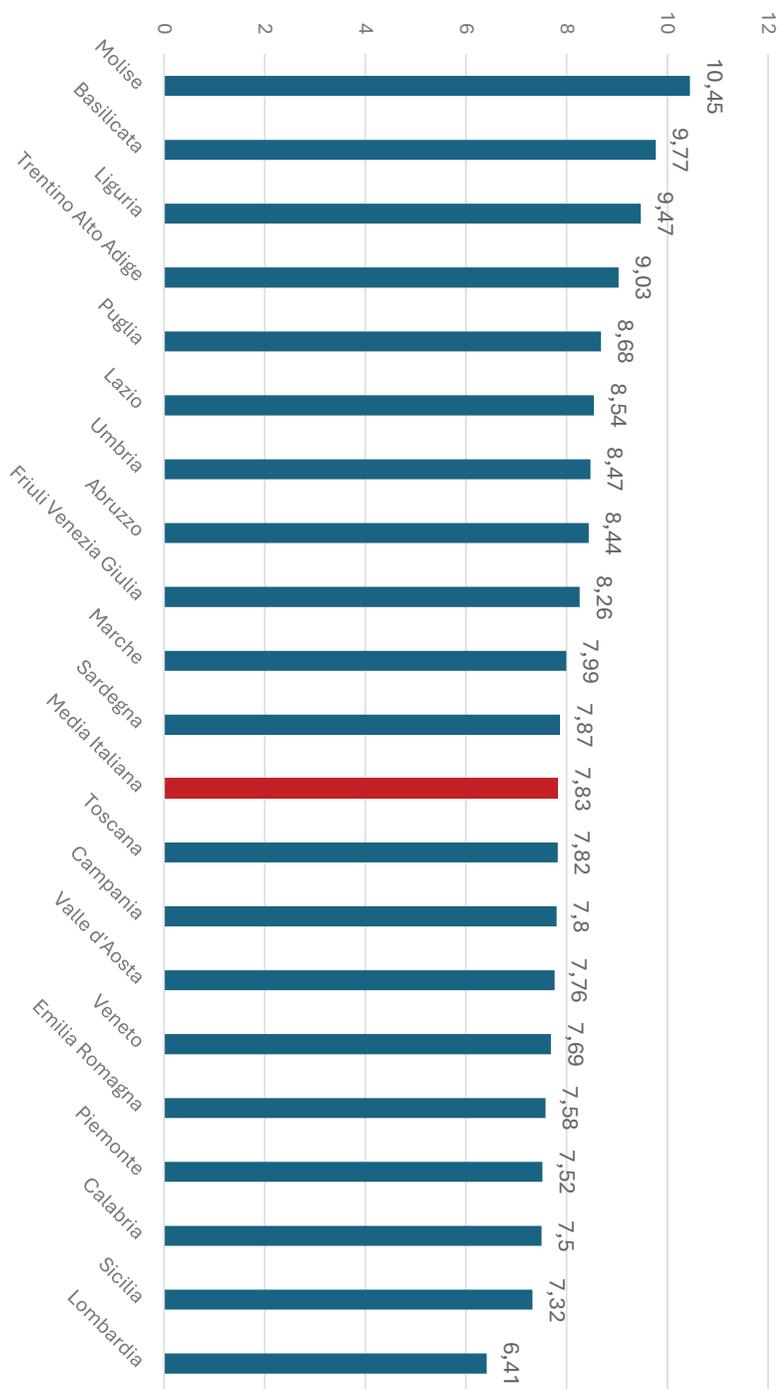
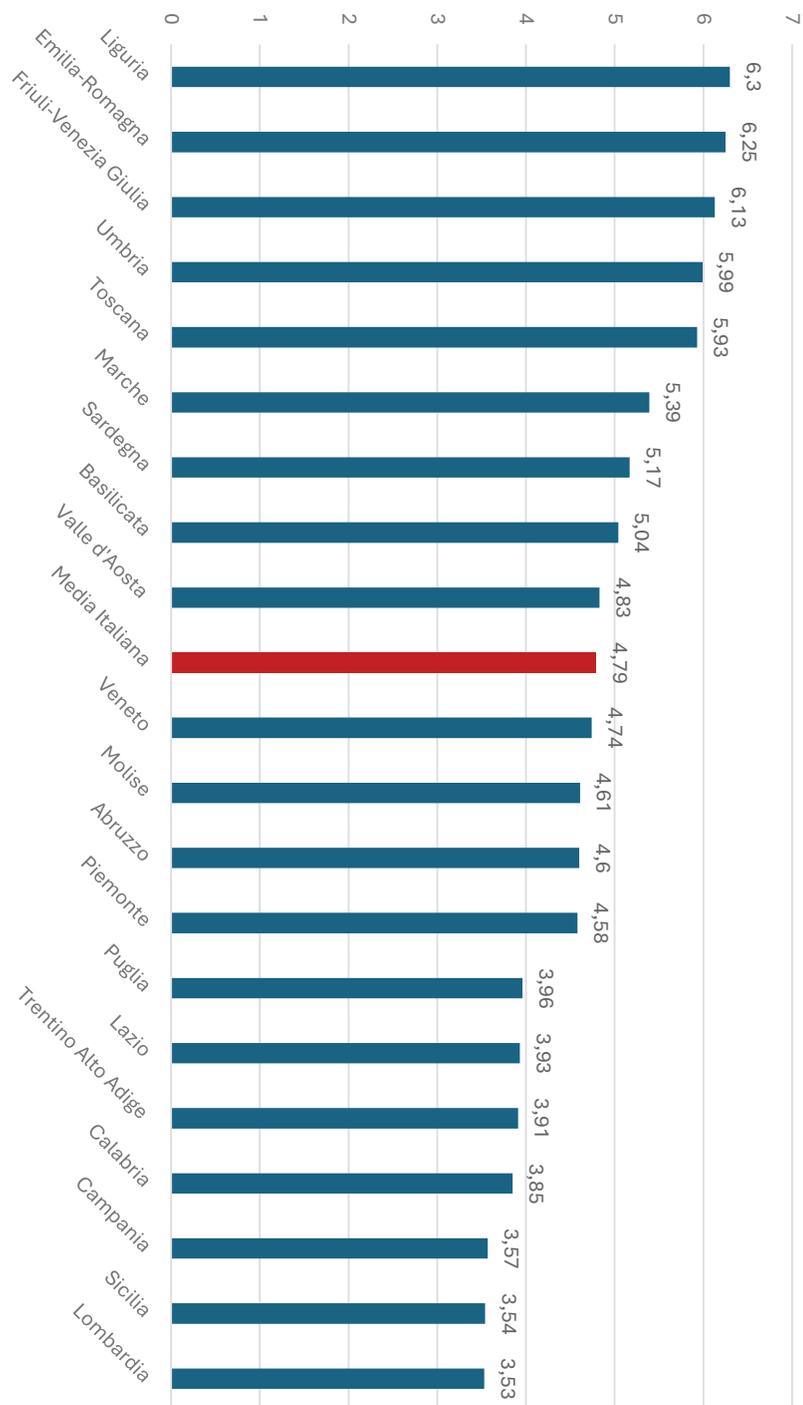


Figura 3: Media infermieri per 1000 abitanti, dati Conto Annuale del personale 2022



Rapporto infermieri su medici

Il calcolo di questo indicatore è effettuato rapportando il numero totale di medici rispetto al numero totale di infermieri per Regione. Come mostrato in Figura 4, sulla base della elaborazione OCSE tale dato è mediamente pari a 1,5, al di sotto dato medio OCSE 2024 pari a 2,2. Il rapporto tra infermieri e medici elaborato dai dati del Conto Annuale del personale nelle diverse Regioni italiane evidenzia significative variazioni, riflettendo le diverse realtà organizzative e di distribuzione delle risorse sanitarie. Dall'analisi mediante Conto Annuale del personale, (Figura 5) il valore medio italiano è pari a 2,48, con alcune Regioni che si posizionano sopra questa media, dimostrando una maggiore disponibilità di personale infermieristico in relazione ai medici.

Tra le Regioni con i rapporti più alti troviamo il Molise, che registra il valore più elevato con 3,19, seguito dal Veneto (2,96) e dall'Emilia-Romagna (2,95). Questi territori presentano una maggiore dotazione di infermieri rispetto ai medici, indicando una capacità potenziale di offrire cure più assistenziali e personalizzate.

Anche la Liguria (2,84) e il Friuli-Venezia Giulia (2,77) si distinguono per valori superiori alla media, confermando una tendenza a investire maggiormente sul personale infermieristico. In una posizione intermedia troviamo Regioni come la Basilicata (2,74), le Marche (2,65), e l'Umbria (2,62), che mostrano comunque una dotazione adeguata, vicina ai valori delle Regioni più virtuose. Anche il Lazio (2,53) e la Toscana (2,50) mantengono valori superiori alla media nazionale, posizionandosi bene in termini di rapporto infermieri-medici. Diverse Regioni del Nord e del Sud si attestano leggermente sotto la media. Il Piemonte (2,46), la Puglia (2,38) e la Lombardia (2,36) registrano valori di poco inferiori, segnalando comunque una situazione complessivamente equilibrata. Il Trentino-Alto Adige, invece, con un rapporto di 2,25, si colloca più distante dalla media nazionale. Infine, tra le Regioni con i valori più bassi troviamo la Campania (2,19), l'Abruzzo (2,18), la Calabria (2,10), la Sardegna (2,05), e la Valle d'Aosta (2,03) e Sicilia, con un rapporto di 1,90. Si evidenzia in generale un minor numero di infermieri rispetto alla media europea.

La differenza tra i dati OCSE e quelli italiani può essere spiegata considerando che in Italia nel conteggio degli infermieri, si fa riferimento principalmente al settore pubblico, mentre i dati OCSE includono sia il settore pubblico che quello privato caratterizzato anche da strutture sanitarie e sociosanitarie a gestione privata o no profit (come, ad esempio, le strutture per la long term care).

La Figura 5 mostra dati italiani superiori alla media europea (contrariamente al dato precedente) segnalando che l'intensità assistenziale infermieristica rilevata dal Conto Annuale del personale è maggiore rispetto alla media complessiva che include anche il privato.

Figura 4: Rielaborazione rapporto infermieri/medici, dati OCSE Health Statistics 2024

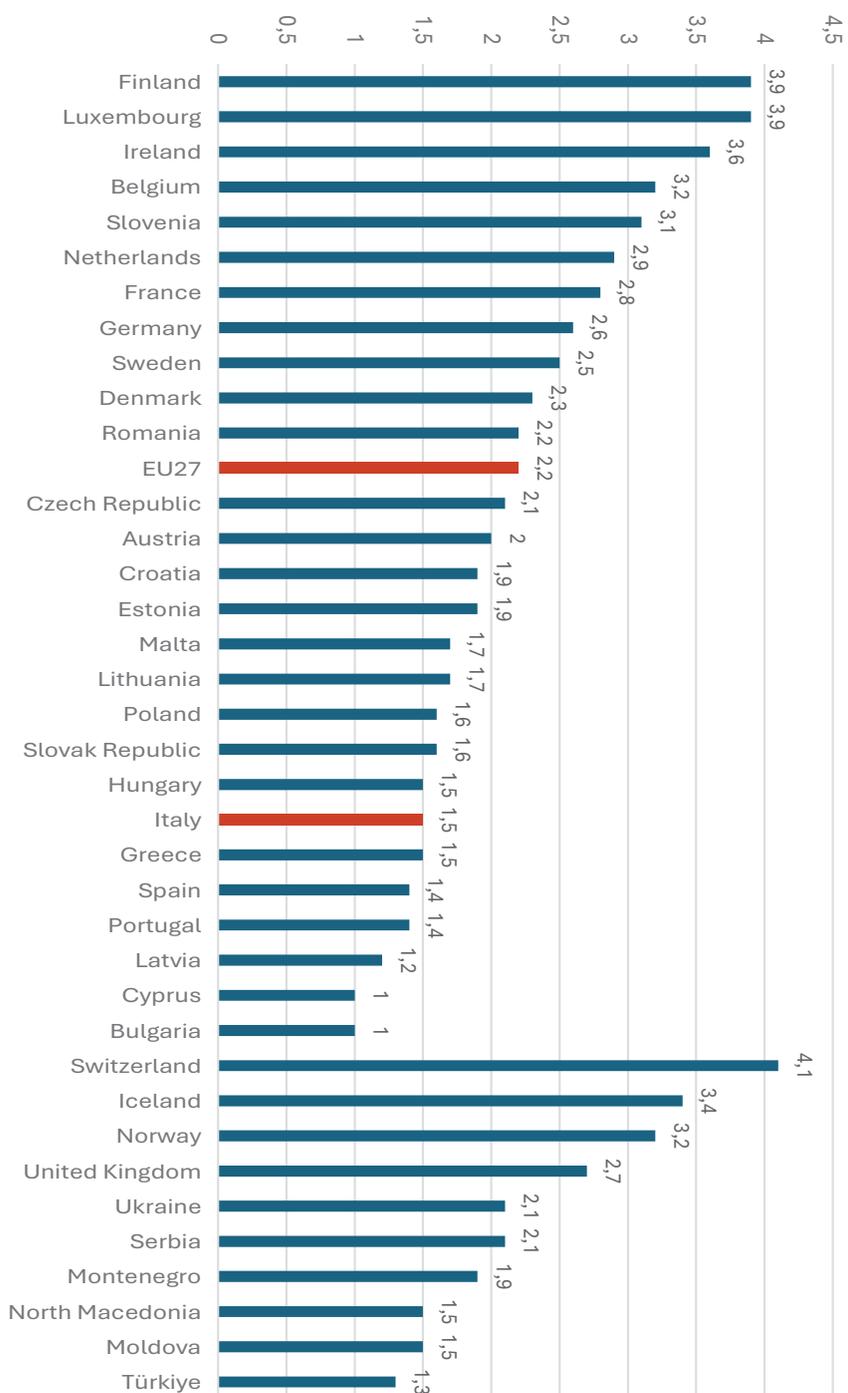
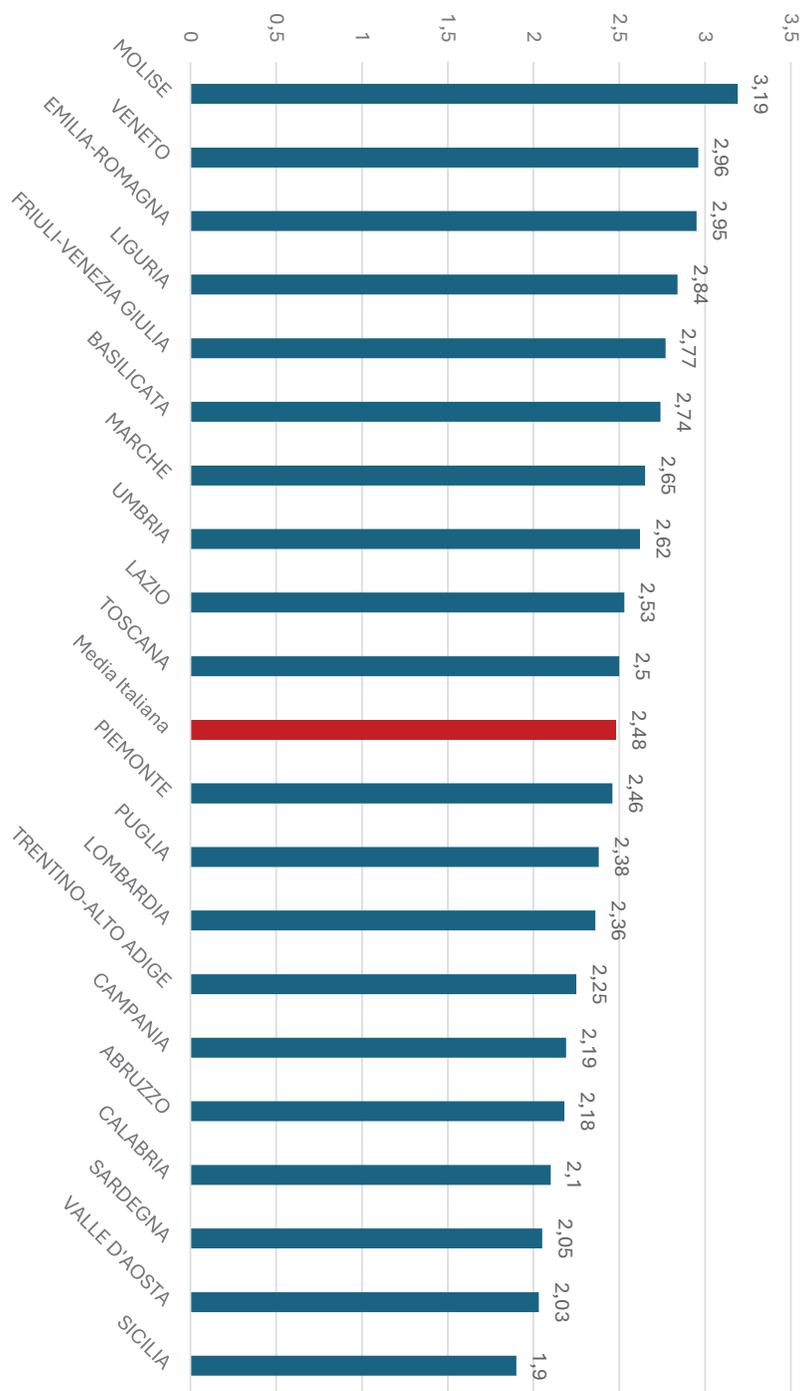


Figura 5: Rapporto infermieri/medici, dati Conto Annuale del personale 2022



Percentuale di assenza del personale infermieristico

L'indicatore relativo alla percentuale di assenza del personale infermieristico dal posto di lavoro è un indicatore molteplici che può essere interpretato come una proxy del clima interno aziendale, fornendo informazioni indirette sulle condizioni lavorative e sulla soddisfazione del personale ma è anche un indicatore importante per supportare la programmazione delle attività all'interno delle aziende. Il calcolo di tale indicatore avviene tramite il rapporto tra le giornate di assenza per vari motivi (malattia retribuita, congedi retribuiti ai sensi del D.Lgs. 151/2001 e della L. 104/1992, maternità, congedo parentale, malattia dei figli, altri permessi ed assenze retribuite, scioperi e altre assenze non retribuite) e il numero di giornate lavorabili, al netto delle ferie godute.

Il dato così ottenuto offre una misura dell'assenza e può essere utile per monitorare eventuali problematiche all'interno delle strutture sanitarie, sia per quanto riguarda il benessere dei dipendenti che la loro motivazione. A livello nazionale, il valore medio di questo indicatore è pari al 16,23 %, un dato che suggerisce un livello di assenza che potrebbe essere considerato nella norma per il settore.

Tuttavia, i dati regionali evidenziano una significativa variabilità, con alcune aree che mostrano percentuali di assenza nettamente superiori alla media, mentre altre si collocano al di sotto. Tra le regioni con i valori più elevati, troviamo Calabria, Liguria, Puglia e Valle d'Aosta entrambe con il 19%, seguite dalla Campania, che registra valori pari al 18%. Questi risultati suggeriscono che in alcune regioni potrebbe esserci una maggiore difficoltà nel mantenere il personale presente sul posto di lavoro, o forse un maggiore ricorso a permessi e congedi. Al contrario, Veneto, Molise, Abruzzo e Trentino-Alto Adige registrano valori pari al 13%.

Questi dati regionali evidenziano come l'assenza nel settore infermieristico sia influenzato da diversi fattori, tra cui le politiche locali, le condizioni di lavoro e la cultura aziendale nelle diverse strutture sanitarie. Le regioni con percentuali di assenza più elevate potrebbero trovarsi ad affrontare sfide specifiche legate al benessere del personale, alla gestione delle risorse e alla motivazione dei dipendenti. Al contrario, le regioni con valori più bassi potrebbero aver implementato politiche di gestione delle risorse umane più efficaci, con un maggiore sostegno al personale e condizioni di lavoro migliori.

Infine, in tabella 2, riporta la simulazione del numero di *Full Time Equivalent* (FTE) potenzialmente recuperabili nel caso in cui le regioni fossero in ottenere una percentuale di assenza pari alla media nazionale o alla regione con la percentuale più bassa (*best performer*).

Figura 6: Indice assenza del personale infermieristico, dati Conto Annuale del personale 2022

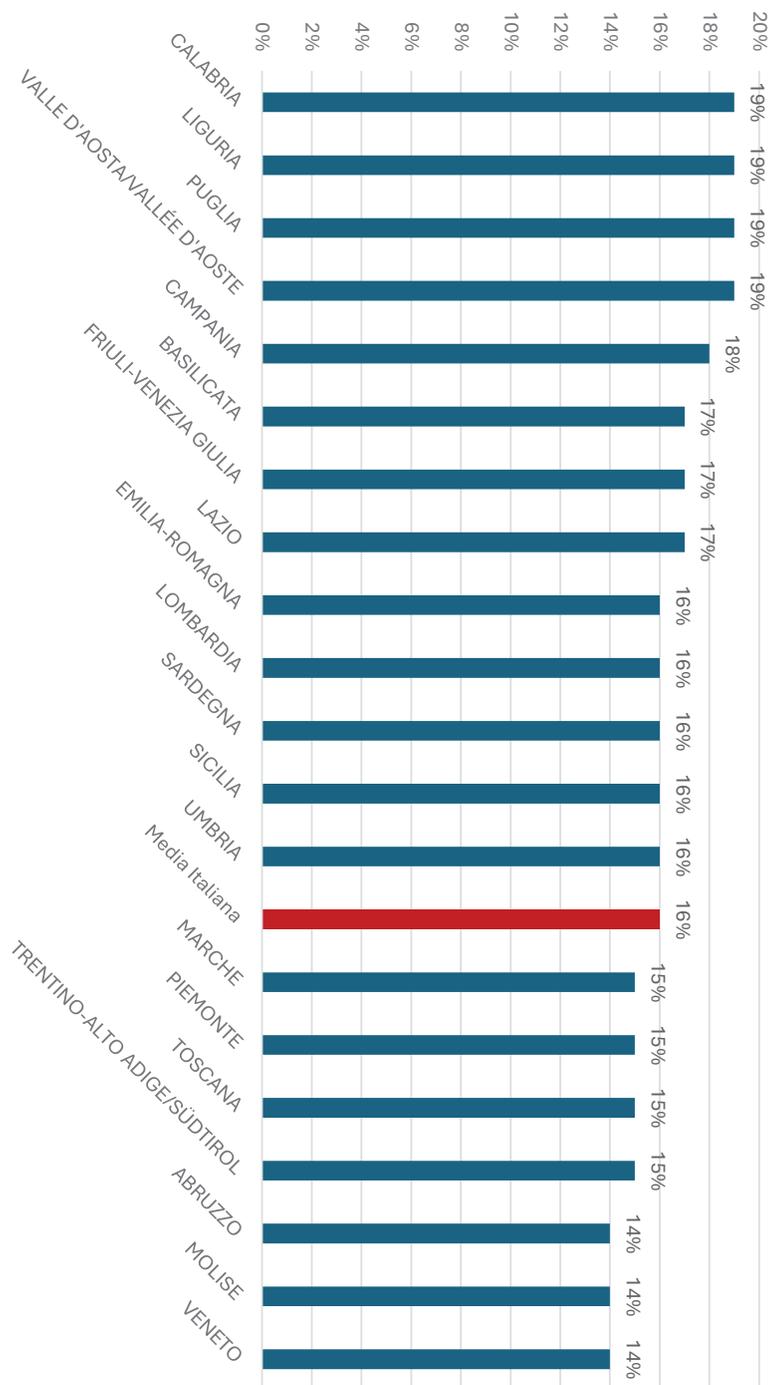


Tabella 2: Margini di manovra assenze, dati Conto Annuale del personale 2022

Regione	Percentuale di assenza	FTE recuperabili se tutte le Regioni raggiungessero una percentuale media	FTE recuperabili se tutte le Regioni raggiungessero la performance migliore
CALABRIA	19,09%	142	315
VALLE D'AOSTA/VALLÉE D'AOSTE	18,87%	18	42
PUGLIA	18,76%	408	961
LIGURIA	18,08%	196	538
BASILICATA	17,87%	51	149
LAZIO	17,47%	238	799
UMBRIA	17,01%	59	245
CAMPANIA	16,69%	107	558
FRIULI-VENEZIA GIULIA	16,31%	40	320
SARDEGNA	16,28%	33	278
EMILIA-ROMAGNA	15,76%	12	1.040
SICILIA	15,72%	1	532
Media Italiana	15,71%		8.979
PIEMONTE	15,25%		669
TRENTINO-ALTO ADIGE/SÜDTIROL	15,23%		173
TOSCANA	14,87%		635
LOMBARDIA	14,76%		1.072
MOLISE	14,11%		29
ABRUZZO	14,08%		128
VENETO	14,03%		492
MARCHE	11,59%		0

Trattamento economico

Remunerazione media per Regione

Dall'analisi dei dati in figura 8 emerge che lo stipendio medio annuo lordo degli infermieri in Italia sia pari a 32.400 €, un valore che supera di poco la retribuzione annua lorda (RAL) media degli impiegati italiani, pari a 32.174 € (dati Forbes, osservatorio Job Pricing).

Tuttavia, rimane sensibilmente inferiore rispetto alla media OCSE per il personale infermieristico, che è di circa 39.800 €. Questo divario evidenzia una discrepanza significativa tra quanto percepito dagli infermieri italiani e i colleghi di altri Paesi sviluppati, a fronte di rischi professionali e responsabilità spesso comparabili.

A livello regionale, le differenze nei livelli retributivi sono marcate. Il Trentino-Alto Adige si posiziona al vertice con uno stipendio medio di 37.204 €, seguito da Emilia-Romagna (35.857 €) e Toscana (35.612 €). In fondo alla classifica troviamo il Molise, con uno stipendio medio di 26.186 €, la Campania (27.534 €) e la Calabria (29.810 €). Tali differenze sono dovute principalmente alla diversa distribuzione delle posizioni e degli incarichi: le regioni con livelli

retributivi mediamente più elevati presentano anche percentuali di posizioni dirigenziali più alte come evidenzia la figura 9.

Inoltre, nel grafico (Figura 7) è evidente come vi sia relazione una relazione positiva fra il numero di infermieri per 1.000 abitanti e lo stipendio medio ovvero nei paesi in cui vi è uno stipendio più alto vi è anche un numero di infermieri per 1.000 abitanti più alto.

Figura 7: Matrice Rapporto Infermieri per 1000 abitanti- Stipendio, dati Conto Annuale del personale 2022

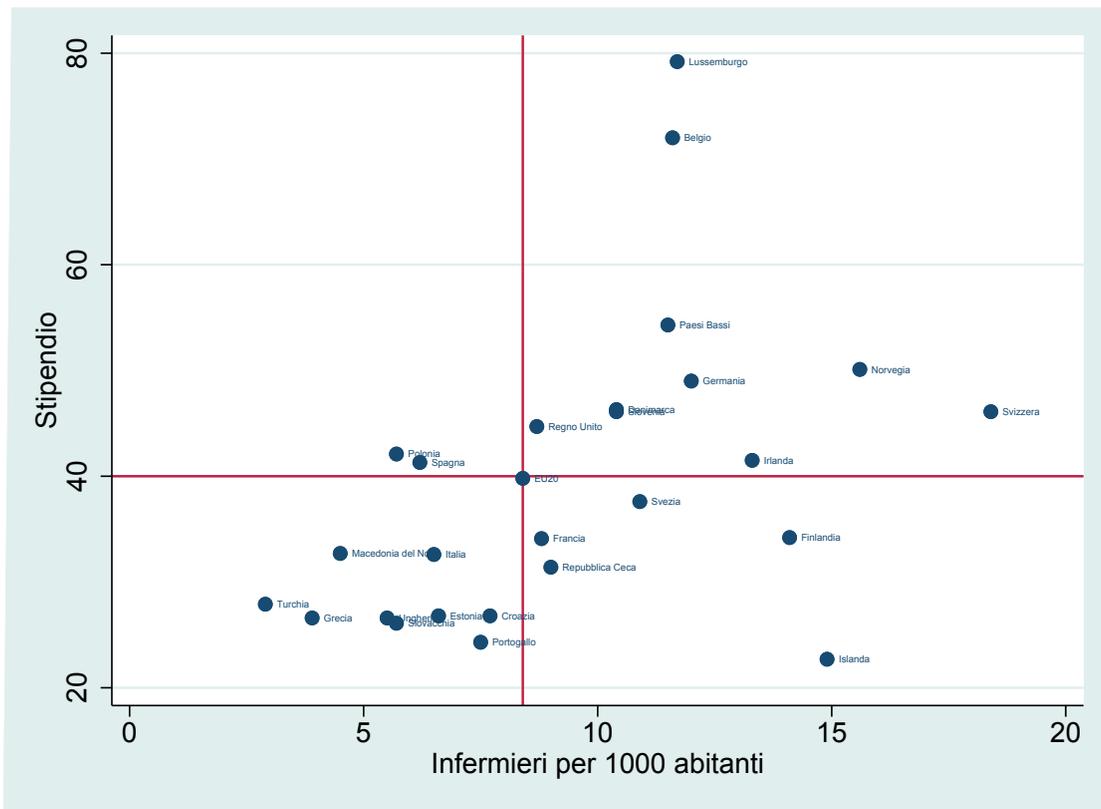
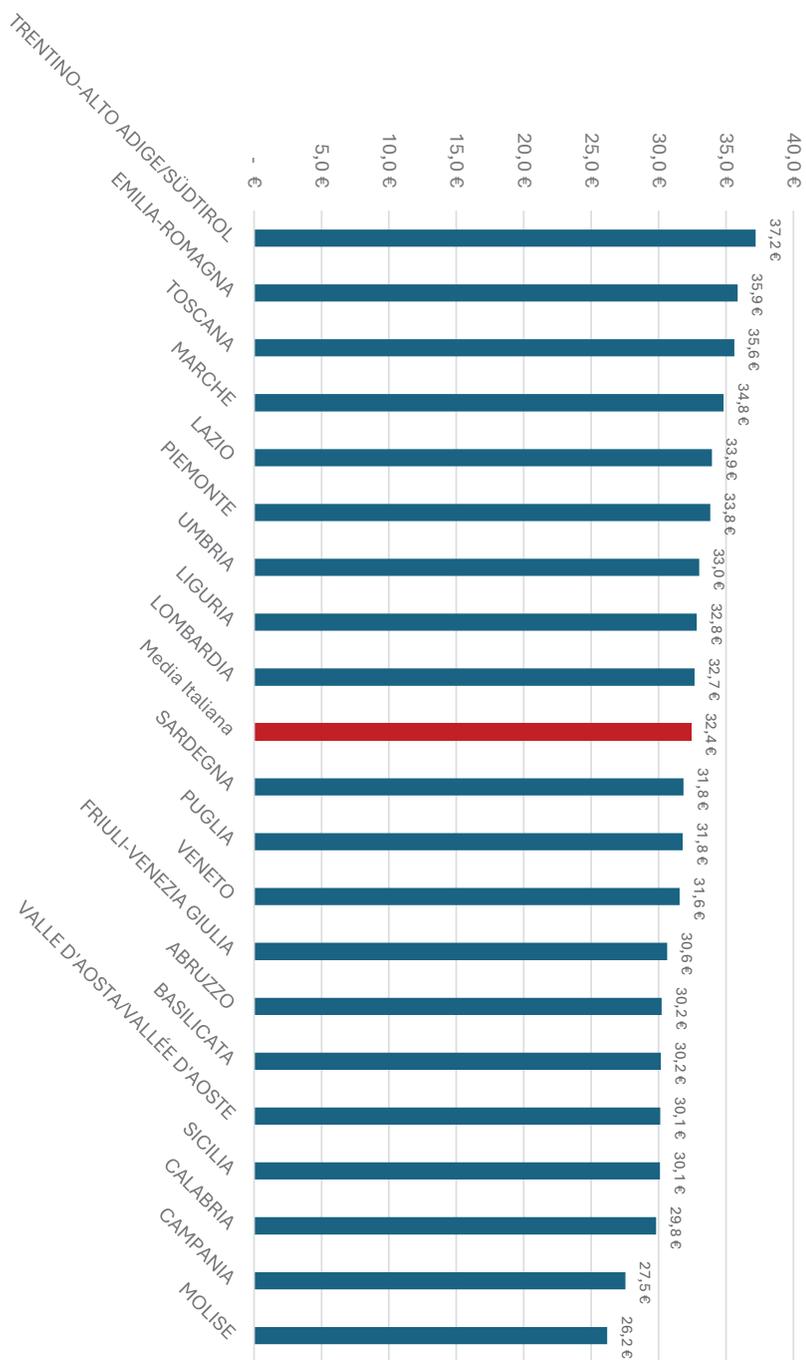


Figura 8: Stipendio medio professione infermieristica, dati Conto Annuale del personale 2022

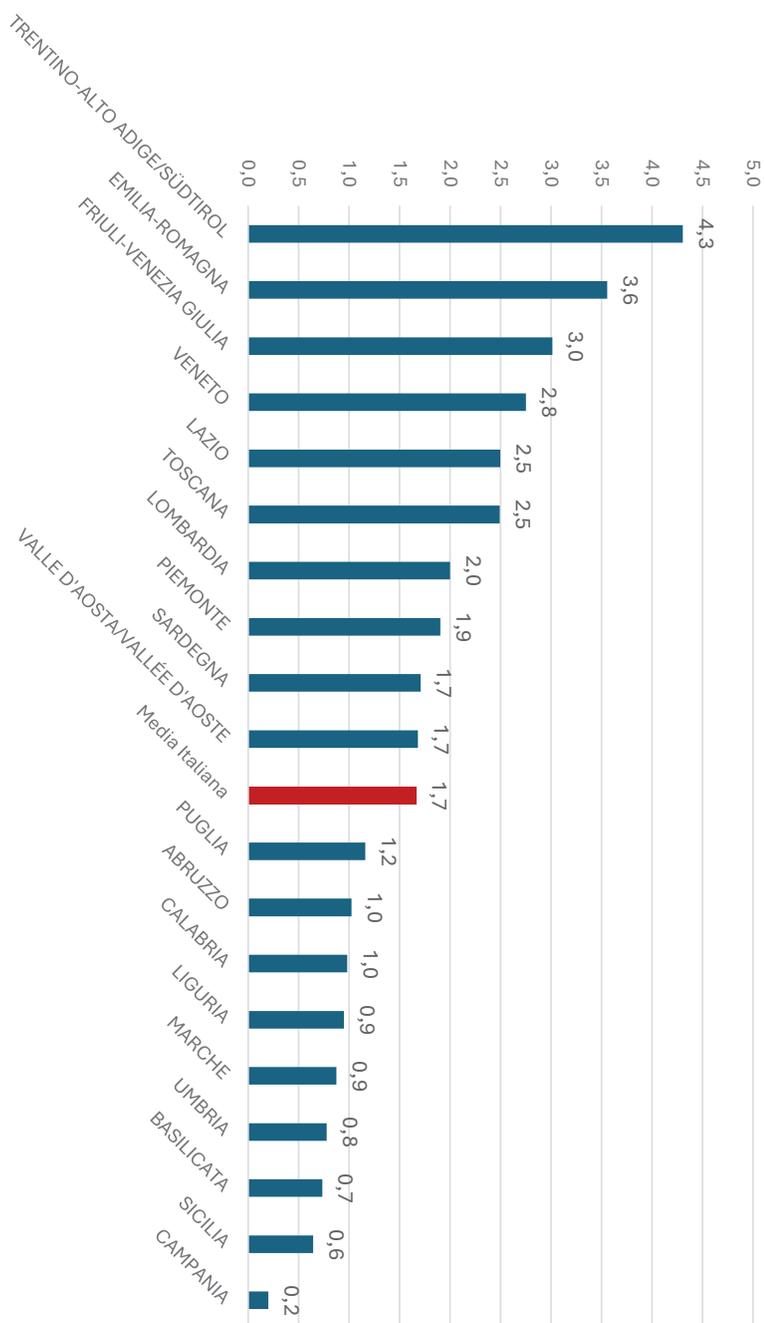


Opportunità di carriera

Rapporto comparto dirigenti

In figura 9 è rappresentato il rapporto tra dirigenti infermieristici e infermieri del comparto in Italia, che si attesta mediamente su 1,66 dirigenti ogni 1000 infermieri, il quale evidenzia una carenza di figure dirigenziali all'interno del sistema sanitario. Questo dato è di particolare interesse, in quanto mette in luce la variabilità nella distribuzione dei dirigenti infermieristici tra le varie regioni italiane. Le regioni del Nord presentano valori significativamente più alti rispetto a quelle del Sud. Il Trentino-Alto Adige/Südtirol guida la classifica con un rapporto di 4,31, seguito dall'Emilia-Romagna con 3,56, mentre la Campania presenta il valore più basso (0,20). In generale, le regioni del Nord tendono ad avere una maggiore concentrazione di figure dirigenziali, mentre nelle regioni meridionali la presenza di dirigenti infermieristici è notevolmente ridotta. Questa disparità regionale potrebbe derivare da una serie di fattori, tra cui la presenza di controlli maggiori nelle regioni in piano di rientro sul costo del personale, ma anche differenze nella formazione, scelte dei modelli organizzativi e di reclutamento. Le opportunità di crescita professionale nel settore sanitario, dunque, appaiono disomogenee, con alcune aree che offrono maggiori possibilità di carriera e sviluppo rispetto ad altre.

Figura 9: Rapporto comparto dirigenti per mille per il personale sanitario infermieristico, dati Conto Annuale del personale 2022



Posizioni apicali

Dall'analisi sui siti web ed aziendali risulta che per le aziende ospedaliere analizzate, su 346 posizioni dirigenziali, 10 sono occupate da soggetti esercenti la professione infermieristica (circa il 3%), le quali derivano principalmente dalla Lombardia e dall'Emilia Romagna.

In relazione ai direttori di distretto, su 481 posizioni, 22 sono occupate da soggetti esercenti la professione infermieristica (circa il 5%), le quali derivano principalmente da Emilia-Romagna e Lombardia.

Per le Asl, su 374 posizioni dirigenziali, 2 sono occupate da soggetti esercenti la professione infermieristica (circa l'1%), le quali derivano da Campania e Veneto.

Figura 10: Posizioni di vertice AO

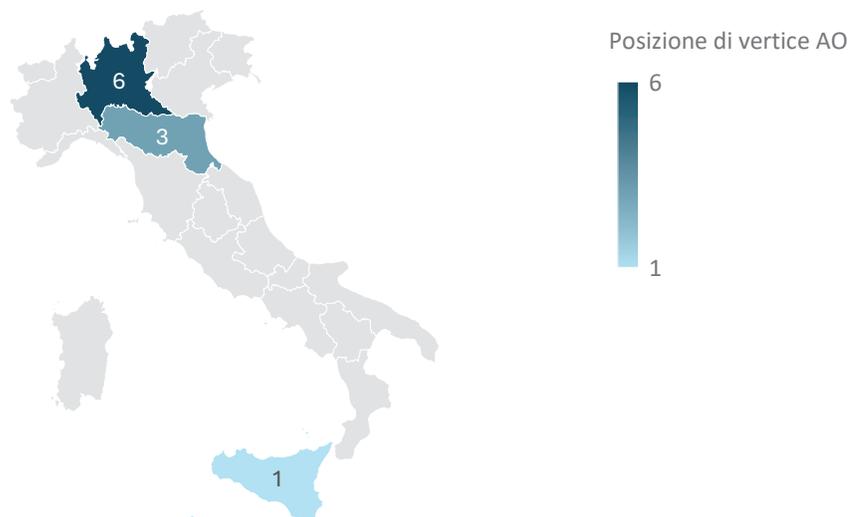


Figura 11: Posizioni di vertice distretto

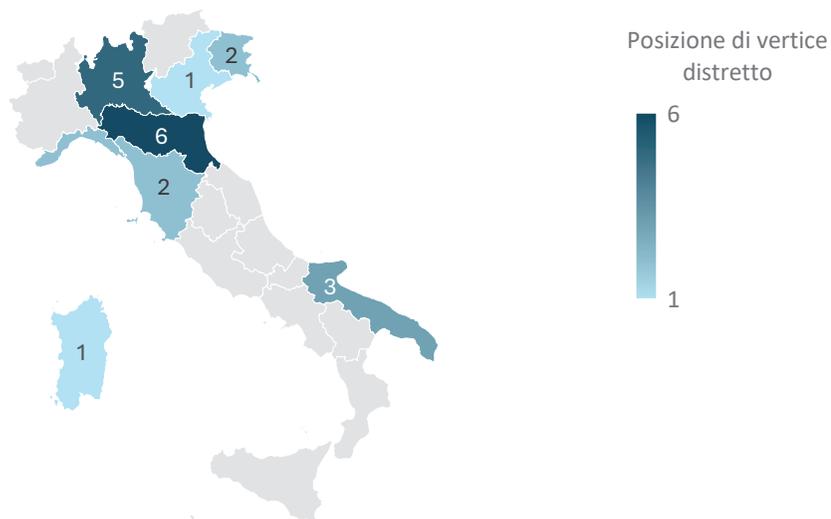
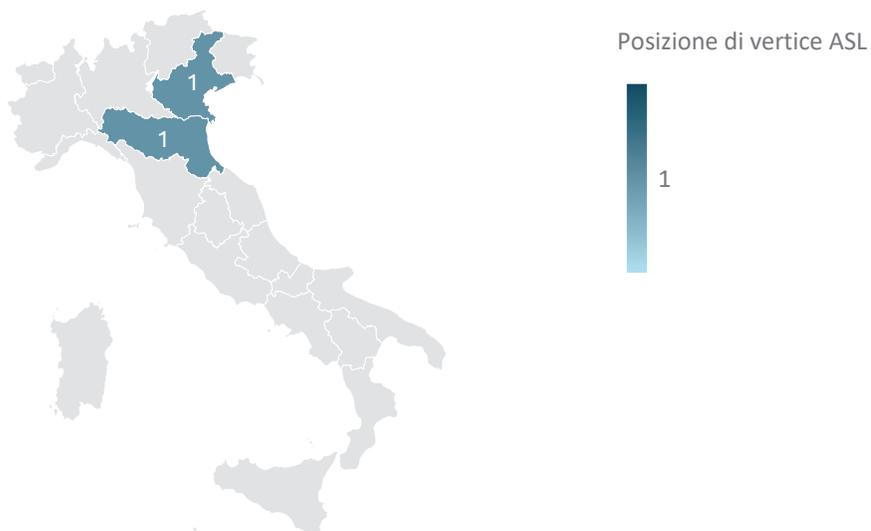


Figura 12: Posizioni di vertice ASL



Indice soffitto di cristallo per il personale infermieristico

A seguito delle molteplici disposizioni introdotte al fine di valorizzare la diversità di genere, sia in ambito nazionale (D.lgs 150/2009 - L15/2009) che in ambito comunitario (Horizon guidance on Gender equality plan), ed incrementare la presenza di donne in posizioni di leadership, l'indice del soffitto di cristallo monitora lo stato di avanzamento al fine del raggiungimento della parità di genere nel settore sanitario ove ancora si evince una certa disparità tra uomini e donne.

Nello specifico, sebbene vi sia una netta prevalenza di donne nella composizione del personale sanitario (70%-30%), si osserva un ribaltamento significativo nella composizione delle posizioni di vertice (30%-70%). Un valore >1 implica una maggiore presenza di uomini in posizioni di vertice. Viceversa, un valore <1 implica una maggiore presenza di donne in posizioni di vertice. Dall'analisi effettuata, la professione infermieristica presenta una maggiore presenza di uomini rispetto alle donne nelle posizioni di vertice, ma si evidenzia una minore disparità rispetto al settore nella sua integrità. Analizzando i dati regionali, emerge una notevole variabilità nella distribuzione di questo indice. La Sicilia presenta il valore più elevato, pari a 2,2, indicando una forte disparità di genere nelle posizioni dirigenziali, con una netta predominanza maschile.

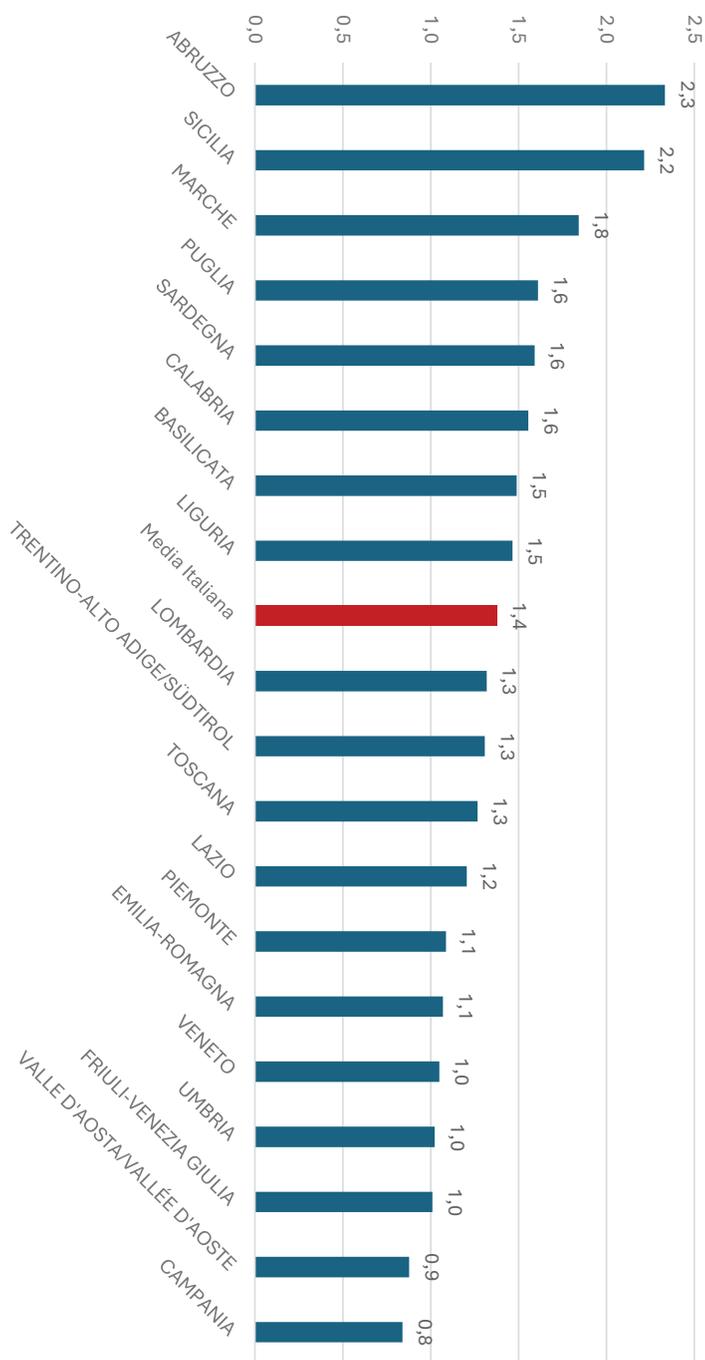
Al contrario, la Valle d'Aosta, con un valore di 0,9, mostra una situazione relativamente equilibrata, con una presenza maggiore di donne nelle posizioni dirigenziali rispetto agli uomini, evidenziando un modello più inclusivo e paritario. Anche altre regioni, come la Campania (0,8) e il Friuli-Venezia Giulia (1,0), presentano valori che si avvicinano alla parità, con una leggera prevalenza femminile in alcune posizioni, ma la tendenza generale a livello nazionale e regionale continua a riflettere una disparità di genere. In queste regioni, sebbene la presenza femminile nelle posizioni di vertice sia in crescita, la strada per un vero equilibrio di genere è ancora lunga. Emilia-Romagna (1,1) e Toscana (1,3), pur avendo un valore superiore a 1, presentano una situazione meno marcata rispetto ad altre regioni, suggerendo che in queste aree la parità di genere nelle posizioni di leadership stia evolvendo in modo positivo, ma in maniera ancora graduale.

Il valore medio nazionale del soffitto di cristallo, pari a 1,4, segnala che, nonostante l'alto numero di donne nel personale sanitario, le politiche per favorire l'accesso delle donne alle posizioni dirigenziali non hanno ancora prodotto risultati sufficientemente equi. Tuttavia, confrontando il dato dell'indice del soffitto di cristallo generale per le aziende sanitarie, osserviamo come esso sia generalmente maggiore (1,9). La presenza di donne nelle posizioni apicali del settore sanitario continua ad essere bassa, con una disparità che si manifesta in modo più evidente nelle regioni meridionali. Le politiche di valorizzazione della diversità di genere devono essere pertanto rafforzate e mirate a superare le barriere che impediscono alle donne di accedere a posizioni di leadership. È necessario mettere in atto iniziative concrete che favoriscano una maggiore inclusione femminile nelle posizioni dirigenziali, garantendo pari opportunità di carriera e supportando lo sviluppo professionale delle donne infermiere.

Attraverso un impegno sistematico, che comprenda politiche di mentoring, programmi di

leadership femminile, incentivi alla formazione e politiche di conciliazione tra vita privata e professionale, si potrà ridurre significativamente il soffitto di cristallo e promuovere un settore sanitario più equo e inclusivo.

Figura 13: Indice Soffitto di cristallo, dati Conto Annuale del personale 2022



Anagrafica degli infermieri in Italia

Percentuale di iscritti per fasce di età

I dati, (tabella 3) mostrano la distribuzione degli iscritti per fasce di età, fornendo una panoramica relativa alla composizione demografica del personale infermieristico. La fascia con il maggior numero di iscritti è quella tra i 51 e i 55 anni, che rappresenta il 18,20% del totale. Questo suggerisce una prevalenza di persone nella fase avanzata della carriera lavorativa o professionale. In tal senso, anche la fascia tra i 56 e i 60 anni è ben rappresentata, con il 16,14% degli iscritti. Insieme alla fascia 51-55, questi due gruppi costituiscono una parte significativa della popolazione analizzata, sottolineando una tendenza verso un'età media elevata. La fascia 61-65 anni e quella degli over 66 costituiscono rispettivamente il 10,05% e il 4,45% degli iscritti. Sebbene rappresentino una minoranza, i numeri mostrano che una parte significativa degli iscritti rimane attiva anche oltre i 60 anni.

Le fasce di età più giovani, come quelle fino a 25 anni, mostrano percentuali molto basse (0,00% per i minori di 20 anni e 3,16% per la fascia 21-25 anni). Questo dato potrebbe indicare un accesso limitato dei giovani a questo settore o una bassa rappresentanza iniziale. Le fasce dai 26 ai 50 anni coprono circa il 48% degli iscritti, segnalando una forte presenza di persone in età lavorativa attiva. In generale, il quadro demografico evidenzia una popolazione relativamente matura, con una distribuzione che raggiunge il picco nella fascia 51-55 anni e una partecipazione limitata delle fasce più giovani. Questo potrebbe suggerire l'esigenza di strategie mirate per il ricambio generazionale e l'inserimento di nuovi membri più giovani.

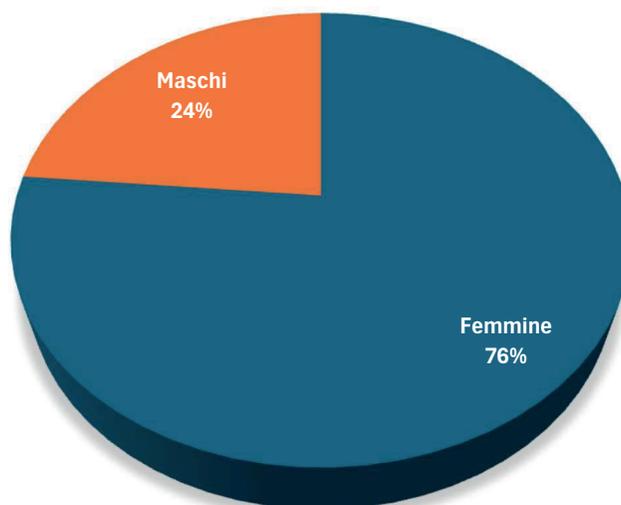
Tabella 3: Iscritti per fasce di età, dati FNOPI 2024

ISCRITTI PER FASCE DI ETÀ		
Fascia di età	Numero iscritti	Percentuale
Fino a 20	13	0%
21-25	14.465	3%
26-30	42.996	9%
31-35	53.036	12%
36-40	43.258	9%
41-45	37.674	8%
46-50	42.926	9%
51-55	83.384	18%
56-60	73.927	16%
61-65	46.054	10%
66 o più	20.379	4%
Totale	458.112	

Percentuale di iscritti per sesso

I dati, (Figura 14) relativi agli iscritti per genere, evidenziano una netta disparità tra uomini e donne. Le donne costituiscono il 76,44% del totale, con un numero di iscritti pari a 348.720. Questa maggioranza assoluta indica una forte predominanza femminile all'interno del settore o del contesto analizzato. Gli uomini rappresentano il 23,56% del totale, con 107.504 iscritti. Questo dato sottolinea una presenza maschile relativamente contenuta rispetto alle donne.

Figura 14: Percentuale di iscritti per sesso, dati FNOPI 2024



Percentuale di iscritti per Regione

Nelle Figure 15 e 16, sono riportate la percentuale di iscritti per regione e la percentuale di iscritti per regione rapportato alla popolazione. Le due aree con il maggior numero di iscritti sono il Nord-Ovest (111.041 iscritti, 24,24%) e il Sud (111.016 iscritti, 24,23%). La Lombardia, con 63.929 iscritti (13,95%), è la regione più rappresentata in assoluto, seguita dalla Campania (43.987 iscritti, 9,60%). Si evidenzia una distribuzione relativamente equilibrata tra queste due macroaree. Il Centro raccoglie 97.075 iscritti (21,19%), con il Lazio in testa (49.135 iscritti, 10,73%). Anche il Nord-Est ha un peso significativo, con 90.992 iscritti (19,86%), trainato principalmente dal Veneto (37.502 iscritti, 8,19%) e dall' Emilia-Romagna (33.881 iscritti, 7,40%). Le Isole hanno il numero più basso di iscritti (47.988, 10,48%), con una netta prevalenza della Sicilia (35.504 iscritti, 7,75%) rispetto alla Sardegna (12.484 iscritti, 2,73%). Alcune Regioni mostrano numeri particolarmente contenuti, come la Valle d'Aosta (954 iscritti, 0,21%) e il Molise (3.048 iscritti, 0,67%). Tuttavia, osservando il dato rapportato alla popolazione, il Molise (6,4%) e la Basilicata (6%) risultano avere la maggiore concen-

trazione di iscritti per popolazione rispetto alle altre Regioni. Di converso, Sicilia (4,5 %) e Lombardia (3,9%) risultano avere la minore concentrazione di iscritti per popolazione rispetto alle altre Regioni.

Figura 15: Percentuale di iscritti per Regione, dati FNOPI 2024

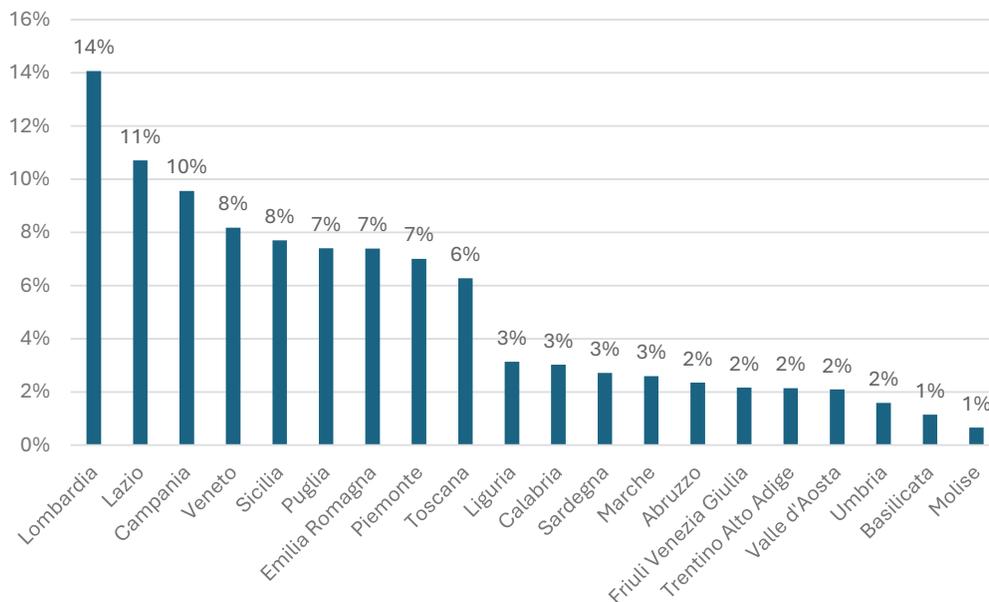
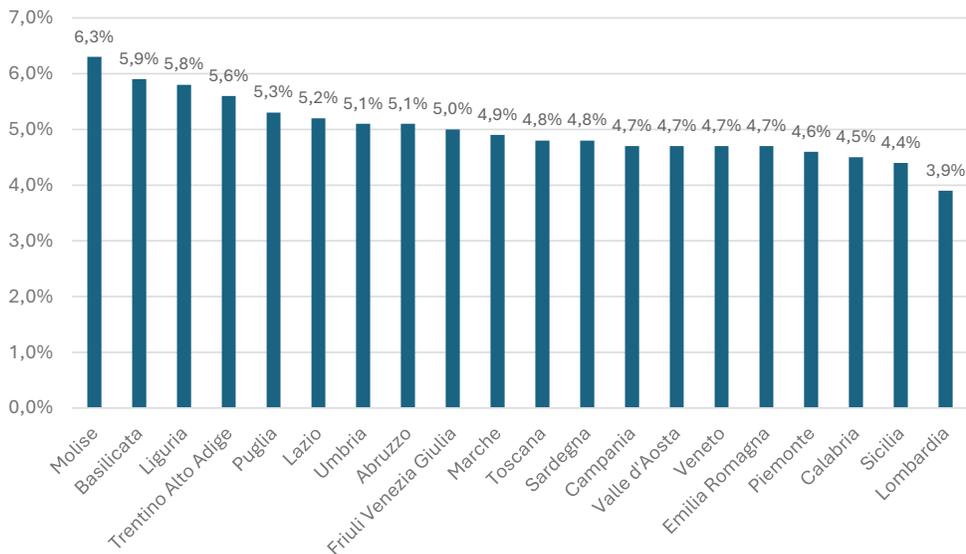


Figura 16: Percentuale di iscritti per Regione, rapportato alla popolazione, dati FNOPI ed ISTAT 2024



Soddisfazione degli infermieri: un'analisi basata sulle evidenze

a cura di Luca Pirrotta e Lorenzo Taddeucci

Per analizzare la soddisfazione degli infermieri in Italia abbiamo condotto una scoping review, o revisione esplorativa. Questa metodologia è stata scelta per fornire una mappatura esaustiva della letteratura esistente sui temi della soddisfazione lavorativa, della motivazione, dell'intenzione di lasciare il lavoro e dell'empowerment tra gli infermieri italiani, identificando le lacune di ricerca e sintetizzando le evidenze attuali.

La raccolta delle evidenze si è basata sugli studi pubblicati fra il 2020 e 2024 su riviste referate attraverso la banca dati Scopus. A questi studi sono stati aggiunti altri studi individuati dagli esperti in management sanitario, e ritenuti rilevanti da rappresentanti FNOPI, sia per l'ampiezza del campione che per la rilevanza dello studio.

I criteri di individuazione degli studi da letteratura sono stati i seguenti:

- *Ambito geografico*: Studi condotti in Italia o che includono infermieri che lavorano in Italia (l'obiettivo è quello di avere evidenze sulla situazione italiana).
- *Tipo di pubblicazione*: Articoli di ricerca originali pubblicati in riviste peer-review (sono esclusi editoriali o lettere alle riviste per includere solo evidenze recenti derivanti da studi descritti nell'articolo).
- *Periodo di pubblicazione*: Studi pubblicati tra il 2020 e il 2024 (per limitare gli studi ai dati più recenti, a cui si sono aggiunti articoli, paper e capitoli segnalati da esperti o rappresentanti FNOPI)
- *Popolazione*: Infermieri impiegati in strutture sanitarie italiane
- *Lingua*: Articoli in inglese o italiano.
- *Temi*: Studi che trattano la soddisfazione lavorativa, la motivazione, l'intenzione di lasciare il lavoro o la ritenzione degli infermieri che riportino evidenze quantitative.

La revisione integrata da ulteriori studi offre una panoramica sui livelli di soddisfazione e intenzione di cambiare lavoro. Collateralmente alle informazioni quantitative vengono riportate le sintesi sui fattori indagati negli studi che influenzano la soddisfazione lavorativa e il benessere degli infermieri.

Le analisi qui riportate sono esplorative e hanno l'obiettivo di fornire una prima panoramica di quanto risulta dai dati pubblicati che riguardano le condizioni di lavoro degli infermieri in Italia. Di 19 studi.

Nella tabella 1 l'elenco degli studi utilizzati in questa sezione, in ordine alfabetico degli autori:

Autori	Anno	N.	Titolo	Rivista
Barili E.; Bertoli P.; Grembi V.; Rattini V.	2022	n=4.561	Job satisfaction among healthcare workers in the aftermath of the COVID-19 pandemic	PLoS ONE
Bagnasco, A; Alvaro, R; Lancia, L; Manara, D; Raserio, L; Rocco, G; Burgio, A; Di Nitto, M; Zaninini, M; Mangiacavalli, B; Sasso, L	2024	n=2.549	Studio osservazionale dell'Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia-AIDOMUS-IT: condizione lavorativa, cure mancate e le esperienze degli assistiti	L'Infermiere
Bagnasco, A; Catania, G; Zanini, M; Musio, M.E; Mangiacavalli, B; Aiken, L; Sasso, L.	2023	N=3.209	Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica	L'Infermiere
Bellantì F.; Buglio A.L.; Capuano E.; Dobrakowski M.; Kasperczyk A.; Kasperczyk S.; Ventriglio A.; Vendemmiale G.	2021	n=293	Factors related to nurses' burnout during the first wave of coronavirus disease-19 in a university hospital in Italy	International Journal of Environmental Research and Public Health
Caputo A.; Gatti P.; Clari M.; Garzaro G.; Dimonte V.; Cortese C.G.	2023	n=1.490	Leaders' Role in Shaping Followers' Well-Being: Crossover in a Sample of Nurses	International Journal of Environmental Research and Public Health
Caricati L.; D'agostino G.; Sollami A.; Bonetti C.	2022	n=174	A study on COVID-19-related stigmatization, quality of professional life and professional identity in a sample of HCWs in Italy	Acta Biomedica
Carmassi C.; Malacarne P.; Dell'Oste V.; Bertelloni C.A.; Cordone A.; Foghi C.; Dell'Osso L.	2021	n=106	Post-traumatic stress disorder, burnout and their impact on global functioning in Italian emergency healthcare workers	Minerva Anestesiologica
Catania G, Zanini M, Cremona MA, Landa P, Musio ME, Watson R, Aleo G, Aiken LH, Sasso L, Bagnasco A.	2024	N=1.046	Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study	Health Policy

Autori	Anno	N.	Titolo	Rivista
Collantoni E.; Sateva A.M.; Merigalli V.; Girotto C.; Carretta G.; Boemo D.G.; Bordignon G.; Capizzi A.; Contessa C.; Nesoti M.V.; Donato D.; Flesia L.; Favaro A.	2021	n=635	Psychological distress, fear of covid-19, and resilient coping abilities among healthcare workers in a tertiary first-line hospital during the coronavirus pandemic	Journal of Clinical Medicine
Cosentino C, De Luca E, Sulla F, Uccelli S, Sarli L, Artioli G.	2023	N=308	Leadership styles' influence on ICU nurses' quality of professional life: A cross-sectional study	Nursing in Critical Care
D'Alleva A.; Coco A.; Pelusi G.; Gatti C.; Bussotti P.; Lazzari D.; Bracci M.; Minelli A.; Gasperini B.; Prospero E.	2023	n=571	Impact of Work Motivation on Occupational Health in Healthcare Workers	Healthcare (Basel)
Lommi M.; Caruso R.; Conte G.; Magon A.; Porcelli B.; Stievano A.; Rocco G.; Notarnicola I.; Sabatino L.; Latina R.; De Maria M.; Di Simone E.; De Benedictis A.; Gualandri R.; Tartaglioni D.; Ivziku D.	2023	n=683	Assessment of the Psychometric Characteristics of the Italian Version of the Nurse Manager Actions Scale	Nursing Reports
Lupo R.; Lezzi A.; Conte L.; Ingresso N.; Artioli G.; Botti S.; Leone C.; Rubbi I.; Carvello M.; Calabrò A.; Vitale E.	2023	n=321	The role of the nursing coordinator and the leadership style in the Italian healthcare organizations	Acta Biomedica
Mannocci A.; Marigliano M.; La Torre G.	2021	n=123	An assessment of organizational well-being, organizational health, and work-related stress: A cross-sectional study of nurses involved with COVID-19 interventions	WORK

Autori	Anno	N.	Titolo	Rivista
Pace F.; Sciotto G.; Russo L., 2021	2022	n=239	Meaningful work, pleasure in working, and the moderating effects of deep acting and COVID-19 on nurses' work	Nursing Forum
Sanner-Stiehr E.; Stevanin S.; Mikkonen S.; Kvist T.	2021	N=810	Job satisfaction and generational nursing characteristics among registered nurses in the United States, Italy and Finland: Results of a survey study	Journal of Nursing Management
Vainieri M, Barchielli C, Bellè N.	2020	n=7.828	I modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica attraverso le percezioni dei professionisti	“Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica” Il Mulino
Vainieri M, Barchielli C, Seghieri C.	2020	n=35.159	Influences over Italian nurses' job satisfaction and willingness to recommend their workplace	Health Services Management Research
Vitale E.; Calabrò A.; Ilari F.; Ercolani M.; Mea R.; Benedetto A.; Capizzello D.; Lezzi A.; Zaccchino S.; Marzullo M.; Marzullo S.; Lupo R.	2022	n=126	Which socio-demographic patterns influence nursing managers' empowerment perceptions among nurses? An investigatory study	Acta Biomedica

Una revisione esplorativa della letteratura

L'analisi della letteratura ha portato all'inclusione di 19 studi, ritenuti idonei a trarre indicazioni utili per rispondere alla nostra domanda di ricerca.

Dal punto di vista metodologico, sono molti gli studi che utilizzano sondaggi per raccogliere dati su stress, soddisfazione, burnout e leadership. La maggior parte degli studi è risultata essere multicentrica (11), condotta cioè in più centri o negli ospedali, spesso in diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR). I restanti studi (8) sono monocentrici. Alcuni sono condotti in contesti specifici legati al COVID-19 (ad esempio nelle unità di terapia intensiva) altri in reparti specifici (centri di salute mentale e reparti di emergenza). La maggior parte, si riferisce all'azienda o non specifica il setting assistenziale, anche se in questi casi l'analisi riguarda l'ambiente ospedaliero.

La maggior parte degli studi analizza la soddisfazione o l'intenzione di cambiare lavoro (criteri di inclusione) in relazione ad altri fattori. Le dimensioni più frequentemente analizzate negli studi, oltre alla soddisfazione del personale e all'intenzione di cambiare lavoro, sono state:

- Resilienza adattiva
- Modelli organizzativi
- Propensione all'innovazione
- Stili di Leadership
- Motivazione e senso di realizzazione
- Identificazione professionale

Per valorizzare i risultati raccolti, si riportano dapprima le analisi comparate sulle descrittive relative ai principali indicatori di benessere e soddisfazione lavorativa, in modo da fornire le dimensioni del fenomeno e poi, nell'ultimo paragrafo la raccolta delle evidenze nel mettere in relazione la soddisfazione lavorativa con altri fattori di clima organizzativo.

Soddisfazione, intenzione di cambiare lavoro e altri indicatori di benessere

Il livello di soddisfazione degli infermieri in Italia, a livello complessivo, presenta livelli medio alti di soddisfazione, seppur molto variabili.

Lo studio più numeroso, condotto su 7.828 infermieri in Toscana (Vainieri et al., 2020), riporta che il 51% degli infermieri è totalmente d'accordo (scala 4 e 5 su una Likert scale da 1 a 5) con l'affermazione "Mi ritengo soddisfatto nel lavorare nella mia struttura/unità operativa". Si sale quasi all'80% se si include anche la risposta neutrale (mediamente assume un valore di 3.4 su 5). Lo studio si basa su una rilevazione sistematica del clima organizzativo rivolto periodicamente a tutto il personale. Il box al termine del paragrafo descrive più nel dettaglio questa esperienza.

Invece, nel setting dell'assistenza domiciliare (Bagnasco et al., 2024) la soddisfazione degli

infermieri raggiunge livelli pari all'83%, tale differenza può dipendere da una diversa scala di risposte essendo una dicotomica (ad esempio, "Sei soddisfatto?" – "Sì/No"). Sembra essere in linea con lo studio toscano se si considera la fascia centrale.

In ambito aziendale all'interno dell'ospedale si registrano risultati in linea con lo studio toscano, con valori medi oscillanti attorno al centro della scala (es. Caputo et al., 2023: 3.33/5; Caricati et al., 2022: 3.79/5).

La variabilità di questi risultati riflette probabilmente differenze organizzative e contestuali tra aziende e periodi indagati. Ad esempio, bisognerebbe indagare se gli infermieri impegnati in contesti domiciliari percepiscono livelli alti di autonomia, riconoscimento e gratificazione, inoltre si rilevano oscillazioni importanti: da livelli molto alti (70%) (D'Alleva et al., 2023), a livelli estremamente contenuti (25%) (Lupo et al., 2023), fino a livelli vicini alla media (circa 50%) (Vainieri et al., 2020), indicando un'estrema variabilità contestuale e temporale.

La variabilità può essere anche influenzata dall'ambito geografico, ad esempio lo studio di Sanner (2021) che mette a confronto la soddisfazione infermieristica tra gli Stati Uniti e l'Italia, evidenzia come gli infermieri americani siano generalmente più soddisfatti (4.1 su una scala da 1 a 5) rispetto a quelli italiani (3.25). Questo gap può riflettere differenze nei contesti lavorativi, nei carichi di lavoro e nel riconoscimento professionale tra i due paesi. Per una sintesi degli studi si veda la tabella 2.

Un altro dato interessante riguarda l'insoddisfazione, particolarmente significativa (attorno al 36-38%) in alcuni setting di degenza (Bagnasco et al., 2023 e Catania et al., 2024). Questo dato indica una percentuale rilevante di infermieri con un malessere evidente rispetto alle condizioni lavorative, segnalando potenziali problemi strutturali e organizzativi, quali il sovraccarico di lavoro, mancanza di risorse, scarsa valorizzazione professionale e difficoltà gestionali.

È interessante notare come il livello di insoddisfazione sia coerente tra studi diversi condotti a distanza di anni e in contesti eterogenei, suggerendo che alcuni elementi di insoddisfazione lavorativa potrebbero essere strutturali nel contesto infermieristico italiano. L'analisi di Barili (2022) mostra come gli infermieri, rispetto ai medici e ad altri operatori sanitari, siano il gruppo meno soddisfatto e più incline a considerare un cambio di carriera, dato che potrebbe evidenziare specifiche vulnerabilità all'interno del comparto sanitario.

L'insoddisfazione porta spesso a un cambiamento come, ad esempio, lasciare l'azienda o la professione. Per questo molte indagini hanno introdotto l'analisi sulle intenzioni di cambiare lavoro.

Il livello di intenzione di cambiare lavoro degli infermieri in Italia, complessivamente, varia fra il 10% e il 45%. Differenze che in parte dipendono dallo strumento e dalle scale analizzate, in parte possono invece essere legate al contesto lavorativo. In particolare, lo studio di Vainieri et al. 2020, evidenzia che circa il 27% degli infermieri è totalmente d'accordo (opzioni 4 e 5 su una likert scale da 1 a 5) con l'affermazione "Penso spesso di cambiare lavoro", percentuale che scende al 16% con l'affermazione "Mi trasferirò in un'altra struttura o unità della mia Azienda appena possibile". Continua a ridursi arrivando al 14,6% se l'affermazione è "Lascierò la mia azienda appena possibile". Sono domande che indagano tutte un possibile disagio nel proprio ambiente lavorativo ma con sfumature diverse. In questa sede non si in-

tendono commentare le differenze metodologiche o i confronti regionali o aziendali sul livello di disagio espresso nel voler cambiare lavoro, ma fornire prime stime, generali, su quello che potrebbe trasformarsi in futuro in un potenziale turnover del personale infermieristico.

Quando si rimane sul livello di desiderio o pensiero, le cifre sembrano allinearsi attorno al 27% della Toscana come conferma lo studio di Lommi che nel rilevare che, sul piano nazionale, il 26.8% dei 683 infermieri coinvolti manifesta il desiderio di cambiare unità operativa, mentre il 17.6% considera un cambio radicale di professione.

Tab.2: Indicatori di soddisfazione, valore riscontrato e numerosità della popolazione degli studi inclusi in revisione.

Indicatore	Autore, anno	Anno indagine	Numerosità	Valore (%) / Min-Max	Setting
Soddisfazione lavorativa	Bagnasco, 2024	2023	n=2549	83,00%	Assistenza domiciliare
	Carmassi, 2021	2018/19	n=106	4.00 (1-5)	Area Critica
	Sanner, 2021	2018/19	n=810	3.25 (1-5)	Livello aziendale
	Caputo, 2023	2019	n=1490	3.33 (1-5)	Livello aziendale
	Vainieri, 2020	2019	n=7828	50,30%	Livello aziendale
	D'Alleva, 2023	2019/20	n=571	70,00%	Livello aziendale
	Caricati, 2022	2020	n=174	3.79 (1-5)	Livello aziendale
	Pace, 2022	2021/22	n=239	2.66 (1-4)	Livello aziendale (pubblico e privato)
	Lupo, 2023	2022/23	n=321	25,00%	Livello aziendale
	Barili, 2022	2020	n=4561	5.1 (1-8)	Livello aziendale - COVID19
Insoddisfazione lavorativa	Mannocci, 2023	2021	n=123	2.92 (1-4)	Livello aziendale - COVID19
	Bagnasco, 2023	2022/23	n=3209	38.3%	Reparti di degenza
Intenzione a cambiare lavoro	Catania et al 2024	2015	n=1346	36,00%	Livello aziendale
	Bagnasco, 2023	2022/23	n=3209	45.2%	Reparti di degenza
	Bagnasco, 2024	2023	n=2549	20,10%	Assistenza domiciliare
	Lommi, 2023	2022/23	n=683	17,60%	Cure primarie
	Catania et al 2024	2015	n=1346	30,00%	Livello aziendale
	Vainieri, 2020	2019	n=7828	14,60%	Livello aziendale
	D'Alleva, 2023	2019/20	n=571	18,00%	Livello aziendale
	Caricati, 2022	2020	n=174	2.56 (1-5)	Livello aziendale
	Barili, 2022	2020	n=4561	0.45 (0-1)	Livello aziendale - COVID19
	Bellanti, 2021	2020	n=293	10,20%	Livello aziendale - COVID19
Intenzione a cambiare UO	Lommi, 2023	2022/23	n=683	26,80%	Cure primarie
	Vainieri, 2020	2019	n=7828	12,10%	Livello aziendale
	Barili, 2022	2020	n=4561	0.42 (0-1)	Livello aziendale - COVID19

L'intenzione di lasciare il lavoro risulta elevata (45,2%) nei reparti di degenza (Bagnasco et al., 2023), dato preoccupante che segnala possibili criticità gestionali e organizzative, specialmente se comparata ai risultati nettamente inferiori (20,1%) riscontrati nell'assistenza domiciliare (Bagnasco et al., 2024).

Alcuni studi a livello ospedaliero mostrano valori intermedi (14-18%), comunque rilevanti in termini organizzativi. Tuttavia, emerge una significativa differenza rispetto al periodo pandemico, in cui la volontà di lasciare sembra più contenuta (10,2%) (Bellanti et al., 2021), forse a causa del senso di responsabilità professionale e sociale vissuto durante l'emergenza sanitaria.

Il desiderio di cambiare Unità Operativa (UO) è variabile, ma non trascurabile. Oscilla dal 12% (Vainieri et al., 2020) al 26.8% (Lommi et al., 2023). Ciò potrebbe indicare insoddisfazione o esigenze personali (es. conciliazione vita-lavoro) che spingono a cercare condizioni di lavoro migliori, senza abbandonare la professione o l'azienda stessa.

I risultati di dettaglio, che considerano anche la numerosità della popolazione inclusa nello studio, al fine di dare maggiore robustezza all'interpretazione degli stessi, sono riportati in tabella 2.

Box: Un'esperienza da segnalare, rilevazione di clima organizzativo, ampia e sistematica

L'indagine di clima organizzativo del Laboratorio Management e Sanità (MeS) rappresenta uno strumento fondamentale per il monitoraggio continuo delle condizioni lavorative e del benessere del personale delle aziende sanitarie. Si tratta di un questionario consolidato, attivo dal 2004, utilizzato per monitorare nel tempo variabili fondamentali del clima organizzativo nelle strutture sanitarie come la soddisfazione lavorativa, la motivazione, il senso di appartenenza e l'atmosfera complessiva. Il monitoraggio continuo di questi aspetti permette di ottenere una visione dinamica dello stato di benessere dell'organizzazione, offrendo una base concreta per pianificare interventi specifici e migliorare le performance organizzative.



Figura 1: Campagna di comunicazione Indagine di Clima Organizzativo - Lab. MeS

Mantenere elevati livelli di motivazione e senso di appartenenza all'organizzazione è difatti essenziale per creare un ambiente di lavoro positivo, favorire l'innovazione e prevenire il turnover del personale.

La rilevazione è condotta a intervalli regolari, solitamente ogni due-tre anni, e coinvolge tutto il personale delle aziende sanitarie delle Regioni che aderiscono al network di confronto.

Un valore aggiunto dell'indagine di clima del MeS è la possibilità di confrontare i risultati tra diverse organizzazioni (benchmarking), un'opportunità che i questionari ad hoc non offrono.

La standardizzazione del questionario, basato su validazioni riconosciute a livello internazionale (Office of Personnel Management, 2023; Waters, 2022), consente di effettuare comparazioni su larga scala, fornendo agli amministratori regionali e aziendali dati utili per calibrare le proprie politiche in base ai risultati conseguiti da altre realtà simili.

Il monitoraggio periodico di tali aspetti è fondamentale per comprendere l'evoluzione delle dinamiche organizzative e identificare con tempestività le aree critiche su cui intervenire.

In un settore *brain-intensive* come quello sanitario, caratterizzato da una crescente complessità e da sfide quali la carenza di personale e l'aumento delle aspettative dei pazienti, questo tipo di indagine offre un supporto indispensabile per promuovere il benessere del personale e, di conseguenza, migliorare la qualità dei servizi erogati.

Le principali determinanti della soddisfazione lavorativa

Per quanto concerne le principali determinanti delle condizioni sopra descritte numerosi studi (9) si sono concentrati sugli effetti della pandemia. Un tema comune è l'impatto della pandemia sul burnout, lo stress lavorativo e il supporto necessario per il benessere psicologico degli infermieri.

Ad esempio, i risultati presentati da Caricati e colleghi (2022) evidenziano come la stigmatizzazione legata al COVID-19 influenzi negativamente la qualità di vita professionale degli operatori sanitari, e come l'identificazione professionale possa agire sia da protezione per la soddisfazione lavorativa sia come fattore di rischio per lo stress traumatico secondario.

Bellanti e colleghi (2021) hanno invece indagato i fattori associati al burnout durante la prima ondata della pandemia identificando il carico di lavoro elevato e l'ambiente stressante come i principali fattori di rischio. Questo riflette come la pandemia abbia amplificato la necessità di supporto strutturale e di strategie per mitigare l'affaticamento emotivo e lo stress in ambienti ad alta pressione.

I risultati di Vitale e colleghi (2022) evidenziano il rapporto fra soddisfazione, età e leadership. Nel loro studio hanno rilevato che i manager che praticano una leadership orientata all'empowerment generano una maggiore soddisfazione lavorativa tra gli infermieri più giovani, suggerendo la necessità di approcci di leadership adattivi che tengano conto delle differenze generazionali.

Similmente, in uno studio rivolto a un campione molto ampio che include 35.159 questionari compilati da infermieri provenienti da nove Regioni italiane, Vainieri e colleghi (2020) hanno evidenziato che la rilevanza dei fattori indagati (senso di responsabilizzazione, ritmi di lavoro sostenibili, orientamento dell'azienda all'innovazione e sostegno a reagire contro gli insuccessi) è diversa in base alle classi d'età.

Il fattore che ha un impatto maggiore sul livello di soddisfazione lavorativa degli infermieri è la capacità di fornire un sostegno a reagire contro gli insuccessi (inclusività). Promuovere inclusività e innovazione (questo ultimo particolarmente rilevante nelle giovani generazioni) non solo sembra aumentare il benessere degli infermieri ma favorisce anche la loro propensione a consigliare l'organizzazione ad altri colleghi, con potenziali effetti positivi sul reclutamento e sul senso di appartenenza del personale (Vainieri et al., 2021).

La leadership è stata identificata come un fattore cruciale per il benessere degli infermieri, soprattutto nei reparti di terapia intensiva (Intensive Care Unit - ICU). Nel loro studio, Consentino e colleghi (2023) hanno esaminato come i diversi stili di leadership dei coordinatori influenzino la soddisfazione e la qualità della vita degli infermieri nelle ICU. Promuovendo il coinvolgimento e mostrando interesse per il team, i livelli di soddisfazione risultano maggiori. Questi risultati sono corroborati anche da Lupo (2023), che identifica nella leadership trasformazionale un mediatore chiave per la soddisfazione e l'engagement degli infermieri.

Altri studi hanno evidenziato come il senso di significato nel lavoro possa aumentare la soddisfazione e l'impegno lavorativo, specialmente in contesti ad alto impatto emotivo. Il deep acting è una strategia di regolazione emotiva in cui gli individui cercano di allineare autenticamente

mente le proprie emozioni interiori con quelle richieste dal contesto lavorativo. Pace e colleghi (2022) hanno dimostrato che gli infermieri che percepiscono un alto significato nel proprio lavoro tendono a riportare una maggiore soddisfazione, un aspetto che potrebbe essere rafforzato attraverso la pratica di deep acting per gestire le richieste emotive.

La motivazione autonoma, intesa come motivazione legata a scelte personali e al significato del proprio lavoro, è risultato un fattore protettivo cruciale (D'Alleva et al., 2023). Gli infermieri con un'alta motivazione riportano una maggiore soddisfazione lavorativa, ridotti livelli di stress e conseguentemente una minore intenzione di lasciare la propria unità operativa e/o Azienda. Al contrario, sempre secondo D'Alleva e colleghi (2023), la motivazione controllata, intesa come sorretta da pressione e obblighi esterni, si associa ad un aumento dell'insoddisfazione e dunque del rischio di lasciare la professione.

Durante la pandemia, come riportato da Bellanti (2021), l'intenzione di lasciare l'organizzazione è stata significativamente influenzata dal carico di lavoro elevato, dalla mancanza di risorse e dal senso di isolamento e stress emotivo. Tuttavia, coloro che hanno trovato un forte significato nel proprio lavoro (Pace et al., 2022) o hanno ricevuto adeguato supporto dai manager (Cosentino et al., 2023; Vitale et al., 2022) hanno mostrato una resilienza maggiore e una minore intenzione di lasciare.

Lasciando da parte il contesto pandemico, infine, i risultati degli studi di Bagnasco (2023, 2024) e Catania (2024) evidenziano chiaramente alcuni fattori principali che determinano la soddisfazione lavorativa o, al contrario, l'intenzione di lasciare la professione negli infermieri italiani. In particolare, emergono come elementi chiave negativi l'inadeguatezza degli stipendi (77,9%), la carenza di opportunità di avanzamento professionale (65,2%) e l'alto rapporto pazienti-infermieri (mediamente 8,1 pazienti per infermiere), con il 50% degli infermieri che riferisce la carenza di personale come principale causa di cure mancate. Tali condizioni portano il 42,4% degli infermieri a considerare di lasciare il proprio ospedale entro un anno (Bagnasco et al., 2023).

Al contrario, fattori positivi che emergono nuovamente come determinanti della soddisfazione lavorativa sono il benessere psicologico e una leadership efficace, in grado di creare un ambiente lavorativo supportivo e motivante (Catania et al., 2024). Leadership efficace a cui deve però necessariamente affiancarsi un buon modello organizzativo. Nel loro studio, Vainieri e colleghi (2020) mettono in relazione la soddisfazione lavorativa con diverse caratteristiche dei modelli organizzativi infermieristici negli ospedali toscani. Emerge come livelli di soddisfazione maggiore si registrano nelle unità organizzative in cui gli infermieri hanno una visione completa del percorso assistenziale del paziente supportando la continuità della presa in carico dopo il ricovero. Aspetti come la presenza di un supervisore e la flessibilità nello spostarsi fra i setting assistenziali sono correlati con livelli di soddisfazione inferiori.

La pandemia, infine, ha amplificato alcune criticità già presenti nel sistema sanitario italiano, aggravando fattori come carichi di lavoro eccessivi, risorse limitate, e la gestione dello stress psicofisico. Tuttavia, ha anche aumentato la consapevolezza dell'importanza di garantire condizioni di lavoro adeguate a prevenire burnout e turnover

Per una sintesi delle evidenze si rimanda alla Tabella 3.

Conclusioni

Concludendo, alcuni dati ci mostrano come, in alcuni casi, gli infermieri abbiano espresso un livello medio-alto di soddisfazione lavorativa, indicando una situazione complessivamente positiva (Bagnasco et al., 2023; D'Alleva et al., 2023; Vainieri et al., 2020). Tuttavia, persistono problematiche legate ai ritmi lavorativi e al carico assistenziale. Molti degli infermieri coinvolti negli studi, segnalano ritmi insostenibili e una percezione insufficiente di supporto organizzativo.

Questi aspetti evidenziano la necessità di continuare a monitorare la situazione con attenzione, implementando strategie mirate a garantire condizioni lavorative più sostenibili e attrattive per il personale infermieristico.

Il monitoraggio periodico di tali aspetti è fondamentale per cogliere precocemente segnali di disagio organizzativo e per intervenire tempestivamente con misure di miglioramento mirate. A questo proposito è stato riportato il box che approfondisce l'esperienza nel monitoraggio del clima organizzativo.

Autore, anno	Setting	Variabile outcome	Scala di misurazione	Commento
Bagnasco et al., 2023	Ospedale – Reparti di degenza	Insoddisfazione lavorativa	Sottoscala Emotional Exhaustion (esaurimento emotivo) del Maslach Burnout Inventory (MBI)	Questi risultati mostrano come una percentuale significativa degli infermieri italiani (38,3%) risulti insoddisfatta della propria condizione lavorativa, principalmente a causa di stipendi percepiti come inadeguati (77,9%) e scarse opportunità di avanzamento professionale (65,2%). Quasi la metà degli infermieri (45,2%) pensa di lasciare il proprio ospedale entro un anno a causa di tale insoddisfazione. Inoltre, emerge chiaramente che circa il 40% degli infermieri vive un elevato livello di esaurimento emotivo, condizione aggravata da carichi di lavoro elevati (mediamente 8,1 pazienti per infermiere).
Bagnasco et al., 2024	Assistenza Domiciliare	Soddisfazione lavorativa Intenzione di lasciare l'unità/organizzazione /professione	AIDOMUS-IT - protocol scale	Questi risultati evidenziano che, nonostante una percezione di criticità lavorativa relativamente contenuta (42,37 su 100), gli infermieri coinvolti nello studio AIDOMUS-IT riportano frequentemente cure mancate (5.11 su 9 attività previste). Nonostante ciò, una larga maggioranza degli infermieri (83.41%) dichiara una soddisfazione lavorativa elevata, anche se il 20.28% considera seriamente l'ipotesi di abbandonare il proprio lavoro entro l'anno successivo. Questi dati suggeriscono come, pur a fronte di un buon livello complessivo di soddisfazione, permangono criticità operative e gestionali che meritano interventi mirati per garantire standard elevati e sostenibili nel tempo.

Autore, anno	Setting	Variabile outcome	Scala di misurazione	Commento
Barili et al., 2022	Ospedale - COVID19	Soddisfazione lavorativa	Labor Force Survey ("Rilevazioni Forza Lavoro - RFL - ISTAT")	Questi risultati evidenziano l'importanza di fattori contestuali, in particolare la qualità percepita della struttura e la carenza di personale, nel determinare la soddisfazione lavorativa. Inoltre, suggeriscono che una percezione positiva della qualità della struttura sanitaria può essere un fattore protettivo contro la propensione a lasciare la professione o a cambiare specializzazione, mentre la carenza di personale aumenta il rischio di abbandono.
		Propensione a cambiare professione		
		Propensione a cambiare specializzazione		
Bellanti F., 2021	Ospedale - COVID19	Burnout generale	Maslach Burnout Inventory (MBI) Oldenburg Burnout Inventory (OBI)	Questi risultati indicano che i fattori legati al carico di lavoro, al supporto emotivo e alla considerazione di lasciare il lavoro influenzano significativamente i livelli di burnout tra gli infermieri durante la pandemia.
Caputo et al., 2023	Ospedale	Soddisfazione lavorativa Engagement del leader Leadership trasformativa	Utrecht Work Engagement Scale (UWES), Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) 7-item scale by Carless and colleagues	Questi risultati evidenziano che la soddisfazione lavorativa media degli infermieri coinvolti nello studio è pari a 3.33 su una scala da 1 a 5, indicando un livello moderato. Inoltre, emerge chiaramente che la percezione di una leadership trasformativa da parte dei responsabili infermieristici influisce significativamente sulla soddisfazione lavorativa del personale, contribuendo positivamente al benessere organizzativo complessivo e sottolineando l'importanza del ruolo del management nel creare condizioni di lavoro favorevoli.

Autore, anno	Setting	Variabile outcome	Scala di misurazione	Commento
Caricati et al., 2022	Ospedale	Soddisfazione lavorativa	Professional quality of life (ProQol)	Questi risultati evidenziano come la stigmatizzazione legata al COVID-19 influenzi negativamente la qualità di vita professionale degli operatori sanitari, con un ruolo moderatore dell'identificazione professionale che può agire sia da protezione per la soddisfazione da compassione sia come fattore di rischio per lo stress traumatico secondario.
		Burnout	Perceived stigmatization (scale by Mostafa - ref.34)	
		Stress traumatico secondario	Self-esteem (Rosenberg scale)	
CARMASSI et al., 2021	Emergenza- Urgenza e Terapia Intensiva	Burnout	Professional Quality of Life Scale – Revision IV (ProQOL R-IV)	Queste correlazioni sottolineano l'impatto dei sintomi del PTSD su diversi aspetti della vita quotidiana, evidenziando come la presenza di eventi traumatici e le reazioni ad essi influenzino negativamente il funzionamento in ambiti lavorativi, sociali e personali.
		Disturbo Post-Traumatico da Stress	Trauma and Loss Spectrum – Self Report (TALS -SR)	
		Funzionamento Globale	Work and Social Adjustment Scale (WSAS)	

Autore, anno	Setting	Variabile outcome	Scala di misurazione	Commento
Catania et al., 2024	Ospedale	<p data-bbox="232 1230 291 1417">Insoddisfazione lavorativa</p> <p data-bbox="431 1230 489 1417">Intenzione di cambiare lavoro</p>	RN4CAST@IT survey of clinical nurses	<p data-bbox="232 182 361 850">Questi risultati evidenziano come l'intenzione degli infermieri di lasciare il proprio lavoro e un aumento del loro carico assistenziale siano direttamente collegati a un incremento della mortalità ospedaliera entro 30 giorni.</p> <p data-bbox="368 182 496 850">Nello specifico, un incremento del 10% nell'intenzione di lasciare il lavoro si associa a un aumento del 14% del rischio di mortalità, mentre un paziente aggiuntivo per ciascun infermiere aumenta tale rischio del 3,4%.</p> <p data-bbox="503 182 627 850">Ciò suggerisce con forza la necessità di intervenire tempestivamente per migliorare le condizioni lavorative degli infermieri, con benefici concreti sulla sicurezza e sulla qualità delle cure erogate.</p>
Collantoni et al., 2021	Ospedale	<p data-bbox="641 1191 700 1417">Ansia, depressione, distress</p> <p data-bbox="742 1191 800 1417">Ansia, insonnia, percezione rischio</p> <p data-bbox="842 1191 901 1417">Ansia, preoccupazione contagio</p>	<p data-bbox="641 903 700 1138">Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale</p> <p data-bbox="770 903 828 1138">Brief Resilient Coping Scale (BRCS)</p>	<p data-bbox="641 182 764 850">Questi risultati evidenziano che il genere, il ruolo professionale e la situazione familiare sono stati fattori di rischio significativi per lo stress psicologico tra gli operatori sanitari durante la pandemia.</p>
Cosentino et al., 2023	Terapia Intensiva	<p data-bbox="950 1250 1009 1417">Soddisfazione lavorativa</p> <p data-bbox="1093 1250 1152 1417">Compassione soddisfazione</p>	<p data-bbox="950 903 1009 1138">Empowering Leadership Questionnaire, Compassion Satisfaction Scale e McCloskey Mueller Satisfaction Scale</p>	<p data-bbox="950 182 1073 850">Lo stile di leadership basato sull'empatia e sull'interazione diretta con il team influenza positivamente la soddisfazione degli infermieri in terapia intensiva. In particolare, una leadership orientata all'ascolto autentico e al coinvolgimento degli infermieri nel processo decisionale è significativamente associata a maggiori livelli di soddisfazione professionale e di compassione, contribuendo a migliorare la qualità della vita lavorativa e a prevenire il burnout.</p>

Autore, anno	Setting	Variabile outcome	Scala di misurazione	Commento
Mannocci et al., 2023	Ospedale - COVID19	Comfort del contesto di lavoro Integrazione e lavoro di squadra Soddisfazione con unità operativa Percezione di conflitto Indicatori di malessere psicofisico	Nursing Questionnaire on Organizational Health (QISO)	Questi risultati mostrano che, pur riportando una buona integrazione tra colleghi (3.07 su 4), gli infermieri evidenziano scarsa valorizzazione delle proprie competenze (2.40/4), limitata apertura all'innovazione (2.46 su 4) e insoddisfazione verso il management (2.48 su 4). Inoltre, emerge chiaramente una percezione significativa di affaticamento (2.94 su 4), specialmente tra le donne e negli ambienti critici. Ciò conferma la necessità di strategie specifiche per migliorare le condizioni lavorative e organizzative.
Pace et al., 2022	Ospedali Pubblici e Privati	Soddisfazione lavorativa Deep acting (alta percezione del significato del lavoro) Autoefficacia (Situazioni professionali)	Deep Acting scale of the Emotional Labor Scale.2. Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work 2.0	Questi risultati suggeriscono che un alto significato percepito del lavoro, combinato con l'uso di strategie di deep acting, può favorire il piacere nel lavoro degli infermieri, specialmente durante situazioni di crisi come la pandemia.
Sanner-Stiehr et al., 2021	Ospedale	Soddisfazione lavorativa	Kuopio University Hospital Job Satisfaction Scale The Multidimensional Nursing Generations Questionnaire	Questi risultati suggeriscono che in Italia la soddisfazione lavorativa tra gli infermieri potrebbe beneficiare di una leadership più attiva e coinvolgente. Allo stesso tempo, l'orientamento al cambiamento è meno sviluppato rispetto alla Finlandia, probabilmente a causa di strutture organizzative più rigide o di differenze culturali.

Bibliografia

Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Musio, M. E., Mangiacavalli, B., Aiken, L., Sasso, L., Ordinario, P., & Genova, G. (2023). Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica. *Scienze Infermieristiche – Nursing Sciences*, 164–177. <https://doi.org/10.57659/SSI.2023.014>

Bagnasco, A., Timmins, F., Moro, A., Barbieri, M., Napolitano, F., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M., & Sasso, L. (2024). The organization of nursing work in Italian hospitals—implications for job satisfaction, nurse wellbeing and patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 405–406. <https://doi.org/10.1111/jan.15778>

Barili, E., Bertoli, P., Grembi, V., & Rattini, V. (2022). Job satisfaction among healthcare workers in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 17(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275334>

Bellantini, F., Buglio, A. Lo, Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Kasperczyk, S., Ventriglio, A., & Vendemiale, G. (2021). Factors related to nurses' burnout during the first wave of coronavirus disease-19 in a university hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>

Caputo, A., Gatti, P., Clari, M., Garzaro, wG., Dimonte, V., & Cortese, C. G. (2023). Leaders' Role in Shaping Followers' Well-Being: Crossover in a Sample of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032386>

Caricati, L., D'agostino, G., Sollami, A., & Bonetti, C. (2022). A study on COVID-19-related stigmatization, quality of professional life and professional identity in a sample of HCWs in Italy. *Acta Biomedica*, 93(6). <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.12613>

CARMASSI, C., MALACARNE, P., DELL'OSTE, V., BERTELLONI, C. A., CORDONE, A., FOGHI, C., & DELL'OSSO, L. (2021). Post-traumatic stress disorder, burnout and their impact on global functioning in Italian emergency healthcare workers. *Minerva Anestesiologica*, 87(5). <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.20.14853-3>

Catania, G., Zanini, M., Cremona, M. A., Landa, P., Musio, M. E., Watson, R., Aleo, G., Aiken, L. H., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2024). Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study. *Health Policy*, 143, 105032. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105032>

Collantoni, E., Saieva, A. M., Meregalli, V., Girotto, C., Carretta, G., Boemo, D. G., Bordignon, G., Capizzi, A., Contessa, C., Nesoti, M. V., Donato, D., Flesia, L., & Favaro, A. (2021). Psychological distress, fear of covid-19, and resilient coping abilities among healthcare workers in a tertiary first-line hospital during the coronavirus pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.3390/jcm10071465>

Cosentino, C., Psychologist, C., Sulla, F., Rn, E. D. L., Ed, M., Uccelli, S., & Sarli, R. L. (2023). Leadership styles ' influence on ICU nurses ' quality of professional life : A cross-sectional study. May 2021, 193–201. <https://doi.org/10.1111/nicc.12738>

D'Alleva, A., Coco, A., Pelusi, G., Gatti, C., Bussotti, P., Lazzari, D., Bracci, M., Minelli, A., Gasperini, B., & Prospero, E. (2023). Impact of Work Motivation on Occupational Health in Healthcare Workers. *Healthcare (Switzerland)*, 11(23), 1–19. <https://doi.org/10.3390/healthcare11233056>

Dellafiore, F., Rosa, D., Udugampolage, N. S., Villa, G., & Albanesi, B. (2022). Professional values and nursing self-efficacy in the Italian context. Correlational descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 142–149. <https://doi.org/10.1111/scs.12971>

Lommi, M., Caruso, R., Conte, G., Magon, A., Porcelli, B., Stievano, A., Rocco, G., Notarnicola, I., Sabatino, L., Latina, R., De Maria, M., Di Simone, E., De Benedictis, A., Gualandi, R., Tartaglioni, D., & Ivziku, D. (2023). Assessment of the Psychometric Characteristics of the Italian Version of the Nurse Manager Actions Scale. *Nursing Reports*, 13(3), 1185–1202. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030102>

Lupo, R., Lezzi, A., Conte, L., Ingrosso, N., Artioli, G., Botti, S., Leone, C., Rubbi, I., Carvello, M., & Calabrò, A. (2023). The role of the nursing coordinator and the leadership style in the Italian healthcare organizations. 94(1), 1–9. <https://doi.org/10.23750/abm.v94i6.15206>

Mannocci, A., Marigliano, M., & La Torre, G. (2023). An assessment of organizational well-being, organizational health, and work-related stress: A cross-sectional study of nurses involved with COVID-19 interventions. *Work*, 75(1), 29–39. <https://doi.org/10.3233/WOR-220274>

Office of Personnel Management, U. (2023). Federal Employee Viewpoint Survey.

Pace, F., Sciotto, G., & Russo, L. (2022). Meaningful work, pleasure in working, and the moderating effects of deep acting and COVID-19 on nurses' work. *Nursing Forum*, 57(6), 1258–1266. <https://doi.org/10.1111/nuf.12787>

Sanner-Stiehr, E., Stevanin, S., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2021). Job satisfaction and generational nursing characteristics among registered nurses in the United States, Italy and Fin-

land: Results of a survey study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2364–2373. <https://doi.org/10.1111/jonm.13397>

Vainieri, M., Barchielli, C., & Bellé, N. (2020). Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica. Il Mulino, Bologna.

Vainieri, M., Seghieri, C., & Barchielli, C. (2021). Influences over Italian nurses' job satisfaction and willingness to recommend their workplace. *Health Services Management Research*, 34(2), 62–69. <https://doi.org/10.1177/0951484820943596>

Vitale, E., Calabrò, A., Ilari, F., Ercolani, M., Mea, R., Benedetto, A., Capizzello, D., Lezzi, A., Zacchino, S., Marzullo, M., Marzullo, S., & Lupo, R. (2022). Which socio-demographic patterns influence nursing managers' empowerment perceptions among nurses? An investigatory study. *Acta Biomedica*, 93(6). <https://doi.org/10.23750/abm.v93i6.13302>

Waters, A. (2022). NHS staff survey underlines need for national workforce strategy. *BMJ*, o871. <https://doi.org/10.1136/bmj.o871>

Soddisfazione dei pazienti: un focus sull'assistenza infermieristica

a cura di Sabina De Rosis, Elisa Peruzzo e Francesca Moschetti ¹

Per analizzare la soddisfazione dei pazienti con l'assistenza infermieristica è stata condotta una rapid scoping review utilizzando la banca dati Scopus, considerando gli studi pubblicati tra il 2021 e il 2024, condotti nel contesto italiano.

Il processo di selezione è stato condotto in tre fasi principali. Nella prima fase, la selezione ha riguardato i titoli, abstract e parole chiave. Nella seconda fase, la selezione è stata effettuata dopo una lettura completa di ciascun articolo. Ogni articolo è stato inserito in un database contenente le seguenti informazioni: autori, titolo dell'articolo, titolo della rivista, anno di pubblicazione, obiettivo dello studio, metodo e risultati principali. Nella terza fase, sulla base del confronto con esperti, sono stati aggiunti altre evidenze e rapporti ritenuti rilevanti ai fini della rappresentazione dell'esperienza e soddisfazione delle cure dei pazienti con l'assistenza infermieristica in Italia.

I criteri di inclusione degli studi sono i seguenti:

- *Ambito geografico*: Studi condotti in Italia o che includono pazienti che riportano l'esperienza di cura e soddisfazione con l'assistenza infermieristica in Italia (l'obiettivo è quello di avere evidenze sulla situazione italiana).
- *Tipo di pubblicazione*: Articoli di ricerca originali pubblicati in riviste peer-reviewed (sono esclusi editoriali o lettere alle riviste per includere solo evidenze recenti derivanti da studi descritti nell'articolo).
- *Periodo di pubblicazione*: Studi pubblicati tra il 2021 e il 2024 (per limitare gli studi ai dati più recenti. A questi si sono aggiunti articoli, paper e capitoli segnalati dagli esperti o rappresentanti FNOPI)
- *Lingua*: Articoli in inglese o italiano di cui è possibile scaricare l'articolo.
- *Temi*: Studi che trattano la soddisfazione dei pazienti e l'esperienza con le cure ricevute dagli infermieri.

L'estrazione dal database di Scopus ha prodotto come risultato 48 paper, dei quali 9 sono stati inclusi dopo aver applicato i criteri di inclusione ed esclusione sopra descritti. Nella Tabella 1 sono riportati gli articoli inclusi nell'analisi.

¹ Questa sezione è stata redatta da Sabina De Rosis, Elisa Peruzzo e Francesca Moschetti. Le autrici ringraziano i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla raccolta ed elaborazione delle informazioni qui contenute: Niyat Aregawi Gebremichael.

Tabella 1: Studi inclusi in revisione

Autori	Titolo	Rivista	Anno
De Rosis S. ; Barchielli C. ; Vainieri M. ; Bellé N.	The relationship between healthcare service provision models and patient experience	Journal of Health Organization and Management	2021
Piredda M.; Candela M.L.; Marchetti A.; Biagioli V.; Facchinetti G.; Gambale G.; Labbadia C.; Pettiti T.; Migliore S.; Iacorossi L.; Mecugni D.; Raserio L.; Matarese M.; Marinis M.G.D.	Development and psychometric testing of the care dependence perception questionnaire	European Journal of Cancer Care	2021
Buttiron Webber, T., Giuliano, S., Patrone, C., Briata, I. M., Franconeri, M., Marceca, F., ... & DeCensi, A.	Home se-cure: a home care service for cancer patients during the COVID-19 pandemic	International Journal of Environmental Research and Public Health	2021
Bernocchi P.; Bonometti F.; Serlini M.; Assoni G.; Zanardini M.; Pasotti E.; Guerrini S.; Scalvini S.	Telehealth and Telecare: A Real-Life Integrated Experience in the COVID-19 Pandemic	Telemedicine and e-Health	2022
Blondeaux E.; Lambertini M.; Buzzatti G.; Bruzzone C.; Baraga M.; Pisani R.; Del Mastro L.; Pronzato P.; Varesco L.; Bonelli L.	Experience with a nurse-driven genetic counseling pathway of Italian women with uninformative BRCA test result	Journal of Genetic Counseling	2022
Galletta M.; Piazza M.F.; Meloni S.L.; Chessa E.; Piras I.; Arnetz J.E.; D’Aloja E.	Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently?	International Journal of Environmental Research and Public Health	2022
Barello S.; Paolicelli D.; Bergamaschi R.; Cottone S.; D’Amico A.; Annibaldi V.; Paolillo A.; Bosio C.; Panetta V.; Graffigna G.	A nurse-led, telephone-based patient support program for improving adherence in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis using interferon beta-1a: Lessons from a consumer-based survey on adveva® PSP	Frontiers in Psychology	2022
Cilluffo S.; Bassola B.; Iovino P.; Lusignani M.	Development and validation of two versions of the Nurse–Patient Mutuality in Chronic Illness scale	Journal of Advanced Nursing	2023
Bernocchi P.; Crotti G.; Beato E.; Bonometti F.; Giudici V.; Bertolaia P.; Perger E.; Remuzzi A.; Bachetti T.; La Rovere M.T.; Dalla Vecchia L.A.; Angeli F.; Parati G.; Borghi G.; Vitacca M.; Scalvini S.	COVID-19 teleassistance and teleconsultation: a matched case-control study (MIRATO project, Lombardy, Italy)	Frontiers in Cardiovascular Medicine	2023

Agli articoli sopra-menzionati, sono stati integrati 2 report per arricchire il contesto e garantire una visione più completa dell'argomento trattato. Tali approfondimenti sono stati riconosciuti dagli esperti in management sanitario e da rappresentanti FNOPI come rilevanti, sia per l'ampiezza del campione sia per la rilevanza dello studio.

Tra questi c'è lo studio AIDOMUS-IT, commissionato al CERSI (Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica) da FNOPI. È stato incluso nella revisione della letteratura per la sua rilevanza nell'analisi dell'esperienza di pazienti e caregiver nell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia. L'altro contributo incluso nell'analisi riguarda l'esperienza della Regione Toscana nell'ascoltare gli utenti e nel fornire le informazioni di ritorno pubblicamente. Per questo si riporta nel box a seguire il dettaglio dell'esperienza dell'osservatorio PREMs e del sistema di valutazione della performance.

La revisione, integrata da ulteriori studi, offre una panoramica sui livelli di soddisfazione dei pazienti rispetto alle cure ricevute dagli infermieri e all'esperienza degli utenti con l'assistenza infermieristica. Tali studi vengono riportati nella tabella che segue (Tabella 2).

Tabella 2: Report inclusi nell'analisi

Autori	Titolo	Editore	Anno
Sasso, L., Alvaro, R., Bagnasco, A., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., & i ricercatori del Gruppo di Studio Italiano	Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia: la qualità e la sicurezza per i cittadini STUDIO AIDOMUS-IT 2023-2024	CERSI Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica - FNOPI	2024
Vainieri, M.; Caputo, A.; Vinci, A.; D'Orio, G.; Cerasuolo, D.; Nuti, S.	Il sistema di valutazione della performance della Sanità Toscana – Report 2023	Dedizioni	2024

L'assistenza erogata dal personale infermieristico viene indagata attraverso una serie di costrutti che, spesso, sono riportati con una denominazione differente, pur andando a rappresentare lo stesso ambito di esperienza. Ad esempio, De Rosis (2021) e Cilluffo (2023) riportano il coinvolgimento come una dimensione della patient experience, mentre Galletta e colleghi (2022) adottano il coinvolgimento nella dimensione Treatment planning. Anche selezionando solo gli studi quantitativi, che hanno adottato un questionario, la variabilità negli item e/o nella loro definizione e costruzione resta. A seguire, vengono presentate le principali dimensioni analizzate con le descrittive riportate negli studi, che, sebbene non immediatamente confrontabili, possono comunque offrire una panoramica della soddisfazione degli utenti relativamente all'assistenza infermieristica ricevuta

Risultati

Una parte degli studi estratti (3) si riferiscono al periodo pandemico.

Di tutti gli studi, quasi la metà è stata condotta nel Nord Italia (Lombardia e Liguria) (5), tre studi si sono svolti nel Centro Italia (Toscana e Lazio) e una ricerca è stata realizzata nel Sud, anche se l'area non è specificata nell'articolo. Inoltre, in uno studio non è stata riportata l'area geografica per garantire l'anonimato dei contesti e dei risultati. Infine, il rapporto AIDOMUS-IT ha promosso uno studio nazionale osservazionale coinvolgendo 19 delle 21 Regioni italiane.

Per quanto riguarda i settori scientifici di riferimento, gli studi considerati sono stati pubblicati su riviste appartenenti al campo di Medicina e Infermieristica. Alcuni degli articoli (3) appartengono sia al settore della medicina/infermieristica sia all'ambito manageriale o ad altri ambiti di ricerca. Tutti gli articoli considerati sono pubblicati e valutati secondo un peer-review process che garantisce qualità, solidità e rigore scientifico alle ricerche. I due rapporti sopra menzionati (AIDOMUS-IT, PREMs), sebbene non pubblicati su riviste indicizzate, mostrano la loro rilevanza per l'impatto sulle pratiche professionali e sulle politiche sanitarie.

In merito agli strumenti di raccolta del feedback degli utenti, uno studio utilizza, insieme ad alcune domande di soddisfazione, anche misure relative agli esiti di salute riferiti dai pazienti (PROMs). Lo studio in questione riguarda servizi di telemedicina. Il questionario utilizzato dallo studio è il SF-12 che raccoglie la percezione del paziente rispetto alla propria salute fisica (salute generale, gestione del dolore, capacità di svolgere attività fisiche, ...) e mentale (funzionamento sociale, emotivo, psicologico, ...). Gli autori hanno esaminato anche la soddisfazione dei pazienti riguardo alle risposte ricevute da parte del personale infermieristico sul programma di telemedicina e sull'utilità di quest'ultimo nel supportare i pazienti a distanza.

Una parte degli studi analizzati (5) si concentra sul contesto ospedaliero (Cilluffo et al., 2023; Galletta et al., 2022; Piredda et al., 2021; De Rosis et al., 2021; Vainieri et al., 2024). Tutti i pazienti coinvolti in questi studi hanno più di 18 anni. Tre di questi studi coinvolgono pazienti con condizioni croniche.

Tre studi in particolare si concentrano esclusivamente su servizi da erogare da remoto, utilizzando vari sistemi dal telefonico alla telemedicina (Barello et al., 2022; Bernocchi et al., 2022,

2023). Di questi, due studi su tre erano rivolti a pazienti ricoverati per infezione da COVID-19, ai quali è stata offerta dal personale infermieristico un'assistenza a distanza dopo la dimissione ospedaliera. Il terzo studio, invece, esplora l'autogestione della malattia da parte dei pazienti, supportati da un programma di assistenza infermieristica telefonica.

Due studi riguardano l'assistenza domiciliare focalizzata su pazienti cronici che hanno ricevuto cure domiciliari da parte del personale infermieristico (Webber et al., 2021; CERSI, 2024)

Infine, l'ultima ricerca è relativa a donne con un'età compresa tra i 18 e 65 anni sottoposte al test genetico BRCA (*Breast Cancer*) (Blondeaux et al., 2023).

Box sull'esperienza dell'Osservatorio PREMs e del sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari del laboratorio Management e Sanità

I pazienti sono sempre più considerati una risorsa fondamentale nella progettazione e miglioramento dei servizi sanitari. In particolare, la loro partecipazione attiva alla valutazione dei servizi, attraverso strumenti come i Patient-Reported Experience Measures (PREMs), consente di ottenere dati preziosi per orientare il sistema verso approcci più centrati sulla persona (Peruzzo *et al.*, 2025a).

In Italia, l'Osservatorio PREMs sul ricovero ospedaliero ordinario, sviluppato dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna, rappresenta un esempio concreto di coinvolgimento sistematico dei pazienti nella valutazione delle loro esperienze. Attivo dal 2018 in Toscana e successivamente esteso al Veneto e all'Umbria, l'Osservatorio consente di monitorare aspetti chiave dell'assistenza per migliorare i servizi.

L'Osservatorio raccoglie dati sull'esperienza dei pazienti con l'assistenza infermieristica, grazie ad una serie di domande PREMs specificamente dedicate ad indagare il tema (De Rosis *et al.*, 2020). Nel dettaglio, le domande di esperienza con l'assistenza erogata del personale infermieristico sono:

- Durante il ricovero, gli infermieri l'hanno aiutata ad affrontare le paure e le ansie che aveva riguardo al suo stato di salute? [Sempre Spesso Qualche volta Raramente Mai Non ho avuto paure ed ansie];

-Durante il ricovero, gli infermieri parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente? [Mai Raramente Qualche volta Spesso Sempre]

-Durante il ricovero, si è sentito trattato con rispetto e dignità da parte degli infermieri? [Sempre Spesso Qualche volta Raramente Mai]

-Durante il ricovero, le risposte date alle sue domande dagli infermieri sono state chiare? [Sempre Spesso Qualche volta Raramente Mai Non ho fatto domande]

Queste informazioni sono raccolte anche per il personale medico ed OSS, consentendo alle organizzazioni sanitarie di confrontare l'esperienza riferita dai pazienti in riferimento a diverse figure professionali e di raccogliere le buone pratiche da diffondere all'interno delle strutture ospedaliere. Inoltre, nel questionario è presente una domanda volta a raccogliere la percezione dei pazienti sulla capacità di lavorare in team del personale medico ed infermieristico.

-Durante il ricovero, qual è il suo giudizio sulla capacità di lavorare insieme del personale medico ed infermieristico del reparto? [Ottimo Buono Sufficiente Scarso Pessimo]

Accanto alle domande a risposta chiusa, il questionario PREMs include anche cinque sezioni narrative, due delle quali riferite al personale sanitario, uno relativamente al rapporto con lo stesso e un altro su chi e come ha fatto la differenza nell'esperienza del paziente.

Alcuni esempi di commenti sono di seguito riportati:

“Non conosco i nomi però devo dire che tutte le infermiere tutti gli infermieri sono stati veramente gentili umani e ed empatici”;

“Menzione speciale per gli infermieri, soddisfatto del loro lavoro su di me”; *“Infermieri molto disponibili e preparati”;*

“Gli infermieri davvero stupendi, sempre col sorriso. Complimenti!”;

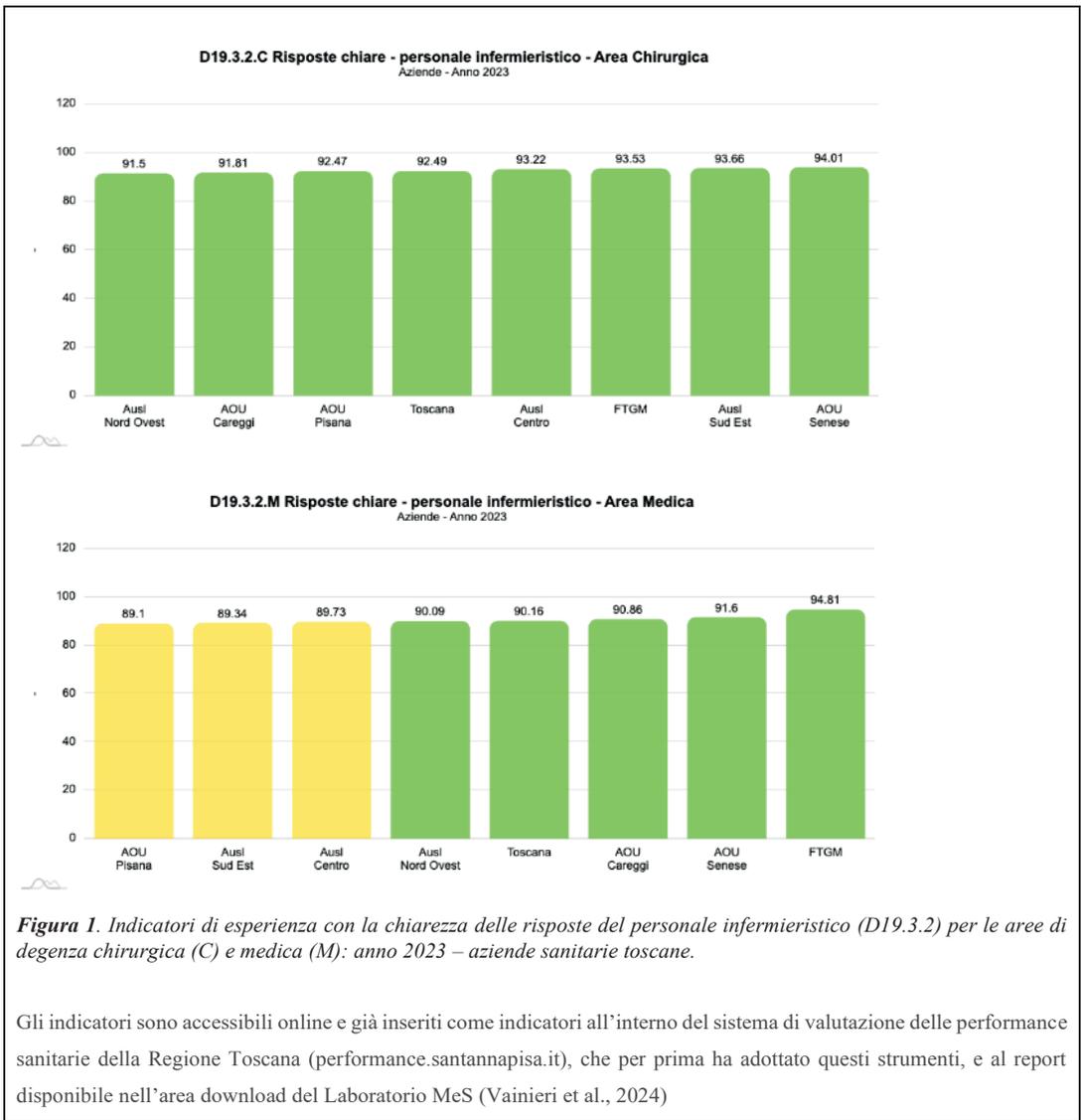
“sicuramente le infermiere sono tutte veramente molto gentili, disponibili, sempre sorridenti nonostante il lavoro duro che fanno, molto educate e alla mano!”.

Tali commenti consentono l'implementazione di attività di miglioramento della qualità e dell'esperienza dei pazienti (De Rosis *et al.*, 2023; Vainieri *et al.*, 2024; Peruzzo *et al.*, 2025b). I dati raccolti sono resi disponibili alle organizzazioni e ai professionisti sia mediante restituzione in tempo reale day-by-day fino al livello di reparto, sia attraverso il sistema di valutazione delle performance sanitarie (performance.santannapisa.it).

Dal 2024, il processo di innovazione degli indicatori PREMs riporta indicatore rischio-aggiustati e pesati sulla base della popolazione di riferimento per garantire confrontabilità tra presidi ospedalieri diversi, sia in termini di dettaglio delle informazioni restituite.

Per la prima volta, gli indicatori di esperienza con il ricovero ospedaliero ordinario sono disaggregati per setting medico e chirurgico, evidenziando ulteriori differenze nell'esperienza che non sono da attribuire solo alla diversa popolazione assistita nei relativi reparti (Murante *et al.*, 2014).

Gli indicatori che seguono sono un esempio del risultato diverso per l'indicatore “Risposte chiare da parte del personale infermieristico”, rispettivamente per l'area chirurgica e per l'area medica.



La maggior parte degli studi analizza la soddisfazione o l'esperienza di cura con l'assistenza infermieristica (criteri di inclusione) in relazione ad altri fattori. Le dimensioni più frequentemente analizzate negli studi sono state:

- Supporto informativo (Chiarezza e utilità delle informazioni ricevute)
- Person-centredness (rispetto e dignità, coinvolgimento nelle decisioni)
- Supporto emotivo (gestione delle paure e ansie)
- Collaborazione tra professionisti sanitari (percezione del lavoro in team del personale medico ed infermieristico)
- Soddisfazione dell'assistenza ricevuta

Per valorizzare i risultati raccolti, si riportano dapprima le analisi comparate sulle descrittive relative ai principali indicatori di soddisfazione ed esperienza con le cure ricevute in modo da fornire le dimensioni del fenomeno e poi, nell'ultimo paragrafo, la raccolta delle evidenze nel mettere in relazione la soddisfazione dei pazienti con gli altri fattori indagati negli studi.

La soddisfazione dei pazienti e la loro esperienza nella relazione con il personale infermieristico

Complessivamente, i pazienti intervistati riportano un alto livello di soddisfazione e un'esperienza positiva, sebbene emergano differenze nelle valutazioni in relazione alle diverse dimensioni analizzate (Tabella 3).

Tabella 3. Sintesi delle dimensioni analizzate

Dimensione analizzata	Sub-dimensione	Autore, anno	Setting assistenziale	Numerosità del campione (N°)	Valore (range)
Supporto informativo	Chiarezza nelle informazioni	Laboratorio MeS, 2023	Ospedale	52.654	91.39 (0-100)
		Bernocchi et al., 2022	Telemedicina	130	3,8 (1-4)
		De Rosis et a., 2021	Ospedale	9393	4.62 (1-5)
	Utilità delle informazioni	Blondeaux et al., 2022	Ambulatoriale	299	68.2 (0-100)
		Bernocchi et al., 2023	Telemedicina	422	7.7 ± 0.8 (0-10)
Informazioni sui farmaci	CERSI, 2024	Domiciliare	4.709	78.87 (0-100)	
Person-centredness	Informazioni riguardo gli effetti collaterali dei farmaci	CERSI, 2024	Domiciliare	4.709	72.68 (0-100)
		Laboratorio MeS, 2023	Ospedale	52.654	94.06 (0-100)
	Rispetto e Dignità	De Rosis et a., 2021	Ospedale	9393	4.76 (1-5)
		Cilluffo et al., 2023	Ospedale	285	78.41 (0-100)
		Laboratorio MeS, 2023	Ospedale	52.654	89 (0-100)
Parlare davanti al paziente come se non fosse presente	De Rosis et a., 2021	Ospedale	9393	4.53 (1-5)	
Supporto emotivo	Gestione delle paure e ansie	Laboratorio MeS, 2023	Ospedale	52.654	83.82 (0-100)
		De Rosis et a., 2021	Ospedale	9393	4.30 (1-5)
		Bernocchi et al., 2023	Telemedicina	422	95 (0-100)

Dimensione analizzata	Sub-dimensione	Autore, anno	Setting assistenziale	Numerosità del campione (N°)	Valore (range)
Lavoro in team	Lavoro in team personale medico e personale infermieristico	Laboratorio MeS, 2023	Ospedale	52.654	87.2 (0-100)
		De Rosis et al., 2021	Ospedale	9393	4.44 (1-5)
Autonomia	Care dependence	Piredda et al., 2021	Ospedale	208	43.54 (0-100)
Soddisfazione dell'assistenza ricevuta	Utilità del servizio di assistenza	Buttiron Webber et al., 2021	Domiciliare	31	63,4 (0-100)
	Soddisfazione generale	Galletta et al., 2022	Ospedale	151	3.41 (1-4)
	Disponibilità a raccomandare gli infermieri ad amici e parenti	CERSI, 2024	Domiciliare	4.709	99.04 (0-100)
	Assistenza domiciliare ricevuta dagli infermieri	CERSI, 2024	Domiciliare	4.709	8.23 (0-10)
	Soddisfazione terapia	Barello et al., 202	Domiciliare	244	4.5 (1-5)

Di seguito, si analizzano nel dettaglio le principali dimensioni indagate negli studi, evidenziando le tendenze emerse e le possibili implicazioni per il miglioramento dell'assistenza infermieristica:

- *Supporto informativo*

La chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri è stata valutata con punteggi generalmente elevati, con il valore più alto registrato in ambito ospedaliero (91.39 su 100) e punteggi più bassi nei contesti di telemedicina e ambulatoriale. Questo suggerisce una maggiore efficacia della comunicazione diretta rispetto ai modelli di assistenza a distanza.

La percezione dell'utilità delle informazioni mostra una valutazione inferiore rispetto alla chiarezza, con punteggi che variano tra i diversi setting. In particolare, in ambito ambulatoriale il valore si attesta a 68.2 su 100, indicando margini di miglioramento nella capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti.

In aggiunta, i pazienti riportano una valutazione positiva in merito alle tempistiche di assunzione dei farmaci e riguardo gli effetti collaterali di questi farmaci.

- *Person-centredness*

Il rispetto e la dignità percepiti dai pazienti ricevono generalmente punteggi elevati, con il valore massimo in ambito ospedaliero (94.06 su 100). Tuttavia, emergono aree di miglioramento, in particolare per quanto riguarda le modalità di interazione del personale sanitario. Ad esempio, parlare davanti al paziente come se non fosse presente registra punteggi più bassi (89 su 100), suggerendo la necessità di una maggiore attenzione alle dinamiche comunicative e al comportamento del personale in presenza dell'assistito. È inoltre fondamentale promuovere un maggiore coinvolgimento del paziente nelle decisioni che riguardano il proprio percorso di cura, favorendo un approccio centrato sulla persona.

- *Supporto emotivo*

Questa dimensione presenta uno dei valori più bassi in ospedale (83.82 su 100), indicando che, sebbene la maggior parte dei pazienti si senta adeguatamente supportata, esiste ancora un margine di miglioramento nel fornire rassicurazioni e nel gestire le preoccupazioni legate al proprio stato di salute e al percorso di cura.

- *Lavoro in team*

La collaborazione tra personale infermieristico e medico è percepita positivamente dai pazienti, con punteggi che superano l'87 su 100. Ciò evidenzia una buona integrazione delle figure professionali nel garantire un'assistenza efficace.

- *Autonomia*

Questa dimensione mostra una valutazione significativamente inferiore rispetto alle altre (43.54 su 100), segnalando una potenziale criticità nella percezione dell'autonomia e del supporto ricevuto dai pazienti con necessità di assistenza continua.

- *Soddisfazione dell'assistenza ricevuta*

La soddisfazione rispetto ai servizi infermieristici si presenta generalmente positiva, sia in ambito ospedaliero che domiciliare. Particolarmente elevata risulta anche la propensione dei

pazienti a raccomandare il personale infermieristico a parenti e amici. La percezione in merito all'utilità del servizio di assistenza presenta punteggi inferiori, con un valore di 63.4 su 100 in ambito domiciliare. Questo suggerisce la necessità di migliorare la percezione di efficacia del servizio da parte dei pazienti.

Queste evidenze sottolineano l'importanza di un approccio mirato per migliorare l'esperienza di cura, con un'attenzione particolare alle aree critiche come la gestione delle ansie, l'utilità delle informazioni fornite e il supporto per la dipendenza assistenziale.

Fattori che influenzano la soddisfazione dei pazienti e la loro esperienza nella relazione con il personale infermieristico

Complessivamente, i pazienti intervistati riportano un alto livello di soddisfazione e un'esperienza positiva in merito alle pratiche infermieristiche e alle relazioni con il personale infermieristico, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale.

Diversi fattori risultano determinanti per garantire un'esperienza di cura soddisfacente:

- *Comunicazione efficace e basata sulla fiducia.*

Una comunicazione chiara, empatica e fondata sulla fiducia è cruciale per il benessere dei pazienti. La mancanza di queste caratteristiche può avere un impatto negativo sulla relazione infermiere-paziente e sul benessere dei pazienti. All'interno di questa relazione, i pazienti aiutano il personale infermieristico a comprendere i loro bisogni e ad implementare un supporto personalizzato e dignitoso. La relazione con il personale infermieristico è spesso percepita come un "salvavita", e la sua interruzione, una volta raggiunta l'indipendenza nella cura, può essere vissuta come un abbandono (Piredda et al., 2021).

- *Approccio centrato sul paziente.*

L'orientamento verso un modello organizzativo di cura centrato sul paziente non solo migliora la salute fisica, ma anche la salute psicologica, aumentando l'autostima dei pazienti (Barello et al., 2022).

Una maggiore attenzione degli infermieri ai bisogni individuali dei pazienti risulta significativamente correlata all'aumento della soddisfazione e della qualità di cura percepita dei pazienti, secondo Galletta et al (2022). Questo potrebbe essere connesso al tempo che il personale infermieristico dedica ai pazienti durante il ricovero. Inoltre, la figura infermieristica è vista anche come mediatore tra il paziente e il personale medico, aiutando quest'ultimo a comprendere appieno i bisogni e le esigenze del paziente (Galletta et al., 2022).

- *Assistenza lungo tutto il percorso.*

Anche nel contesto dell'assistenza da remoto, il personale infermieristico gioca un ruolo cruciale nell'accompagnare i pazienti nella gestione quotidiana della propria condizione di salute, riducendo ansia e preoccupazioni, specialmente durante periodi delicati come il lockdown (Bernocchi et al., 2023). I pazienti riportano una valutazione positiva sui programmi di tele-assistenza, probabilmente dovuta anche da un miglioramento dei sintomi dopo l'implementazione del programma stesso (Bernocchi et al., 2022). La possibilità di ricevere cure rimanendo a

casa, con il supporto di personale infermieristico, è considerata un altro importante vantaggio che migliora l'esperienza complessiva (Webber et al., 2021).

Nel 2021 è stato pubblicato uno studio che analizza **l'impatto dei modelli organizzativi di assistenza infermieristica sull'esperienza dei pazienti** (De Rosis et al., 2021). La ricerca, condotta tra il 2018 e il 2019 in Toscana, ha mappato vari modelli infermieristici in alcuni reparti di ospedali toscani, e analizzato oltre 9000 questionari dei pazienti dimessi dagli stessi reparti. I risultati mostrano che il modello assistenziale adottato influenza significativamente la valutazione dei pazienti. Fattori quali età, livello di istruzione e la presenza di un caregiver influenzano anch'essi l'esperienza riportata. Tra le caratteristiche dei modelli organizzativi, la collaborazione tra medici e infermieri emerge come fattore cruciale per migliorare la qualità delle informazioni alla dimissione e nella gestione del dolore. Mentre un unico infermiere di riferimento non sempre migliora l'esperienza dei pazienti, la presenza di un team leader è percepita come fondamentale dagli stessi. In sintesi, il tipo di modello infermieristico adottato può influenzare i fattori sopraindicati e l'esperienza del paziente. Modelli infermieristici ibridi, che combinano caratteristiche di diversi approcci organizzativi, sembrano essere i più efficaci nel rispondere alle esigenze dei pazienti (De Rosis et al., 2021).

Infine, a differenza degli studi sopramenzionati che includono il punto di vista del paziente, Ciluffo e i colleghi (2023) hanno sviluppato e validato una nuova scala con l'obiettivo di raccogliere **sia il punto di vista del paziente sia il punto di vista del professionista**. Infatti, essi hanno esplorato il concetto di “*mutuality*” nella relazione infermiere-paziente, caratterizzato da alti livelli di empatia, collaborazione, uguaglianza, fiducia, reciprocità e ascolto senza pregiudizio. Gli autori riportano un'associazione moderata tra la mutualità infermiere-paziente e la soddisfazione fornita e ricevuta.

In conclusione, i risultati emersi da questa sezione evidenziano la necessità di una formazione continua del personale, con particolare attenzione alle competenze comunicative e all'empatia (Peruzzo et al., 2025b). Questi aspetti risultano essere essenziali per migliorare la percezione delle cure e la soddisfazione dei pazienti.

Inoltre, è necessario incentivare la creazione di ambienti assistenziali che pongano al centro il paziente. Per raggiungere questo obiettivo, è necessario promuovere un cambiamento culturale sistemico che coinvolga tutti i livelli dell'organizzazione.

Infine, l'uso di strumenti come l'Osservatorio PREMs, che raccoglie il feedback in continuo mutamento dei pazienti, è un passo fondamentale per comprendere e rispondere alle necessità degli utenti. La raccolta e l'analisi dei dati sull'esperienza dei pazienti dovrebbero diventare una pratica consolidata nelle strutture sanitarie per orientare il miglioramento continuo.

Tabella 4: Analisi delle determinanti della soddisfazione dei pazienti

Autore, anno	Setting	Indicatore/Dimensioni	Metodo - Scala di misurazione (n° partecipanti)	Risultati/Commento
De Rosis et al., 2021	Ospedale	-Supporto emotivo -Supporto informativo -Rispetto e dignità -Chiarezza delle informazioni	Questionario sviluppato localmente (9393)	<p>Una maggiore autonomia decisionale degli infermieri migliora la percezione di rispetto e della dignità del paziente, oltre alla chiarezza delle informazioni alla dimissione.</p> <p>La presenza di un infermiere di riferimento aiuta a gestire paure e ansie (9%, p = 0.001) e a garantire il rispetto e la dignità (11%, p = 0.001), ma riduce la chiarezza delle informazioni sui farmaci (-8%, p = 0.004).</p> <p>La supervisione da parte di un leader migliora la percezione di rispetto (+10%, p = 0.005), la chiarezza delle risposte degli infermieri (+8%, p = 0.005) e la volontà di raccomandare il servizio (+11%, p = 0.023).</p> <p>Ne consegue la necessità di modelli ibridi, che traggano il meglio dai vari modelli per massimizzare l'esperienza del paziente.</p>
Piredda et al., 2021	Ospedale	-Autonomia	Questionario (Care DEeP Questionnaire) – sviluppato e validato localmente (208)	<p>I pazienti hanno riportato una percezione della dipendenza dalle cure più positiva (M 82.83, SD 15.30, range 31.4–100.0) che negativa (M 49.12, SD 18.17, range 20–97.5). Il bilancio edonico è risultato positivo, indicando un maggiore benessere soggettivo.</p> <p>Lo studio fornisce la validazione del questionario Care DEeP che può essere utilizzato dagli infermieri oncologici per valutare le esperienze dei pazienti e per migliorare la loro assistenza.</p>
Buttiron Webber et al., 2021	Domiciliare	Soddisfazione dell'assistenza ricevuta	Questionario (Home care service customer satisfaction) – sviluppato localmente (31)	<p>I risultati evidenziano l'importanza nel garantire la continuità delle cure per i pazienti cronici, con particolare riferimento al periodo pandemico.</p> <p>Il progetto di assistenza domiciliare ha permesso l'aumento del senso di assistenza fornita dai professionisti, la riduzione dei ricoveri ospedalieri, il risparmio di tempo dei pazienti, la riduzione dei tempi d'attesa.</p>

Autore, anno	Setting	Indicatore/Dimensioni	Metodo - Scala di misurazione (n° partecipanti)	Risultati/Commento
Bernocchi et al., 2022	Telemedicina	-Supporto informativo	Questionario – SF-12 quality of life questionnaire + Questionario – localmente sviluppato (130)	La soddisfazione dei pazienti per il programma di teleassistenza infermieristica e teleconsulto con specialisti è stata molto alta, con un punteggio medio complessivo di $7,6 \pm 0,9$.
Blondeaux et al., 2022	Ambulatoriale	-Supporto informativo	Intervista telefonica - traccia sviluppata localmente (299)	280 donne (93,6%) hanno valutato positivamente la loro esperienza con la consulenza genetica gestita da infermieri e 287 (96,0%) l'hanno trovata utile, con il 57,5% di esse che si è sentito rassicurato per sé stesse e per la propria famiglia.
Galletta et al., 2022	Ospedale	Soddisfazione dell'assistenza ricevuta	Questionario - partnership-building communication scale (Arnetz et al., 2010), Perceived Quality of Treatment (Arnetz et al., 2004) e altre misure NS -151	<p>I pazienti hanno valutato il coinvolgimento nelle scelte relative al trattamento in modo più favorevole per i medici rispetto agli infermieri, ma non ci sono stati cambiamenti significativi nella soddisfazione.</p> <p>Le valutazioni dei pazienti nei confronti del personale infermieristico sono aumentate significativamente dalla fase di ammissione alla dimissione.</p> <p>L'attenzione ai bisogni del paziente risulta un fattore determinante per la soddisfazione verso gli infermieri (OR = 3.65, 95% CI = 1.31–10.14, p = 0.013) e la qualità percepita dell'assistenza (OR = 3.97, 95% CI = 1.49–10.55, p = 0.006).</p>
Barello et al., 2022	Telemedicina	Soddisfazione terapia	Interviste telefoniche – NS -244	Lo studio riporta i risultati di un programma di supporto e gestione della condizione cronica per i pazienti con sclerosi multipla. Il programma ha contribuito al miglioramento dell'esperienza riportata dai pazienti.

Autore, anno	Setting	Indicatore/Dimensioni	Metodo - Scala di misurazione (n° partecipanti)	Risultati/Commento
Cilluffo et al., 2023	Ospedale	-Coinvolgimento del paziente	Studio multistage per sviluppare e validare Patient Mutuality in Chronic Illness (NPM-CI) scale (285)	La scala NPM-CI per i pazienti è risultata valida e affidabile per misurare la mutualità nelle relazioni tra pazienti con malattia cronica e personale infermieristico, e può essere utilizzata per valutare la soddisfazione nel contesto della cura. Dall'analisi emergono 3 fattori fondamentali: fiducia e reciprocità, essere un punto di riferimento e condivisione delle cure.
Bernocchi et al., 2023	Telemedicina	-Supporto informativo -Supporto emotivo	Interviste telefoniche - SF-12 quality of life questionnaire + Questionario di soddisfazione - NS (422)	La soddisfazione dei pazienti con il programma di teleassistenza condotto da infermieri e teleconsulto era molto alta in tutti i pazienti partecipanti, con un punteggio medio complessivo di $7,7 \pm 0,8$
Lab MeS 2023	Ospedale	-Rispetto e dignità -Parlare davanti al paziente come se non fosse presente -Gestione paure ed ansie -Risposte chiare	Questionario sviluppato localmente (52654)	I pazienti riportano un'esperienza positiva in termini di rispetto e dignità. Inoltre, i pazienti dichiarano di aver ricevuto risposte chiare da parte del personale infermieristico durante la permanenza in ospedale. Le aree più critiche risultano essere la gestione delle paure e ansie da parte del personale infermieristico e parlare davanti al paziente come se non fosse presente
Aidomus	Domiciliare	-Supporto informativo in merito ai farmaci e ai relativi effetti collaterali -Soddisfazione complessiva dell'assistenza ricevuta -Disponibilità a raccomandare il servizio domiciliare	"Home Health Care Survey of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems" (HHCAHPS) (Squires et al., 2012) (4.709)	La valutazione media dell'assistenza ricevuta risulta essere positiva (8.23; SD = 1.07; range = 0-10) e il 99.04% dei rispondenti consiglierebbe ad amici e parenti di essere assistiti dagli infermieri da cui ha avuto. Il 78.87% dei pazienti ha riferito di aver ottenuto dagli infermieri indicazioni su quando assumere il farmaco e il 72.68% ha riportato di aver avuto informazioni dagli infermieri riguardo gli effetti collaterali di questi farmaci.

Bibliografia

Imtithal Adnan, F., Noor, N. M., & Mat Junoh, N. A. (2020). Associated factors of labor satisfaction and predictor of postnatal satisfaction in the north-east of Peninsular Malaysia. *PLoS One*, 15(8), e0238310.

Barello, S., Paolicelli, D., Bergamaschi, R., Cottone, S., D'Amico, A., Annibaldi, V., ... & Graffigna, G. (2022), "A nurse-led, telephone-based patient support program for improving adherence in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis using interferon beta-1a: Lessons from a consumer-based survey on adveva® PSP", *Frontiers in Psychology*, Vol. 13.

Bernocchi, P., Bonometti, F., Serlini, M., Assoni, G., Zanardini, M., Pasotti, E., Guerrini, S., et al. (2022), "Telehealth and Telecare: A Real-Life Integrated Experience in the COVID-19 Pandemic", *Telemedicine and E-Health*, Mary Ann Liebert Inc., Vol. 28 No. 5, pp. 720–727, doi: 10.1089/tmj.2021.0181.

Bernocchi, P., Crotti, G., Beato, E., Bonometti, F., Giudici, V., Bertolaia, P., Perger, E., et al. (2023), "COVID-19 teleassistance and teleconsultation: a matched case-control study (MIRATO project, Lombardy, Italy)", *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, Frontiers Media SA, Vol. 10, doi: 10.3389/fcvm.2023.1062232.

Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., & Mercer, S. W. (2015), "Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure", *BMC Family Practice*, 16, 1-9.

Blondeaux, E., Lambertini, M., Buzzatti, G., Bruzzone, C., Baraga, M., Pisani, R., Del Mastro, L., et al. (2023), "Experience with a nurse-driven genetic counseling pathway of Italian women with uninformative BRCA test result", *Journal of Genetic Counseling*, John Wiley and Sons Inc, Vol. 32 No. 1, pp. 140–152, doi: 10.1002/jgc4.1630.

Cilluffo, S., Bassola, B., Iovino, P. and Lusignani, M. (2023), "Development and validation of two versions of the Nurse–Patient Mutuality in Chronic Illness scale", *Journal of Advanced Nursing*, John Wiley and Sons Inc, Vol. 79 No. 8, pp. 3170–3182, doi: 10.1111/jan.15594.

Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in Psychology*, 6, 470.

De Rosis, S., Barchielli, C., Vainieri, M. and Bellé, N. (2021), “The relationship between healthcare service provision models and patient experience”, *Journal of Health Organization and Management*, Emerald Publishing, Vol. 36 No. 9, pp. 1–24, doi: 10.1108/JHOM-06-2021-0242.

De Rosis, S., Cerasuolo, D., & Nuti, S. (2020). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC Health Services Research*, 20, 1-17.

De Rosis, S., Jamieson Gilmore, K. and Nuti, S. (2023), “Reverse compassion: value-in-use and value-in-context of healthcare services during crisis”, *TQM Journal*, Emerald Publishing, Vol. 35 No. 9, pp. 332–351, doi: 10.1108/TQM-12-2022-0339.

FNOPI. (2024). Studio AIDOMUS-IT: Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia: la qualità e la sicurezza per i cittadini, STUDIO AIDOMUS-IT 2023-2024

Galletta, M., Piazza, M.F., Meloni, S.L., Chessa, E., Piras, I., Arnetz, J.E. and D’Aloja, E. (2022), “Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently?”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, MDPI, Vol. 19 No. 21, doi: 10.3390/ijerph192114229.

Murante, A. M., Seghieri, C., Brown, A., & Nuti, S. (2014). How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), e247-e260.

Pagnucci, N., Tolotti, A., Moschetti, F., Rosa, F. and Carnevale, F. (2019), “L’infermieristica in Italia attraverso l’esperienza di pazienti e caregivers: scoping review.”, *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, Vol. 72 No. 2.

Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., ... & Papatavrou, E. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses’ caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341-350.

Peruzzo, E., Seghieri, C., Vainieri, M. & De Rosis, S. (2025a), “Improving the healthcare user experience: An Optimization model grounded in Patient-Centredness”, *BMC Health Services Research*.

Peruzzo, E., Vainieri, M. & De Rosis, S. (2025b), “Enhancing learning systems in using Patient Experience Data: an exploratory mixed-method study in two Italian Regions”, *International Journal of Health Planning and Management*

Piredda, M., Candela, M.L., Marchetti, A., Biagioli, V., Facchinetti, G., Gambale, G., Labbadia, C., et al. (2021), “Development and psychometric testing of the care dependence perception questionnaire”, *European Journal of Cancer Care*, Blackwell Publishing Ltd, Vol. 30 No. 4, doi: 10.1111/ecc.13430.

Vainieri, V., Peruzzo, E., D’Orio, G., De Rosis, S., Gentile, F., Conti, E., Cerasuolo, D., Bonanni, A. (2024), *INDAGINE PREMs PATIENT-REPORTED EXPERIENCE MEASURES. RILEVAZIONE SISTEMATICA DELL’ESPERIENZA DI RICOVERO ORDINARIO RIPORTATO DAI PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI NELLA SANITÀ TOSCANA*. Disponibile su https://www.santannapisa.it/sites/default/files/inline-files/Report_PREMs_2023_0.pdf

Vainieri, M.; Caputo, A.; Vinci, A.; D’Orio, G.; Cerasuolo, D.; Nuti, S. (2024), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità Toscana – Report 2023*. Disponibile su https://www.santannapisa.it/sites/default/files/inline-files/Report_Toscana_2023.pdf

Webber, T.B., Giuliano, S., Patrone, C., Briata, I.M., Franconeri, M., Marceca, F., Magnani, M., et al. (2021), “Home se-cure: A home care service for cancer patients during the COVID-19 pandemic”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, MDPI, Vol. 18 No. 20, doi: 10.3390/ijerph182010913.

PARTE SECONDA

L'evoluzione dell'assistenza territoriale e il ruolo degli infermieri: tra organizzazione regionale e percezioni dei cittadini

La seconda parte del rapporto offre un'analisi comparata degli atti regionali che recepiscono le linee di indirizzo introdotte dal Decreto Ministeriale n. 77 del 2022, in riferimento al modello dell'infermiere di famiglia e/o di comunità. A completamento dell'analisi, vengono presentati i risultati di un approfondimento sul livello di implementazione di tale modello, così come percepito dalla Consulta delle associazioni di pazienti e cittadini della FNOPI.

La pandemia ha messo in rilievo l'importanza di avere sistemi sanitari con servizi di cure primarie forti. In molte regioni le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) generate per rispondere all'emergenza erano costituite da medici e infermieri che andavano a domicilio. L'idea di rafforzare l'aspetto della prossimità delle cure è divenuta una parola chiave della missione 6, della salute, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Ed è così che nel decreto ministeriale di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il DM77/2022 che la parola chiave della prossimità è stata tradotta attraverso diverse innovazioni organizzative, tra cui il modello organizzativo dell'infermiere di famiglia o comunità.

Il rispetto delle milestone del PNRR, ha previsto il recepimento e la declinazione delle linee di indirizzo nazionali della riforma DM77/2022 da parte delle Regioni e Province Autonome. L'analisi comparata di tali atti regionali consente di cogliere eventuali differenze nell'interpretazione e nell'implementazione del modello, rivelando se – e in che misura – le Regioni abbiano introdotto elementi di originalità, come l'impiego di parole chiave aggiuntive o alternative rispetto a quelle contenute nel decreto ministeriale. Un esempio emblematico è rappresentato dalla scelta di sostituire la congiunzione 'o' con 'e' nella denominazione 'infermiere di famiglia e comunità', segnale di un possibile orientamento verso una figura professionale con un ruolo integrato e trasversale nei due ambiti.

L'analisi testuale e semantica dei documenti regionali, basata sull'identificazione e il confronto delle parole chiave, offre dunque un primo livello di lettura utile per individuare tendenze, convergenze e disallineamenti nell'attuazione del modello organizzativo. Tuttavia, per completare il quadro e arricchirlo di una prospettiva più orientata all'esperienza degli utenti, questa parte del lavoro presenta anche un approfondimento sul livello di implementazione e sull'impatto percepito dell'infermiere di famiglia e/o comunità. Tale approfondimento si basa sul contributo della Consulta delle associazioni dei pazienti e dei cittadini della FNOPI, che

rappresenta un punto di osservazione privilegiato sulla qualità, l'accessibilità e l'efficacia dei servizi sanitari dal punto di vista della cittadinanza attiva.

Le **evidenze principali** emerse da questa seconda parte del rapporto sono:

- Diffusa adozione del modello dell'Infermiere di **Famiglia o di Comunità** negli atti delle Regioni italiane.
- **Recepimento uniforme dello standard ministeriale** di 1 infermiere ogni 3.000 abitanti in tutte le Regioni.
- **Eterogeneità nelle competenze** attribuite a questa figura professionale a livello regionale e nelle modalità con cui raggiungere il fabbisogno di personale infermieristico stimato.
- Fase di **implementazione ancora in corso**, secondo la percezione espressa dalla Consulta delle associazioni di pazienti e cittadini, con **effetti non ancora pienamente visibili**.
- Criticità legata alla **rotazione del personale**, che rischia di **compromettere la funzione di riferimento** territoriale dell'infermiere per i pazienti.

Il modello dell’Infermiere di Famiglia e Comunità in Italia: un’analisi documentale

a cura di Lorenzo Taddeucci¹

Questo capitolo analizza come le Regioni hanno previsto di implementare il modello dell’infermieristica di famiglia e comunità, delle riforme di riorganizzazione territoriale delle Regioni e Province Autonome, e le prime reazioni dei rappresentanti della consulta delle associazioni dei pazienti e dei cittadini della FNOPI.

L’analisi effettuata ha adottato due approcci metodologici complementari, uno quantitativo ed uno qualitativo.

Per l’analisi testuale di tipo quantitativo, i testi sono stati trasformati e analizzati per individuare le parole più ricorrenti e i temi legati al termine “infermier*”.

Parallelamente, è stata svolta un’analisi qualitativa basata su una griglia di lettura condivisa con il gruppo di lavoro e la FNOPI. L’obiettivo era quello di integrare gli elementi emersi dall’analisi quantitativa, approfondendo aspetti descrittivi, caratteristiche e livello di implementazione del modello organizzativo dell’Infermieristica di Famiglia e Comunità, nonché gli standard di riferimento e le competenze attese.

L’analisi volta a catturare le percezioni della Consulta della FNOPI si è basata sui focus group. Attraverso discussioni di gruppo, i partecipanti esplorano e chiariscono punti di vista, utilizzando un linguaggio quotidiano e condividendo esperienze, il che consente di indagare non solo cosa pensano, ma anche come e perché lo pensano, rivelando aspetti spesso trascurati da altre metodologie.

Questa parte di analisi ha visto il coinvolgimento della Consulta delle Associazioni dei Pazienti e Cittadini, un organo consultivo della FNOPI, nata nel giugno 2017, come luogo di confronto e comunicazione permanente. Delle associazioni iscritte alla consulta hanno partecipato all’incontro promosso a Roma il 15 giugno 2024:

- AISLA - Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica
- AISM - Associazione italiana sclerosi multipl
- AISTOM - Associazione italiana stomizzati
- AIP - Associazione per le immunodeficienze primitive
- ALAMA – Associazione Liberi dall’Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, respiratorie e Rare
- ANIMASS - Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjögren
- ANNA- Associazione nazionale nutriti artificialmente

¹ Questa sezione è stata redatta da Lorenzo Taddeucci. L’autore ringrazia i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla raccolta ed elaborazione delle informazioni qui contenute: Lorenzo Corduas, Alessandra Montellato, Giuseppe Di Lorenzo, Chiara Barchielli.

- APIAFCO - Associazione psoriasici italiani amici della Fondazione Corazza
- APMARR - associazione nazionale persone con malattie reumatologiche e rare
- Associazione Respiriamo Insieme APS
- AVIS - Associazione italiana volontari del sangue
- Cittadinanzattiva
- FAIS - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati
- FAVO - Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia
- FCP - Federazione cure palliative
- FederAsma e Allergie
- LILA - Lega Italiana per la lotta contro l'AIDS
- SIMBA - Associazione italiana sindrome e malattia di Behçet
- UNIAMO F.I.M.R. - Federazione delle associazioni di pazienti affetti da malattie rare

Le associazioni presenti sono state suddivise in 3 gruppi omogenei tra loro ma eterogenei per età, ente rappresentato e genere. Il focus group si è svolto in 3 stanze distinte e separate, moderate da un esperto esterno alla materia ed un osservatore del team di ricerca per la trascrizione.

Analisi testuale – la ricorrenza del termine infermiere e delle tematiche correlate

Gli atti analizzati sono stati emanati per la stragrande maggioranza entro dicembre 2022 come da indicazione del decreto ministeriale. La tabella 1 riporta le regioni che hanno legiferato nel corso degli anni 2022-2024.

Tabella 1: Timeline deliberazione atti di recepimento del DM 77/2022, fonte atti regionali e provinciali

<i>Regione</i>	<i>Approvazione dell'atto</i>
Abruzzo	13/12/2022
Basilicata	30/12/2022
Calabria	12/07/2023
Campania	13/12/2022
Emilia-Romagna	12/12/2022
Friuli Venezia Giulia	29/12/2022
Lazio	26/07/2022
Liguria	06/12/2022
Lombardia	15/12/2022
Marche	28/04/2023
Molise	01/03/2024
P.A. Bolzano	06/12/2022
P.A. Trento	10/02/2023
Piemonte	20/12/2022
Puglia	27/12/2022
Sardegna	14/12/2022
Sicilia	16/12/2022
Toscana	28/12/2022
Umbria	14/12/2022
Valle d'Aosta	22/12/2022
Veneto	22/06/2023

Le regioni hanno recepito in tempi molto diversi la normativa, la maggior parte si è concentrata nel mese di chiusura del 2022. La Provincia Autonoma di Trento, ad esempio, ha recepito la normativa solo nel febbraio 2023, mentre Regioni come Marche, Veneto e Calabria hanno adottato il provvedimento rispettivamente nell'aprile, giugno e luglio 2023. Il Molise ha recepito il decreto nel marzo 2024, a oltre un anno dalla scadenza prevista.

La frequenza con cui la parola “infermier*”, forma che comprende tutte le varianti legate agli infermieri, compare negli atti regionali di recepimento del DM 77/2022 dipende dallo stile dei documenti (lunghi o sintetici). Questa frequenza costituisce la base di riferimento (il denominatore) per comparare gli attributi e i verbi associati agli infermieri (vedasi Tabella 2).

Tabella 2: Ricorrenza parola Infermier-, fonte atti regionali e provinciali

<i>Regione</i>	<i>Infermier*-N° di volte in cui il termine viene utilizzato</i>
<i>Abruzzo</i>	66
<i>Basilicata</i>	49
<i>Bolzano</i>	54
<i>Calabria</i>	73
<i>Campania</i>	21
<i>Emilia Romagna</i>	25
<i>FVG</i>	42
<i>Lazio</i>	66
<i>Liguria</i>	9
<i>Lombardia</i>	40
<i>Marche</i>	65
<i>Molise</i>	66
<i>Piemonte</i>	79
<i>Puglia</i>	50
<i>Sardegna</i>	19
<i>Sicilia</i>	70
<i>Toscana</i>	16
<i>Trento</i>	24
<i>Umbria</i>	37
<i>Val d'Aosta</i>	48
<i>Veneto</i>	26

I termini associati all'infermieristica

A partire dall'analisi delle frequenze dei termini presenti nei documenti regionali e nazionali, è stato condotto un approfondimento volto a esplorare i principali ambiti tematici riferiti alla figura infermieristica. Dopo una fase di pre-processing dei testi, sono state selezionate le parole maggiormente ricorrenti associate al termine infermier*. L'analisi si è quindi focalizzata su queste frequenze, con l'obiettivo di individuare raggruppamenti di termini che si presentavano con maggiore regolarità all'interno dei documenti. Tale procedura ha consentito di costruire insiemi tematici omogenei (cluster), derivanti direttamente dalla distribuzione delle parole più utilizzate e dalla loro tendenza a ricorrere congiuntamente nei testi.

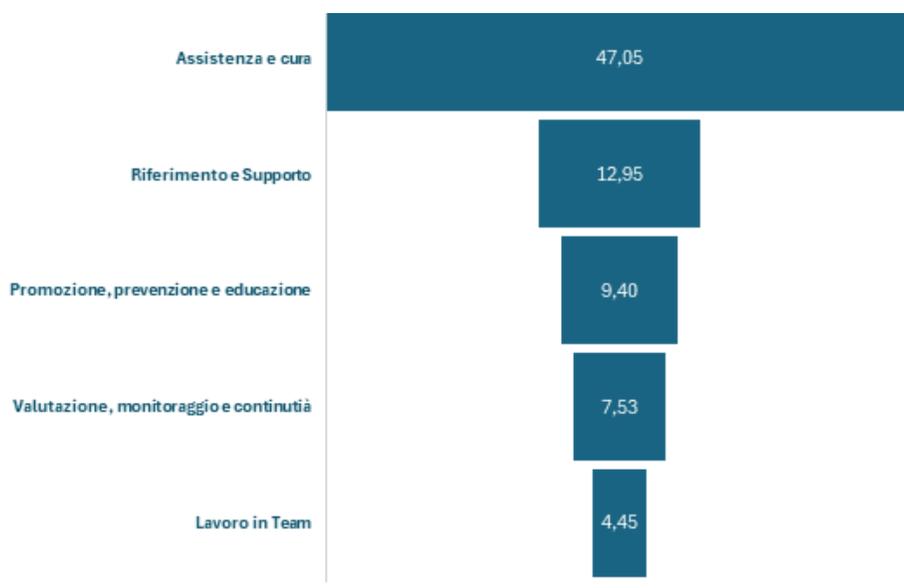
Successivamente, il gruppo di ricerca – in accordo con i referenti della FNOPI – ha definito

cinque insiemi tematici distinti, utili a restituire una lettura articolata dei modelli che descrivono il ruolo e le responsabilità dell'infermiere all'interno degli atti normativi delle regioni, volte a identificare le aree operative, decisionali e relazionali entro cui si esercita la professione nell'ambito della riorganizzazione territoriale. Nello specifico:

- **Assistenza e Cura:** questo cluster raccoglie i termini che descrivono l'intervento diretto dell'infermiere nella gestione dei bisogni clinico-assistenziali delle persone assistite. In quest'area si esprimono le responsabilità legate all'autonomia professionale e alla capacità di risposta ai bisogni assistenziali.
- **Promozione, Prevenzione ed Educazione:** questo insieme tematico esprime la responsabilità dell'infermiere nell'intervenire non solo sul piano curativo, ma anche nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Include attività educative rivolte al singolo e alla comunità, come l'educazione terapeutica, la sensibilizzazione su stili di vita sani e l'intervento nei contesti scolastici, domiciliari e territoriali. Il ruolo infermieristico, in questo ambito, si caratterizza per la sua proattività e per la capacità di orientare comportamenti e scelte di salute.
- **Valutazione, Monitoraggio e Continuità:** questo cluster rimanda alle responsabilità infermieristiche nella presa in carico nel tempo, nella valutazione delle condizioni cliniche, nel monitoraggio degli esiti assistenziali e nella garanzia della continuità tra diversi setting di cura. Qui si riflettono le funzioni di osservazione, interpretazione e decisione che l'infermiere esercita per assicurare interventi coerenti e coordinati lungo tutto il percorso di assistenza, specialmente nei contesti di cronicità e fragilità.
- **Supporto e Riferimento:** all'interno di questo cluster troviamo la responsabilità di offrire sostegno emotivo, psicologico e relazionale al paziente e alla famiglia, specialmente nei momenti di fragilità o transizione e la funzione di riferimento come figura di accesso, orientamento e raccordo all'interno del sistema sanitario, in grado di fungere da punto di contatto stabile per la persona assistita. Con questo cluster si definiscono principi riconducibili alla prossimità delle cure.
- **Lavoro in Team:** rappresenta il ruolo dell'infermiere come parte integrante del sistema di cura multiprofessionale. L'infermiere collabora stabilmente con altri professionisti sanitari, contribuendo al coordinamento clinico, allo scambio di informazioni e alla costruzione condivisa dei piani assistenziali. Questa dimensione mette in evidenza le responsabilità connesse alla cooperazione, alla comunicazione efficace e alla capacità di agire in contesti organizzativi complessi come quello delle cure primarie.

L'aggregazione in cluster è stata funzionale a una lettura del testo finalizzata a individuare le ricorrenze più frequenti. Sebbene l'analisi testuale dei documenti non rifletta necessariamente le modalità effettive di attuazione dei modelli nei diversi contesti regionali, è possibile identificare potenziali traiettorie organizzative messe in evidenza da un utilizzo più accentuato di alcuni attributi rispetto ad altri. L'intero processo è stato condotto in modo collaborativo dal gruppo di ricerca, garantendo coerenza nella codifica, nella classificazione e nell'analisi dei dati testuali.

Figura 1: Tematiche ricorrenti alla parola Infermier- media nazionale, fonte atti regionali e provinciali



L'analisi delle frequenze riportate nella figura 1 evidenzia una forte concentrazione dei termini nel cluster Assistenza e cura, che rappresenta il 47,05% delle occorrenze totali. Questo dato sottolinea la centralità dell'intervento diretto sugli utenti e della gestione delle esigenze cliniche nella professione infermieristica. Il cluster Riferimento e Supporto segue con una percentuale significativa del 12,95%, indicando l'importanza del ruolo dell'infermiere come punto di riferimento nel percorso di cura e del supporto fornito in contesti multidisciplinari.

I cluster relativi a Promozione, prevenzione ed educazione (9,40%) e Valutazione, monitoraggio e continuità (7,53%) mostrano percentuali inferiori, ma evidenziano comunque un riconoscimento delle funzioni preventive e di monitoraggio nella pratica infermieristica. Infine, il cluster Lavoro in Team, con il 4,45%, ha la percentuale più bassa, suggerendo che, sebbene il lavoro collaborativo sia presente, non costituisce la tematica dominante nei documenti analizzati.

L'analisi comparata regionale conferma che l'assistenza diretta al paziente rimane l'elemento centrale della professione, mentre vi sono dimensioni meno citate o meno richiamate fra le funzioni degli infermieri come quelle educative nei confronti dei pazienti o di collaborazione e interazioni con le altre professioni. La figura 2 riporta il rapporto fra il numero di attributi o parole chiave associate ai cluster in relazione alla ricorrenza della parola infermiere.

Figura 2: Tematiche ricorrenti alla parola Infermier- per Regione (evidenziate i cluster sopra la media nazionale), fonte atti regionali e provinciali

	<i>Integrazione Socio-Sanitaria</i>	<i>Prevenzione e Promozione</i>	<i>Multidisciplinarietà</i>	<i>Proattività</i>	<i>Person centred</i>	<i>Telemedicina</i>	<i>Continuità assistenziale</i>
Abruzzo	x	x	x	x			x
Basilicata				x			
Bolzano							
Calabria	x	x	x	x	x	x	
Campania	x	x		x			
Emilia Romagna	x	x	x	x	x		x
FVG	x		x				x
Lazio	x	x	x			x	
Liguria	x		x		x		
Lombardia	x	x	x	x	x		
Marche		x			x	x	
Molise	x	x		x		x	
Piemonte							
Puglia	x	x	x	x		x	x
Sardegna	x						
Sicilia	x	x	x	x	x		x
Toscana	x	x		x			
Trento	x		x		x		
Umbria	x	x				X	x
Valle d'Aosta	x	x	x			x	
Veneto	x		x	x			

Caratteristiche del modello

L'aspetto analizzato da un punto di vista quantitativo è stato integrato da una lettura dei modelli identificati per l'infermieristica di famiglia e comunità da un punto di vista qualitativo, interpretando gli elementi risalenti che erano stati identificati per il modello.

La maggior parte delle regioni non fa riferimento a modelli specifici, il che potrebbe riflettere un processo ancora in fase di evoluzione o recentemente introdotto su spinta nazionale.

Al contrario, altre regioni, come l'Abruzzo e la Valle d'Aosta, fanno esplicito riferimento a **modelli di medicina d'iniziativa**, enfatizzando un approccio proattivo alla gestione della salute. Il **case management**, adottato da Campania, Molise, Sicilia, Toscana e Umbria, è indicato come modello di riferimento per garantire continuità e coordinamento assistenziale, particolarmente utile nella gestione di cronicità e fragilità.

Il Friuli-Venezia Giulia propone un modello articolato che include approcci come le cure **primarie di Starfield**, l'**Expanded Chronic Care Model** e la **Piramide del rischio Kaiser Permanente**, evidenziando una pianificazione strategica avanzata. La Puglia, invece, segue un modello di welfare di comunità, che integra la partecipazione attiva della comunità con i servizi sanitari e sociali, sottolineando un approccio che mira alla gestione della salute a livello sociale e comunitario.

Alcuni aspetti sembrano essere evidenziati in alcune regioni. Fra questi vi è la **proattività**, evidenziata in molte regioni come Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto, che orientano l'assistenza verso la prevenzione e l'individuazione precoce dei bisogni di salute. La **continuità assistenziale** è un tema ricorrente in regioni come Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Sicilia, dove si cerca di garantire percorsi assistenziali ben integrati. La **multidisciplinarietà** emerge in regioni come Friuli-Venezia Giulia e Lazio, che prevedono la collaborazione di diversi professionisti nel processo di cura, incluse figure come case manager e health coach.

Le differenze nelle modalità di implementazione dei modelli si riflettono anche nell'enfasi su specifici target di popolazione. Ad esempio, regioni come Liguria e Lazio pongono particolare attenzione sulla **personalizzazione delle cure**, mentre la Campania si distingue per il **coinvolgimento del terzo settore** nella gestione delle cronicità.

L'innovazione tecnologica, rappresentata dalla **telemedicina**, emerge come un aspetto di crescente importanza in regioni come Calabria, Lazio, Marche, Molise, Puglia e Valle d'Aosta, particolarmente utile nelle aree meno servite.

In figura 3 sono riportate alcune caratteristiche richiamate nei documenti regionali in relazione al modello dell'infermiere di famiglia e/o comunità.

Figura 3: caratteristiche del modello IFoC livello regionale, fonte atti regionali e provinciali

<i>Regione</i>	<i>Assistenza e Cura</i>	<i>Riferimento</i>	<i>Promozione, Prevenzione e Educazione</i>	<i>Supporto e Lavoro in Team</i>	<i>Valutazione, Monitoraggio e Continuità</i>
<i>Abruzzo</i>	37,88	13,64	5,56	10,61	7,07
<i>Basilicata</i>	58,16	6,12	8,84	10,2	8,16
<i>Bolzano</i>	50,93	11,11	4,32	4,63	8,64
<i>Calabria</i>	43,84	10,96	8,22	8,22	6,85
<i>Campania</i>	57,14	14,29	9,52	7,14	6,35
<i>Emilia Romagna</i>	68	24	14,67	6	8
<i>FVG</i>	44,05	9,52	5,56	7,14	3,97
<i>Lazio</i>	32,58	18,18	15,15	5,3	6,57
<i>Liguria</i>	38,89	0	7,41	11,11	14,81
<i>Lombardia</i>	28,75	20	12,5	21,25	5,83
<i>Marche</i>	52,31	13,85	8,72	2,31	8,21
<i>Molise</i>	43,18	10,61	10,61	12,12	6,06
<i>Piemonte</i>	56,33	7,59	12,24	5,06	5,49
<i>Puglia</i>	38	10	11,33	5	6
<i>Sardegna</i>	26,32	10,53	3,51	10,53	1,75
<i>Sicilia</i>	50,71	8,57	11,43	7,86	8,1
<i>Toscana</i>	46,88	6,25	16,67	18,75	14,58
<i>Trento</i>	68,75	8,33	9,72	6,25	6,94
<i>Umbria</i>	41,89	8,11	8,11	4,05	2,7
<i>Val d'Aosta</i>	57,29	16,67	6,94	8,33	10,42
<i>Veneto</i>	46,15	34,62	6,41	15,38	11,54
Media Nazionale	47,05	12,52	9,4	8,92	7,53

IFeC o IFoC?

La terminologia adottata dalle diverse regioni per definire il modello dell'infermiere di famiglia e/o comunità (IFeC o IFoC) potrebbe riflettere diverse interpretazioni o approcci regionali nell'attuazione di questo modello.

IFeC è la definizione richiamata nel position statement della FNOPI “Infermiere di Famiglia e Comunità” (IFeC), suggerendo un modello integrato che abbraccia entrambi gli ambiti.

IFoC è la definizione del DM77 “Infermiere di Famiglia o Comunità” (IFoC), che potrebbe indicare una maggiore flessibilità nelle funzioni e nelle modalità operative, questa distinzione terminologica potrebbe avere implicazioni importanti nella progettazione e implementazione dei modelli di cura.

Alcune regioni, come il Lazio, la Lombardia, la Sardegna e la Toscana, utilizzano la definizione di “Infermiere di Famiglia e Comunità” (IFeC), mentre la maggior parte delle altre, tra cui Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia e altre, adotta la sigla “Infermiere di Famiglia o Comunità” (IFoC).

La definizione può non essere rappresentativa del reale modello da implementare soprattutto in alcuni casi in cui è stata inserita come mero recepimento del DM77.

Figura 4: definizione IFeC o IFoC, fonte atti regionali e provinciali



Standard

Il DM77 definisce lo standard di riferimento nel rapporto di un infermiere ogni 3000 abitanti. La grande maggioranza delle regioni italiane ha adottato questo standard. Le differenze più significative riguardano il calcolo del fabbisogno, aspetto cruciale che ha un impatto diretto sulle risorse necessarie per l'implementazione del modello.

In alcune regioni come l'Emilia-Romagna, il fabbisogno è stato identificato come una criticità, con tempi stimati per la piena implementazione che vanno da 4 a 5 anni. In Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise e Piemonte non sono stati ancora definiti i numeri del fabbisogno, sebbene alcune regioni facciano riferimento a normative o a documenti futuri, come nel caso della Puglia, che si rifà a DM successivi.

D'altro canto, altre regioni come la Lombardia, la Sardegna, la Sicilia, la Toscana, l'Umbria, la Valle d'Aosta e il Veneto hanno già identificato il fabbisogno totale. In particolare, la Toscana ha previsto una progressività nell'attuazione, con il raggiungimento degli standard entro il 2026. Bolzano sta svolgendo una mappatura dei servizi per stimare il fabbisogno, mentre il Trentino-Alto Adige è impegnato nel reclutamento per far fronte alla domanda.

Le differenze nel calcolo del fabbisogno sono un elemento di criticità per l'implementazione uniforme del modello su tutto il territorio nazionale. Questo scenario implica che, sebbene gli standard siano uniformi, le diverse regioni non abbiano ancora una chiara visione del numero effettivo di infermieri necessari per implementare il modello, con conseguenti difficoltà nella pianificazione delle risorse. Il fabbisogno non definito in molte aree, insieme alle risorse scarse, suggerisce che l'implementazione potrebbe richiedere un significativo investimento, che va pianificato con attenzione per garantire un equilibrio tra l'offerta di servizi e la domanda di assistenza territoriale.

Figura 5: definizione fabbisogno per IFoC, fonte atti regionali e provinciali



 Regioni che hanno definito il fabbisogno, fonte atti regionali e provinciali

Modello nuovo o pregresso?

L'analisi delle normative regionali evidenzia differenti approcci al recepimento del modello dell'infermiere di famiglia e/o comunità, con alcune regioni che introducono il modello come nuova implementazione, mentre altre fanno riferimento a sperimentazioni precedenti o normative già esistenti..

Le regioni che hanno avviato una nuova implementazione sono l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, la Lombardia, l'Umbria e il Veneto. Al contrario, altre come il Friuli-Venezia Giulia e la Liguria si rifanno a sperimentazioni pregresse, come nel caso della bassa friulana e dell'Az. Sanitaria n. 5, o utilizzano normative antecedenti, come la DGR 1046/2018 in Liguria. Alcune regioni non forniscono specifiche indicazioni sullo stato di implementazione, come Campania, Marche, Molise, Puglia, Sardegna e Bolzano, mentre altre, come la Sicilia e il Piemonte, indicano normative che risalgono a momenti antecedenti il DM 77/2022, come le linee guida o documenti di indirizzo già esistenti.

Pur con una certa uniformità nella terminologia, il percorso di recepimento del modello e la sua concretizzazione sul territorio nazionale rispondono a logiche e necessità locali, con un impatto estremamente eterogeneo nella connotazione della pratica infermieristica e sull'organizzazione dei servizi sanitari.

Figura 6: Stadio di implementazione delle Regioni, fonte atti regionali e provinciali



Competenze

Dall'analisi delle competenze dichiarate emerge che in diverse regioni, come Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Trento, sono state identificate o indicate competenze specifiche. In Abruzzo, per esempio, è stato riportato un elenco di competenze che gli infermieri dovrebbero acquisire. Il Friuli-Venezia Giulia, invece, sottolinea la necessità di delineare nuove competenze, indicando una volontà di evolvere il modello, ma senza entrare nel dettaglio del trasferimento di compiti specifici (task-shifting).

In molte altre regioni, come Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Bolzano, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto, non si riscontrano indicazioni precise sulle competenze da sviluppare, il che suggerisce una possibile mancanza nella pianificazione delle risorse umane per l'attuazione del modello infermieristico. In particolare, la mancanza di una chiara definizione di competenze può rallentare la capacità di adattamento e di risposta alle esigenze crescenti di cura sul territorio.

Infine, va segnalato il caso della Provincia Autonoma di Trento, dove si parla dello specifico percorso di laurea ad indirizzo clinico, una mossa che potrebbe supportare l'acquisizione di competenze avanzate, in linea con la prospettiva nazionale.

Il punto di vista dei pazienti e cittadini: focus group sulla riorganizzazione territoriale e il ruolo infermieristico

a cura di Lorenzo Taddeucci¹

Comunicazione e cultura

Dai focus group è emerso che la percezione di cambiamenti strutturali significativi a seguito della riforma territoriale è decisamente scarsa. I partecipanti hanno sottolineato come l'organizzazione e l'integrazione del sistema sanitario appaiano sostanzialmente invariate. Anche nei contesti in cui si registrano esperienze positive queste sembrano essere il risultato di un approccio culturale specifico piuttosto che di un'effettiva attuazione della riforma. Dopo una fase iniziale di maggiore attenzione ai territori durante la pandemia, l'entusiasmo si è progressivamente affievolito, rivelando una resistenza radicata al cambiamento e una persistenza di modelli tradizionalisti:

“Si parla solo di episodi, non sono prassi regionali e strutturati”

“Non è stato percepito un grande cambiamento in merito alla riforma territoriale”

Un aspetto cruciale evidenziato è la carenza di comunicazione sul ruolo degli infermieri, sia verso la popolazione che all'interno della stessa categoria professionale. Il DM77, ad esempio, è largamente sconosciuto ai cittadini, e mancano momenti di confronto e sensibilizzazione che possano illustrare il valore della riforma ed il contributo degli infermieri. Questo vuoto informativo alimenta una scarsa consapevolezza collettiva rispetto alle competenze avanzate che gli infermieri oggi possono offrire, perpetrando la percezione di subalternità rispetto ad altre figure sanitarie. La necessità di una campagna di comunicazione strutturata è emersa con forza, non solo per rendere più visibile il ruolo dell'infermiere, ma anche per rafforzare la fiducia dei cittadini. In tal senso, l'introduzione di figure come l'infermiere scolastico potrebbe rappresentare un'opportunità importante per consolidare il rapporto tra la professione e la comunità, contribuendo a costruire una nuova cultura del ruolo infermieristico.

“Il cambiamento deve uscire all'esterno, ai cittadini, rispetto a ciò che può fare l'infermiere”

“I cittadini conoscono ancora poco, spesso arrivano informazioni distorte”

Allo stesso modo, si evince la necessità di rendere parte attiva del cambiamento anche associazioni e terzo settore attraverso la creazione di spazi che favoriscano la collaborazione.

¹ Questa sezione è stata redatta da Lorenzo Taddeucci. L'autore ringrazia i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla ricerca: Angela Durante, Sabina De Rosis, Francesca Moschetti, Elisa Peruzzo, Luca Scopis, Davide Trinchese, Marzia Severino, Francesco Noferi, Federica Covre, Adriano Acciarino e Giulia Alla.

“Innanzitutto, si dovrebbe coinvolgere il mondo del terzo settore e le associazioni. Perché spesso non ci sono a rappresentare le persone. In Inghilterra il mondo del terzo settore è parte attiva nel processo di costruzione. Anche nella costruzione del DM77 tali organizzazioni dovrebbero aver voce”

“Sarebbe importante creare un luogo dove le associazioni collaborino e che favoriscano una partecipazione attiva”

Infine, un tema ricorrente è stato il riconoscimento del ruolo dell’infermiere. Nonostante il contributo determinante che questa figura offre nella gestione delle cure, il riconoscimento sociale e professionale appare ancora insufficiente. I partecipanti hanno sottolineato come, senza un adeguato sforzo per valorizzare il lavoro degli infermieri di comunità, sarà difficile costruire un sistema sanitario territoriale capace di rispondere alle sfide del presente e del futuro:

“Bisogna lavorare sulla mentalità della cittadinanza, sul ruolo degli infermieri e quali sono i campi di responsabilità”

Implementazione

La riforma territoriale, pur riconoscendo il ruolo cruciale dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, ha mostrato una preoccupante carenza nella sua effettiva implementazione.

“Con la riforma, non è partito neanche l’infermiere di famiglia”

Sebbene il valore strategico di questa figura sia ampiamente riconosciuto, il ruolo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità appare ancora poco definito, lasciando molti professionisti e pazienti senza una chiara comprensione delle sue potenzialità e competenze. Questa situazione contribuisce a una presa in carico che resta prevalentemente incentrata sul contesto ospedaliero, con una conseguente mancanza di continuità assistenziale sul territorio.

“Ci sono infermieri di comunità. Li conosciamo, facciamo formazione insieme, però non è ancora entrato a regime, sono pochi, frammentati”

“Il rapporto infermiere paziente è cambiato, perché non c’è più un percorso insieme all’infermiere, l’Infermiere di Famiglia sarebbe una gran bella cosa in quest’ottica”

“Il Sistema Sanitario Nazionale è ospedalecentrico, si deve fare un cambiamento”

“L’ospedale deve servire solo per la fase acuta. Per le altre questioni deve essere inviato l’infermiere dedicato, un infermiere che non cambia a turni, ma che conosce il paziente, in un’ambiente asettico”

Emerge pertanto la necessità di far emergere la funzione di collante dell'infermiere di famiglia e comunità.

“Il problema è che è tutto collegato, perché logicamente se io non vado nell'ospedale viene meno anche la figura dell'infermiere, cioè non è che l'infermiere mi può prendere in carico se manca il responsabile. L'infermiere a mio avviso non è un corpo che sta per conto suo. L'infermiere ha una sua funzione che potrebbe essere da collante nella presa in carico”

Un ulteriore ostacolo significativo è rappresentato dalle barriere di tipo culturale, che rallentano il pieno sviluppo delle dinamiche territoriali. Tali resistenze non sono limitate solo all'ambito organizzativo, ma coinvolgono anche altre professioni sanitarie, che talvolta si mostrano restii ad accogliere cambiamenti che modifichino equilibri consolidati. Questo quadro evidenzia come una visione più integrata e coraggiosa sia essenziale per superare le difficoltà di attuazione della riforma e favorire un'assistenza territoriale realmente incentrata sui bisogni del paziente.

“I motivi per cui non ci sono stati cambiamenti sono di tipo culturale, perché abitiamo in un paese tradizionalista, restio al cambiamento”

Contesto di riferimento

Dal focus group emerge chiaramente una percezione di forte disomogeneità regionale, con differenze significative tra territori che influenzano non solo l'organizzazione dell'assistenza, ma anche l'equità nell'accesso ai servizi. Questa frammentazione viene vissuta come un limite concreto nel raggiungere standard uniformi di cura, generando insoddisfazione sia tra i professionisti che tra i cittadini.

“Per quanto riguarda la patologia di cui si occupa la mia associazione il territorio italiano è a macchia di leopardo, con centri più avanzati in tema di prossimità per i pazienti”

“In alcuni territori l'assistenza domiciliare, ad esempio, non è più erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (altri territori riportavano esperienze diverse)”

Un altro tema ricorrente è il cambio frequente di personale infermieristico, descritto come una delle principali difficoltà operative. La rotazione frequente di personale, spesso non adeguatamente formato o inserito nei contesti specifici, influisce negativamente sulla capacità di garantire una continuità di cura percepita come essenziale dai partecipanti. Questo fenomeno è ritenuto un ostacolo non solo per i pazienti, ma anche per la coesione e il benessere dei team sanitari.

“Anche come associazioni avevamo investito in formazione specifica legata alla patologia che rappresentiamo, però poi gli infermieri venivano spostati in base alle necessità di reparti vari, questo ha un impatto anche psicologico sul paziente che non ha riferimenti chiari” “e si riflette pure sulla qualità dell’assistenza”

“C’è poi un tema che è quello della formazione infermieristica, mi sembra che dopo tutto l’incenso che hanno tirato addosso agli infermieri durante il Covid, oggi non abbiano un ruolo così riconosciuto. E sempre meno persone si avvicinano alla professione infermieristica per tante ragioni: perché faticosa, perché ci sono i turni, le notti, i festivi, sei mal pagato. C’è un tema anche di riconoscimento del ruolo. Non ci sono sistemi di welfare, cioè di tutela della componente infermieristica”

Infine, la carenza di risorse viene sottolineata come una problematica trasversale e persistente, che aggrava le difficoltà organizzative già esistenti. La mancanza di personale e strumenti adeguati viene vissuta come una barriera che limita le potenzialità del sistema e la capacità di implementare modelli di cura avanzati, spesso percepiti come necessari ma irraggiungibili nelle condizioni attuali. Tale fenomeno, a cascata porta uno spostamento verso il privato, con il conseguente impoverimento di risorse ed aumento della complessità.

“L’assistenza territoriale non funziona ovunque perché manca il personale, c’è una lunga lista d’attesa e quando arriva il momento che hai l’assistenza, il tempo dedicato è contingentato”

Ulteriori proposte

Dai focus group emerge una forte richiesta di valorizzazione delle specializzazioni infermieristiche. Diverse associazioni che si occupano di patologie specifiche evidenziano la necessità di un riconoscimento formale delle competenze avanzate già esercitate dagli infermieri in vari ambiti. Tale riconoscimento è considerato essenziale non solo per rispondere in modo adeguato ai bisogni complessi dei pazienti, ma anche per offrire agli infermieri opportunità di crescita professionale e soddisfazione lavorativa. Inoltre, questa valorizzazione è ritenuta fondamentale per affrontare le sfide derivanti dai cambiamenti epidemiologici e demografici in corso.

“Lavorare sulle specializzazioni permette anche di evitare di spostare gli infermieri” “noi sosteniamo questa necessità da anni, perché l’infermiere specializzato, per noi, rappresenta una risorsa a patto che resti a lavorare in quell’ambito”

“per la patologia di cui ci occupiamo noi risulta importante anche chi fa la prescrizione di quel presidio specifico. Per questo dobbiamo anche dare la responsabilità all’infermiere, creando l’infermiere prescrittore”

Un’altra proposta, emersa con forza, riguarda l’introduzione della figura dell’infermiere scolastico. I partecipanti riconoscono l’importanza di questo ruolo come ponte tra il sistema sanitario e il contesto educativo, soprattutto per la promozione della salute e la gestione delle problematiche sanitarie nelle scuole. L’infermiere scolastico è visto non solo come un professionista in grado di fornire assistenza diretta, ma anche come un educatore capace di sensibilizzare studenti, famiglie e personale scolastico su temi di prevenzione e benessere. Questo ruolo viene descritto come una risposta concreta alle esigenze di una popolazione giovanile sempre più esposta a problematiche complesse, dalle malattie croniche agli aspetti legati alla salute mentale.

“Noi abbiamo un problema di cui ci occupiamo da anni ed è la somministrazione dei farmaci a scuola, che conosca bene la patologia e le problematiche alla quale si va incontro. Alla luce del DM77 riteniamo necessario l’istituzione dell’infermiere scolastico”

Infine, emerge anche una volontà nel rivedere il ruolo dell’infermiere di famiglia, innalzando la concretezza e le competenze dell’infermiere. In tal senso, risulta necessario fare rete, valorizzare i vari stakeholders e favorire il miglioramento della comunicazione.

PARTE TERZA

Il contributo dell'assistenza infermieristica al SSN attraverso i sistemi di misurazione e valutazione della performance dei sistemi sanitari

Questa parte propone una riflessione sulle misure che possono essere utilizzate per valorizzare e analizzare il contributo dell'assistenza infermieristica sulla performance dei servizi sanitari e sul sistema sanitario con alcuni esempi di dimensioni e indicatori.

I sistemi di misurazione e valutazione della performance dei servizi sanitari sono strumenti indispensabili per orientare le politiche sanitarie e monitorare il raggiungimento degli obiettivi. Misurare la performance dei servizi pubblici, come quelli sanitari, permette di rispondere a diverse finalità : i) valutare la capacità di fornire una risposta ai bisogni della popolazione da

parte dell'insieme di enti che fanno parte del sistema pubblico; ii) controllare e fornire indirizzi; iii) fissare degli obiettivi di miglioramento; iv) motivare il personale che lavora nelle organizzazioni; v) promuovere iniziative supportate da evidenze empiriche; vi) valorizzare i buoni risultati e vii) imparare dagli enti e organizzazioni che riescono ad avere risultati migliori.

Da un punto di vista concettuale è possibile identificare due grandi aree: i) l'impatto sulla salute dei pazienti e ii) l'impatto sul sistema sanitario in generale. La prima prospettiva è più vicina alla visione professionale e mentre l'altra propone una prospettiva più generale di impatto sulla salute pubblica e sulla sostenibilità del SSN.

Per quanto riguarda i sistemi promossi a livello professionale, vi sono numerosi esempi a livello Internazionale come il National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQIR) ed il Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CaLNOC).

Per quanto riguarda la prospettiva generale, nel tempo vari centri di ricerca nazionali e internazionali hanno proposto schemi concettuali evidenziando obiettivi o peculiarità dei sistemi sanitari da prospettive diverse, ad esempio, l'OMS (Papanicolas et al 2022) ha proposto cinque categorie: miglioramento dello stato di salute; centralità della persona; protezione sociale e finanziaria; efficienza ed equità riconoscendo il ruolo del sistema sanitario nel perseguire obiettivi più ampi come la coesione sociale. Un'altra visione è quella promossa da Muir Gray attorno al 2010 attraverso l'analisi del valore per i diversi livelli e attori dei sistemi sanitari (livello personale, livello qualitativo e livello allocativo della distribuzione di risorse), rivisitata e integrata da altri autori negli anni successivi. Ad ogni modo, nella declinazione nazionale di questi quadri teorico-concettuali, i paesi hanno modificato le dimensioni e gli indicatori adattandoli al proprio contesto e alle loro priorità sulla base della selezione che le loro comunità scientifico-professionali e i loro governi reputavano appropriati attraverso un processo di legittimazione interna. In particolare, in Italia, negli ultimi 10 anni si sono affermati tre sistemi

di valutazione dei risultati ottenuti dai sistemi sanitari: il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute, che ha sostituito il monitoraggio della griglia LEA; il Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas e, per il livello regionale, molte regioni hanno condiviso un sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari sviluppato dal laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I tre sistemi sono integrati e coerenti per diversi aspetti, si caratterizzano per le unità di analisi indagate e per lo spettro e per gli ambiti di valutazione indagati ad esempio il sistema di valutazione della performance del laboratorio Management e sanità arriva a misurare e valutare i distretti.

In questo capitolo si riportano alcune considerazioni sulle dimensioni e sugli indicatori che possono rispondere alla domanda sull'impatto diretto e indiretto dell'assistenza infermieristica sulla salute della popolazione e della sostenibilità del SSN capitalizzando le esperienze internazionali e i sistemi di valutazione della performance a livello nazionale già in uso.

Le **evidenze principali** emerse da questa prima parte del rapporto sono:

- Focalizzare l'attenzione sugli indicatori di performance sanitaria influenzati dall'assistenza infermieristica consente di mettere in luce in modo concreto il valore e l'impatto della professione nella sostenibilità del sistema sanitario.
- Individuare **indicatori già adottati nei sistemi di misurazione** consultati da più stakeholder (es. policy maker, organizzazioni sanitarie) e riconoscibili anche come rilevanti per l'infermieristica rappresenta **una strategia efficace per rendere visibile il contributo della professione nei contesti decisionali**.
- Proporre una classificazione degli indicatori in base al tipo di impatto sul sistema sanitario (diretto o indiretto) può facilitare la lettura del ruolo infermieristico nel miglioramento complessivo delle performance del sistema, promuovendo una **visione integrata e strategica** del suo apporto.
- La classificazione per le **diverse dimensioni del valore** generato dall'assistenza infermieristica – qualità tecnica (*technical value*), qualità percepita dagli utenti (personal value), efficienza allocativa (*allocative value*), impatto sulla società (*societal value*) – e del valore per il personale (*employee value*) permette di individuare i vari impatti differenziati.

L'assistenza infermieristica e la performance dei servizi sanitari: come misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica nel sistema sanitario?

a cura di Milena Vainieri e Chiara Barchielli

Per analizzare e proporre indicatori e dimensioni che identificano l'impatto diretto e indiretto si è fatto riferimento a studi e framework internazionali.

In particolare, per analizzare l'impatto sulla salute dei pazienti, in modo diretto (attività specifiche dell'infermieristica) o indiretto (attività a cui gli infermieri partecipano come parte di un gruppo di lavoro) si è fatto riferimento ad alcuni sistemi di valutazione della performance dell'assistenza infermieristica riconosciuti a livello internazionale, il National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQIR) ed il Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CaLNOC). Fra i vari indicatori il rapporto infermiere-pazienti (nurse to patient ratio) e l'indicatore di struttura chiave in grado di predire gli esiti dell'assistenza infermieristica ma anche dell'intera organizzazione come la mortalità intraospedaliera (Aiken et al. 2000, 2002) e il benessere del personale come proxy anche di una buona assistenza (Dubois et al. 2012, 2013).

Per quanto riguarda l'impatto sul sistema sanitario in generale, si è fatto riferimento a indicatori di efficienza e di assetto istituzionale anche attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi (Dubois et al. 2012) e sistemi di valutazione della performance attualmente in uso a livello nazionale e a un articolo recente di Barchielli, Vainieri e Rafferty (2022) che proponeva un approccio integrato fra sistemi di valutazione tipici per l'assistenza infermieristica e i sistemi di monitoraggio della performance dei servizi sanitari.

In letteratura, gli indicatori sensibili alle cure infermieristiche (*Nursing Sensitive Indicators, NSI*) hanno progressivamente guadagnato l'attenzione non solo dei professionisti ma anche di decisori, managers, policy makers ed accademici. Gli indicatori sono stati raggruppati in 4 dimensioni, quelle relative al quadruple value framework proposto dagli esperti europei sugli investimenti in sanità (EXPH 2019) ovvero: i) qualità tecnica (*technical value*); ii) qualità percepita dagli utenti (*personal value*); iii) efficienza allocativa (*allocative value*) e iv) impatto sulla società (*societal value*). A queste quattro dimensioni è possibile aggiungerne anche una quinta che riguarda il personale, proprio in relazione alla stretta connessione fra motivazione del personale e assistenza (*employee value*). In questa direzione, quella di considerare come un fattore chiave dei sistemi sanitari il benessere dei lavoratori, va l'evoluzione degli obiettivi del sistema sanitario che da tre (*triple aim: enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs*) passano a quattro (*quadruple aim ai precedenti si aggiunge clinicians wellbeing*) incorporando anche il benessere dei dipendenti (Bodenheimer e Sinsky 2014; Jacobs et al. 2018).

L'assistenza infermieristica nella prospettiva di performance di sistema: una prima selezione di indicatori.

La tabella 1 riporta le dimensioni di analisi di performance in cui il contributo dell'assistenza infermieristica è più evidente. La maggior parte degli indicatori sono complessivi ovvero il raggiungimento è dato dal contributo di diverse professionalità. Sono comunque presenti anche indicatori specifici come, ad esempio, la soddisfazione degli infermieri e l'esperienza degli utenti con le cure ricevute dagli infermieri.

La tabella riporta come esempio alcuni indicatori già in uso in alcuni sistemi di misurazione e valutazione della performance a livello nazionale o interregionale introducendo alcuni indicatori che derivano da sistemi di monitoraggio specifici dell'assistenza infermieristica a livello internazionale.

In particolare, per la dimensione dell'*allocative value* è possibile identificare alcuni indicatori che hanno un impatto sull'utilizzo efficiente di risorse specifiche (come, ad esempio, l'uso dei dispositivi medici di largo consumo) o sull'efficienza complessiva del percorso di degenza ospedaliero (come l'indice di performance della degenza media). Altri indicatori riguardano l'allocazione appropriata delle risorse viste anche come indicatori di sicurezza delle cure (infermiere per paziente) o di copertura e accesso al servizio specifico (come infermiere di famiglia e comunità per la popolazione).

Per l'*employee value* e il *personal value* sono stati proposti a titolo di esempio alcuni indicatori identificati nelle revisioni che riguardano rispettivamente il personale e gli utenti descritte nei capitoli precedenti.

La dimensione del *technical value* è quella più corposa. Include indicatori di sicurezza delle cure come, ad esempio, gli indicatori di performance relativi alle infezioni; indicatori di efficacia dell'assistenza attraverso l'analisi dei tassi di accesso in PS o i ricoveri per pazienti a domicilio e di processo come gli indicatori relativi alla sanità di iniziativa; ed infine alcuni indicatori dedicati alla gestione farmacologica, che comprende *polypharmacy* e aderenza terapeutica.

Infine, nella dimensione del *societal value* è possibile inserire degli indicatori che riguardano la promozione alla salute, l'indirizzo nel costruire reti di relazioni e attività che riguardano la sfera sociale che possano rafforzare la coesione sociale e anticipare/prevenire condizioni di disagio sociale che possono anche trasformarsi in bisogni sanitari. L'attenzione alla fragilità e all'individuazione precoce di bisogni non ancora sanitari è un elemento importante che aiuta non solo la sostenibilità del SSN ma ha un impatto anche sulla vita dei caregiver e quindi in generale anche sul sistema di *welfare* del nostro paese.

Inserire indicatori di questo tipo in sistemi di valutazione più ampi a servizio dei vari livelli di governo del sistema sanitario è una chiave importante affinché si instauri un dialogo costruttivo fra tutte le componenti del sistema sanitario, in questo caso fra infermieri, manager e policy makers.

Dimensione di analisi	Esempi di indicatori	Livello di governo	Fonti dati
Allocative value	Uso dei dispositivi medici a largo consumo	Aziendale	Network delle regioni
	Utilizzo appropriato dei presidi	Aziendale	N.D.
	Degenze medie	Ospedaliero	Statistiche nazionali, Rapporto SDO, Network regioni
	Infermieri per paziente* ^o	Ospedaliero (Area critica)	N.D. presente a livello complessivo per il pubblico attraverso il conto annuale del personale
Employee value	Infermiere di famiglia e comunità per popolazione	Territorio	Attualmente N.D. - Agenas/Sistema di valutazione Regione Toscana
	Partecipazione alle indagini di clima organizzativo	Aziendale	Network delle regioni
	Percentuale di assenza	Aziendale	Network delle regioni
	Stress e carichi di lavoro * ^o	Aziendale	Attualmente N.D.
	Soddisfazione nel proprio lavoro*	Aziendale	Network delle regioni (non pubblici)
	Intenzione di cambiare lavoro	Aziendale	Network delle regioni (non pubblici)
	Livello di istruzione degli Infermieri* ^o	Aziendale	Attualmente N.D.

Dimensione di analisi	Esempi di indicatori	Livello di governo	Fonti dati
Personal value	Umanizzazione delle cure	Ospedaliero	PREM Network delle regioni (non pubblici)
	Lavoro di gruppo	Ospedaliero	PREM Network delle regioni (non pubblici)
	Valutazione complessiva	Ospedaliero	PREM Network delle regioni (non pubblici)
	Valutazione verso diverse professionalità	Ospedaliero	PREM Network delle regioni (non pubblici)
	Self management	Territorio	PREM Network delle regioni (non pubblici)
	Chiarezza delle informazioni	Ospedaliero	PREM Network delle regioni (non pubblici)
Technical value	Copertura dell'assistenza domiciliare	Domiciliare	NSG/Network regioni
	Aderenza Bundle su infezioni e sepsis	Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Aderenza buone pratiche su handover	Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Ospedalizzazioni sensibili alle cure ambulatoriali relative alle cronicità	Ospedaliero	NSG/Network regioni
	Appropriatezza nel triage al pronto soccorso	Ospedaliero	NSG/Network regioni
	Infezioni MDR in ospedale*	Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Emorragia post partum	Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Incidenza distocica	Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Mortalità intraospedaliera	Ospedaliero	PNE
	Valutazione del piano assistenziale individuale Assistenti a domicilio e/o RSA con almeno 2 ospedalizzazioni	Residenziale/Domiciliare	NSG/Network regioni
Assistenti a domicilio e/o RSA che accedono al PS	Residenziale/Domiciliare	NSG/Network regioni	
	Residenziale/Domiciliare	NSG/Network regioni	

Dimensione di analisi	Esempi di indicatori	Livello di governo	Fonti dati
Societal value	Ulcere da pressione in pazienti non autosufficienti in strutture residenziali *°	Residenziale/ Domiciliare/Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Indicatori su cadute *°	Residenziale/ Domiciliare/Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Utilizzo contenzione in pazienti non autosufficienti*°	Residenziale/Ospedaliero	Attualmente N.D.
	Controllo del dolore*	Territoriale	Network delle regioni
	Tasso di accesso al PS	Territoriale	NSG/Network regioni
	Accessi ripetuti in PS	Territoriale	Network delle regioni
	Assistiti a domicilio e/o RSA in relazione all'intensità assistenziale	Territoriale	Network delle regioni
	Presenza in carico dei pazienti cronici (indicatori relativi alla sanità di iniziativa/chronic care model)	Territoriale	Network delle regioni
	Continuità ospedale-territorio	Territoriale/Ospedaliero	Network delle regioni
	Polypharmacy	Territoriale	Network delle regioni
	Aderenza terapeutica	Territoriale	Network delle regioni
	Promozione alla salute	Territoriale	Attualmente N.D.
	Identificazione precoce dei bisogni di tipo sociale e fragilità	Territoriale	Attualmente N.D.
Promozione delle reti sociali attraverso Case di comunità	Territoriale	Attualmente N.D.	

*NDNQI®

°CaLNOC

Bibliografia

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., e Silber, J.H., (2002) Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Jama*, 288, 2002, n.16, pp. 1987-1993.

Aiken, L.H., e Patricia, P.A., (2000) Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 2000, n. 3, pp. 146-153.

Aiken et al. 2002, 2008) e il benessere del personale come proxy anche di una buona assistenza (Dubois et al. 2012).

Barchielli C, Rafferty AM, Vainieri M (2022) Integrating Key Nursing Measures into a Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Jan 26;19(3):1373. doi: 10.3390/ijerph19031373.

Bodenheimer T and Sinsky C (2014) From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine* November 2014, 12 (6) 573-576;

Dubois, C.A., D'Amour, D., Pomey, M.P., Girard, F., e Brault, I., (2013) Conceptualizing Performance of Nursing Care as a Prerequisite for Better Measurement: A Systematic and Interpretive Review. *BMC Nursing*, 12, 2013, n. 7.

Dubois, C.A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., e Blais, R., (2012) A Taxonomy of Nursing Care Organization Models in Hospitals. *BMC Health Services Research*, 12, 2012, n. 286.

EXPH (2019) Defining Value In “Valuebased Healthcare” Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). European Commission

Jacobs, B; McGovern, J; Heinmiller, JBS; Drenkard, K (2018) Engaging Employees in Well-Being Moving From the Triple Aim to the Quadruple Aim. *Nursing Administration Quarterly* 42(3):p 231-245, July/September 2018. | DOI: 10.1097/NAQ.0000000000000303

Vainieri, M, Barchielli C, Da Ros A (2019) La misurazione della performance e l'assistenza infermieristica, in Vainieri, Barchielli e Bellè. *Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica*. Il Mulino

Vainieri, M, Barchielli C, Da Ros A (2019) Verso un sistema di valutazione della performance dell'assistenza infermieristica a livello regionale. in Vainieri, Barchielli e Bellè. *Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica*. Il Mulino

PARTE QUARTA

Ricerca e formazione infermieristica: struttura, evoluzione e contesto accademico

La quarta e ultima parte del rapporto propone una riflessione sulle sfide della ricerca e della formazione universitaria in Italia relativa all'assistenza infermieristica e più in generale alle discipline di supporto allo sviluppo del servizio sanitario nazionale.

La ricerca scientifica va considerata la palestra per la formazione. Non può esserci una buona formazione se non basata su solide basi di ricerca scientifica capace di sviluppare le capacità di apprendimento degli allievi e allieve sui saperi e sulle competenze che possono avere impatto per il miglioramento degli esiti, della qualità della cura e dell'assistenza, per rafforzare la capacità di garantire equità e sostenibilità finanziaria, sociale e ambientale.

Partiamo quindi da una riflessione relativa allo stato dell'arte della ricerca in ambito infermieristico per riflettere sulla forza che il sistema paese mette sulla ricerca quale motore del processo di innovazione e di miglioramento che poi può e deve riflettersi sul sistema formativo.

Per ribadire quale è stato e quale può essere il ruolo della ricerca infatti basta riflettere sulla durata della vita media dell'uomo sulla terra. Se proviamo a guardare le cose con un orizzonte temporale ampio, risulta evidente che fin dai tempi della creazione del mondo, poi la comparsa dell'Homo sapiens fino a 150 anni fa, la vita media dell'uomo sulla terra era ferma e stabile sui trenta anni. Poi si realizza una impennata pazzesca, con una crescita continua e velocissima della durata media della nostra vita fino ad arrivare agli 85 anni di aspettativa di vita oggi in Italia. Cosa è successo negli ultimi 150 anni? Che cosa ha determinato, dopo secoli di stabilità, questo cambiamento nella capacità di riconoscere e valorizzare le scoperte per farne il motore del progresso a beneficio della collettività? In una parola sintetica possiamo dire "la scienza", intesa come insieme di processi di studio e di applicazione di metodi per verificare, mediante prove, ipotesi di ricerca con il fine di produrre evidenze capaci di provare le ipotesi stesse. Non semplici invenzioni casuali ma il frutto dell'applicazione di metodi sistematici e rigorosi per accumulare dati e prove capaci di "certificare" il risultato e renderlo replicabile in altri contesti. Certo ogni secolo ha avuto i suoi geni, i suoi inventori, ma le loro scoperte non sempre sono state comprese e accettate e non sempre hanno determinato un miglioramento nelle condizioni di vita della popolazione.

L'insieme delle scoperte e innovazioni che hanno determinato questa rivoluzione che ha avuto impatto sulla vita media dell'uomo e della donna non è stato determinato dal lavoro di un individuo ma è stato il frutto di un sistema culturale che via via, nel corso degli ultimi 150 anni, si è aperto al confronto, ha visto nascere e svilupparsi università e centri di ricerca, ha combinato la ricerca e le sue applicazioni con lo sviluppo economico riuscendo a modificare profondamente, ed in meglio, le condizioni di vita della popolazione.

Una serie impressionante di scoperte e innovazioni che ha sconvolto la società negli ultimi 150 anni e che ha migliorato nettamente il benessere e la salute umana: tutto questo grazie alla ricerca scientifica.

Queste innovazioni, che segnano il passo del progresso della nostra società negli ultimi 150 anni, sono il frutto non del genio di un individuo ma quasi sempre di una squadra di ricercatori e ricercatrici, guidati certamente da un leader scientifico, ma un "team" capace di facilitare il confronto e il dialogo necessario per moltiplicare i risultati, diffonderli e validarli nella pratica.

La scienza infatti, per progredire, ha bisogno del confronto tra pari, della condivisione dei dati e dei risultati, perché ognuno possa mettere il proprio mattone per la costruzione di un futuro comune. E' la comunità degli scienziati che fa crescere il sapere, che scopre le connessioni e le opportunità di applicazione di innovazioni anche in campi diversi da quelli di origine e lo fa mediante lo scambio delle informazioni.

Le relazioni tra ricerca scientifica, circolazione dei dati, condivisione e progresso determinano un circuito virtuoso che negli ultimi decenni ha quindi permesso l'aumento della vita media ma ha anche determinato delle criticità, prima fra tutte la sostenibilità ambientale. Ma ancora è proprio la ricerca scientifica, che ormai non può svilupparsi senza l'intelligenza artificiale, che può aiutare il mondo a trovare le soluzioni per il futuro ambientale e sociale del nostro pianeta. Dobbiamo quindi mantenere libera e indipendente la ricerca, facilitare lo scambio dei dati e delle informazioni, rafforzare gli investimenti pubblici nella ricerca in tutti i campi in cui può portare vantaggi alla comunità in modo che l'innovazione non diventi proprietà privata di qualcuno a scapito di altri ma ricchezza condivisa.

E' da sottolineare quanto sia importante che il soggetto pubblico sia presente e attivo in questa partita così significativa per il futuro del mondo. E' il garante della collettività, non quale soggetto unico coinvolto nella ricerca scientifica ma certamente quale protagonista, capace di segnare la strada, di garantire ai ricercatori e alle ricercatrici la necessaria libertà e sicurezza nel lavoro che svolgono.

Se tutto questo è vero in generale lo è ancora di più per la ricerca in campo infermieristico e per la gestione organizzativa dei servizi sanitari che tanto possono influire sugli esiti stessi e sulla capacità del sistema sanitario di garantire equità, qualità delle cure e sostenibilità finanziaria e ambientale (Cafagna et al. 2018 & Benedetto et al. 2024).

In questa parte sono presenti spunti relativi alla ricerca attraverso l'analisi della banca dati SciVal mentre per l'analisi relativa alla formaione universitaria i dati sono stati estratti da AlmaLaurea.

Le **evidenze principali** emerse da questa seconda parte del rapporto sono:

- Il settore scientifico disciplinare presenta ancora un **numero esiguo di docenti e ricercatori** nell'area infermieristica con una distribuzione geografica eterogenea
- **L'impatto della produzione scientifica mostra un trend positivo**, con un aumento continuo e incrementale
- **Diminuzione del numero di laureati nei corsi triennali in infermieristica**, a fronte di un aumento costante nei corsi magistrali in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.
- Prevalenza femminile in entrambi i percorsi accademici e **riduzione dell'età media alla laurea triennale.**
- Crescente quota di laureati triennali provenienti da **percorsi liceali.**
- La **maggior parte dei corsi sono tenuti da docenti con contratti temporanei.**

La ricerca infermieristica: stato dell'arte

a cura di Sabina Nuti e Lorenzo Taddeucci ¹

Questo capitolo analizza il ruolo della ricerca infermieristica in Italia, con particolare attenzione alle posizioni accademiche e al loro contributo al progresso della professione. Al fine di queste analisi sono state utilizzate le fonti dati: Cineca e SciVal di Elsevier.

In particolare, Cineca rappresenta il consorzio interuniversitario che gestisce e coordina informazioni relative alla ricerca accademica e ai progetti di sviluppo nel contesto italiano. Cineca offre un database strutturato che raccoglie dati su pubblicazioni scientifiche, collaborazioni accademiche e metriche di valutazione della ricerca. Per l'impatto della produzione scientifica si è aggiunto SciVal di Elsevier, una piattaforma avanzata di analisi e benchmarking che fornisce strumenti per esplorare il panorama della ricerca globale, valutare l'impatto delle pubblicazioni e identificare trend emergenti.

Le analisi sono state condotte nell'anno 2024 e hanno preso in considerazione il settore scientifico disciplinare MED 45 (ora MEDS-24/C come da DM 639 del 02/05/2024). Dall'analisi dello stato dell'arte della situazione in questi ambiti specifici si scopre che l'entità degli investimenti sia in termini di risorse finanziarie che umane risulta assolutamente irrilevante e inconsistente, comunque non allineata allo sforzo fatto nel resto dell'Europa e nei paesi occidentali. Pur avendo evidenze scientifiche che dimostrano come l'assistenza infermieristica abbia un ruolo determinante per migliorare gli esiti dei pazienti soprattutto nel sistema sanitario del futuro orientato in particolare alle cure territoriali e domiciliari questo oggetto di studio appare complessivamente negletto e poco sviluppato.

A livello internazionale le prime tappe di questa tipologia di studi sono riconducibili all'inizio del 1900 con la pubblicazione dell'American Journal of Nursing ed i primi programmi di nursing nelle università. In Italia il processo normativo, per l'infermieristica a livello universitario, si avvia con il D.lgs. 502/92 con i quali vengono istituiti i corsi universitari, la definizione del Profilo professionale (DM 739/94 e DM 70/97) e lo sviluppo dei primi programmi di dottorato di ricerca nel 2006. E' emblematico in questa prospettiva analizzare quanto gli atenei e il sistema universitario italiano abbiano investito sulle posizioni accademiche dedicate alla ricerca in questi ambiti solo in modo marginale rispetto alla rilevanza del tema di ricerca e al numero estremamente elevato rispetto ad altre discipline degli studenti da formare.

L'analisi del confronto tra i settori scientifico-disciplinari (SSD) (figura 1) mette in evidenza una presenza quantitativamente assai inferiore di personale accademico nelle Scienze Infermieristiche (ex MED 45) rispetto ad altre aree disciplinari, sia nelle scienze sperimentali sia in quelle sociali. Questa differenza dipende da un riconoscimento recente delle Scienze Infermieristiche all'interno dell'università italiana attraverso le lauree triennali e magistrali rispetto a Settori storicamente più consolidati.

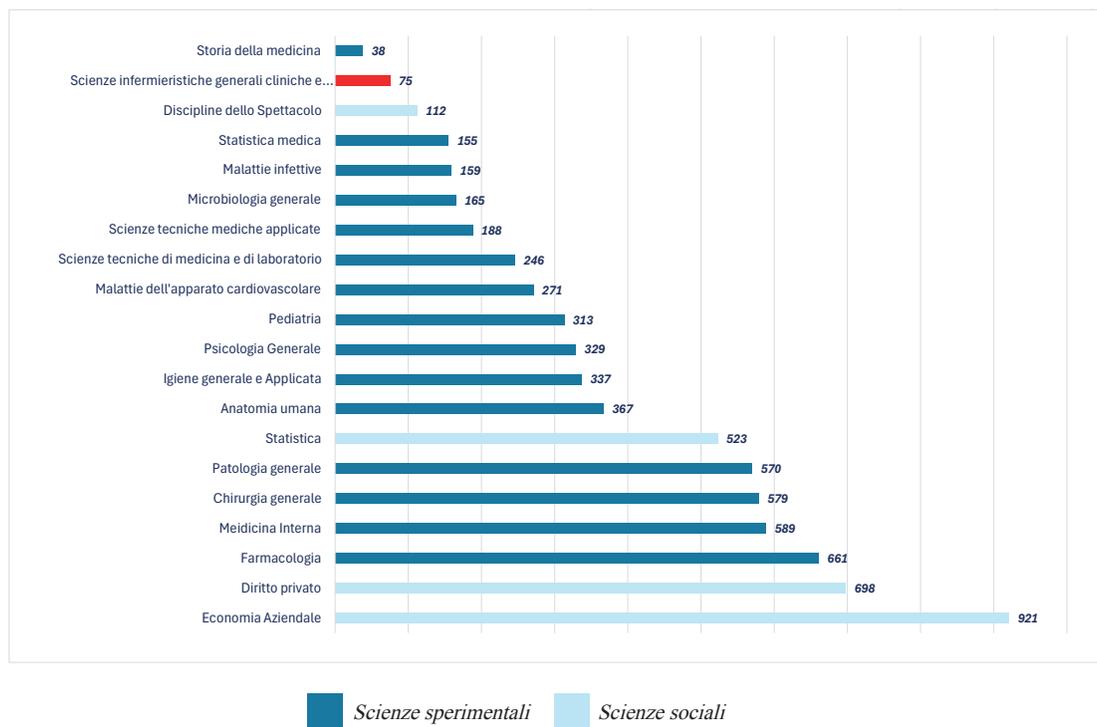
Questo scenario impone la necessità di ulteriori opportunità di crescita e valorizzazione per

¹ Questa sezione è stata redatta da Sabina Nuti e Lorenzo Taddeucci. Gli autori ringraziano i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla raccolta ed elaborazione delle informazioni qui contenute: Angela Durante e Luca Pirrotta.

il settore delle Scienze Infermieristiche, in linea con l'evoluzione del ruolo dell'infermiere e la crescente richiesta di competenze specifiche di ricerca per affrontare le sfide della salute pubblica moderna anche all'interno dei contesti clinici. Un incremento di presenza accademica potrà permettere di svolgere più ricerca per garantire adeguata qualità e innovazione anche alla componente formativa.

Potrebbe inoltre contribuire a un maggiore riconoscimento e a un avanzamento dell'ambito infermieristico, con possibili benefici sia per la ricerca sia per la formazione di nuovi professionisti, oltre a garantire maggiori aperture sul confronto internazionale dal punto di vista clinico.

Figura 1: Confronto con SSD affini, dati Cineca (estrapolazione 06/11/2024)



Queste figure infatti giocano un ruolo cruciale sia nella produzione scientifica che nella formazione delle nuove generazioni di Professionisti.

L'analisi dei dati relativi alla composizione del personale accademico nel settore scientifico-disciplinare ex MED 45 evidenzia una crescita molto lenta se pur costante nel numero complessivo di posizioni accademiche, passando da 35 nel 2014 a 83 nel 2024. Questo incremento riguarda tutte e tre le categorie di personale accademico: Professore Ordinario, Professore Associato e Ricercatore. Nel dettaglio, i Professori Ordinari sono aumentati da 2 nel 2014 a 10 nel 2024, mostrando un consolidamento e una crescita nel numero di docenti di fascia alta, con un aumento più pronunciato a partire dal 2020. Questo potrebbe riflettere l'espansione e la stabilizzazione del settore accademico infermieristico, che ha visto crescere la sua influenza e la sua credibilità accademica a livello nazionale e internazionale.

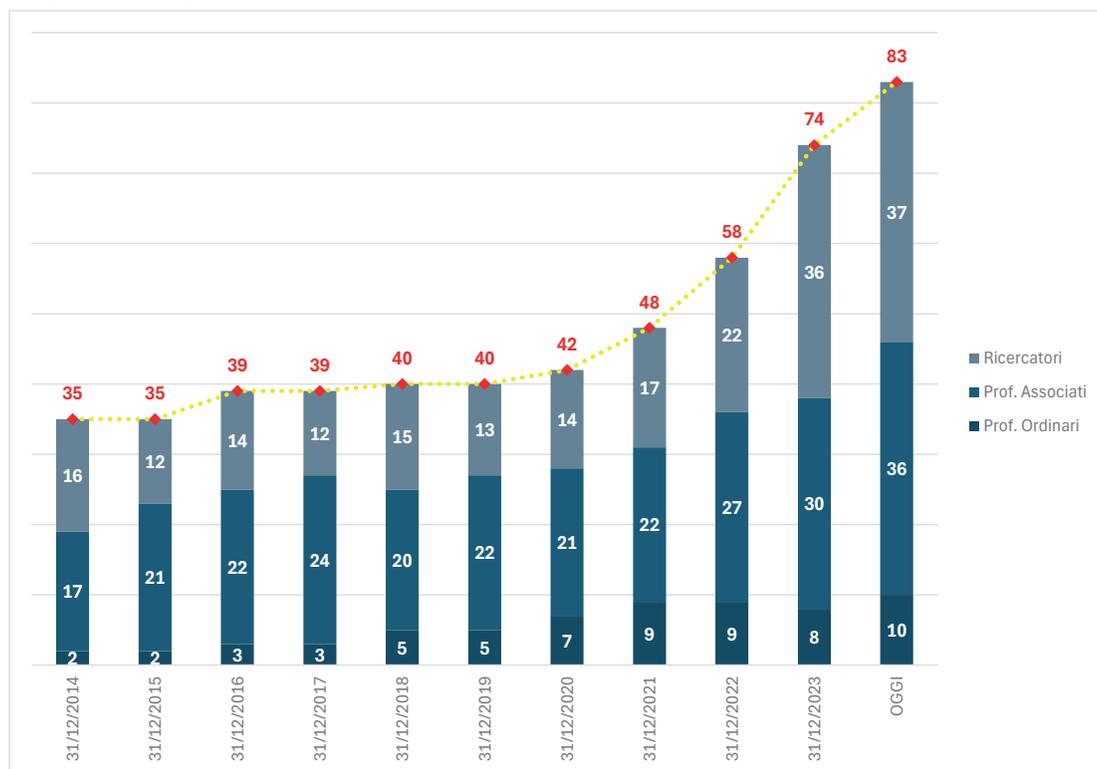
I Professori Associati sono passati da 17 nel 2014 a 36 nel 2024, con un incremento graduale che dimostra un rafforzamento della base accademica. L'incremento in questa fascia potrebbe indicare una maggiore apertura degli atenei al settore, con una crescente valorizzazione delle figure intermedie e di supporto alla didattica e alla ricerca.

Infine, i Ricercatori sono aumentati, passando da 16 nel 2014 a 37 nel 2024. Questo riflette un'espansione dell'attività di ricerca, con un numero crescente di ricercatori che contribuiscono allo sviluppo del settore infermieristico accademico. La crescita dei ricercatori è rilevante ma insufficiente, anche se è il segno di un impegno crescente nella ricerca scientifica, nel rafforzamento delle competenze accademiche nel settore e di conseguenza nella didattica.

Questo trend di crescita sembra essere particolarmente evidente a partire dal 2020, suggerendo un aumento di attenzione verso la ricerca infermieristica, stimolato dalla pandemia e dalle nuove esigenze sanitarie globali.

Interessante è analizzare anche come è cresciuta la qualità della ricerca svolta dal personale ricercatore e docente italiano.

Figura 2: Numero posizioni accademiche per anno, dati Cineca (estrapolazione 06/11/2024)



Cafagna, G., Seghieri, C., Vainieri, M., & Nuti, S. (2018). A turnaround strategy: improving equity in order to achieve quality of care and financial sustainability in Italy. *International journal for equity in health*, 17, 1-12.

Benedetto, V., Ferrè, F., & Nuti, S. (2024). Including environmental and social sustainability in the planning process of healthcare services: A case study of cancer screening programs in an inner area in Italy. *Health policy*, 144, 105074.

La qualità della produzione scientifica *Field Weighted Citation Impact (FWCI)*

L'obiettivo di questa sezione è identificare il FWCI del gruppo afferente al settore scientifico-disciplinare MED 45 degli ultimi dieci anni.

Il "Field-Weighted Citation Impact" (FWCI), calcolato su SciVal, è un indicatore che misura l'impatto delle citazioni di un settore scientifico in rapporto alla media globale, escludendo le self-citations e può essere considerato un valido indicatore proxy della qualità della ricerca nel confronto internazionale. Il FWCI è il rapporto tra il numero di citazioni ricevute dagli articoli di un determinato ambito e il totale delle citazioni attese per articoli in base alla media del campo disciplinare. Un valore di FWCI pari a 1 indica che le citazioni sono in linea con la media mondiale, mentre valori superiori o inferiori segnalano un impatto citazionale rispettivamente maggiore o minore rispetto alla media mondiale. Nel caso del FWCI nazionale il valore è stato ottenuto calcolando direttamente da SciVal aggregando i dati del personale accademico italiano afferente all' ex Med 45. Non rientrano in questo computo il personale italiano infermieristico che ha pubblicato su riviste indicizzate ma non ricopre un ruolo stabile accademico.

È stato scelto di analizzare il FWCI poiché, nel contesto attuale, si ritiene non più sufficiente considerare esclusivamente la quantità di pubblicazioni prodotte. L'enfasi si sposta sempre più verso la qualità della produzione scientifica, che viene valutata anche attraverso il numero e il tipo di citazioni ricevute. Indicatori, come il FWCI, consentono di comprendere quanto una determinata produzione scientifica sia rilevante e influente nel panorama internazionale, andando oltre la semplice produttività numerica e offrendo una visione più articolata e significativa del contributo scientifico.

Analizzando gli ultimi dieci anni, il settore MED 45 ha mantenuto costantemente un valore di FWCI sopra la media globale (oltre 1), confermando un impatto citazionale significativo anche quando la numerosità dei ruoli era piuttosto scarsa. Si nota in particolare un aumento nel periodo post-pandemia, con un picco massimo nel 2021 (1,67). Questo trend può essere attribuito a una maggiore attenzione globale verso la ricerca infermieristica durante e dopo la crisi sanitaria, anche alla luce del ruolo critico svolto.

L'andamento storico alternato del FWCI riflette una fase ancora instabile dell'accademia infermieristica italiana che necessita di numeri più consistenti e di investimenti specifici, partendo da posizioni di dottorato di ricerca ancora molto scarse nel nostro paese. La qualità della ricerca scientifica dipende molto anche dalla capacità di collaborazione interdisciplinare con altri ambiti quali quello medico ma anche quello ingegneristico, manageriale, giuridico. Il prossimo futuro sono auspicabili investimenti per supportare ed incrementare progettualità di ricerca che vedano coinvolta la competenza infermieristica fianco a fianco con altre competenze che stanno svolgendo un ruolo chiave per disegnare ed implementare i servizi sanitari del futuro. Pensiamo all'intelligenza artificiale, alla telemedicina, alla sostenibilità sociale e ambientale, tematiche che avranno un impatto determinante nel sistema sanitario e che vedono le professioni infermieristiche centrali nei processi erogativi.

Figura 3: Andamento FWCI, dati SciVal



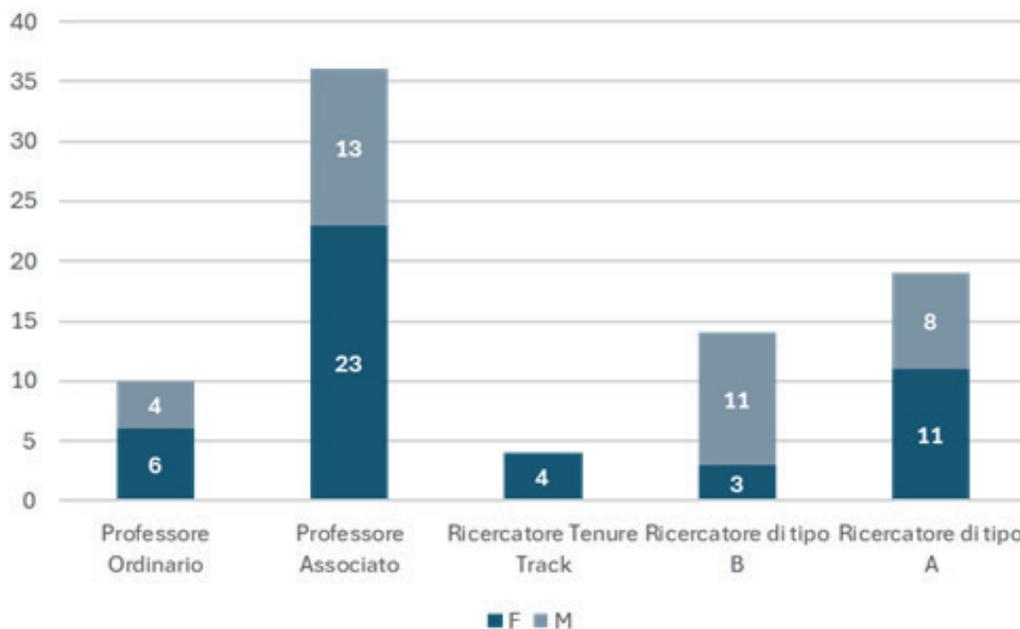
Posizione accademiche

Distribuzione per ruolo

Alla luce dei dati raccolti, emerge una distribuzione di genere leggermente sbilanciata a favore del sesso femminile, che riflette una tendenza consolidata anche in ambito clinico e assistenziale, dove la presenza femminile è storicamente prevalente. Per quanto riguarda l'inquadramento del personale accademico nel settore scientifico disciplinare MED 45, la maggior parte delle posizioni sono coperte da Professori Associati, che rappresentano il 43% del totale. Questo dato può suggerire una certa stabilità di ruolo per chi raggiunge questo livello, evidenziando forse anche percorsi di carriera consolidati all'interno del settore.

Analizzando invece i contratti di ricercatore, si nota l'effetto della recente normativa (Legge 79/2022), che ha riformato i contratti per i ricercatori a tempo determinato (tipo A) e in procinto di essere chiamati come professori associati (tipo B) ora ricercatori in Tenure Track, un ruolo che prevede una stabilizzazione più chiara del percorso accademico. Nel corso dei prossimi 3 anni ci si attende quindi un potenziale passaggio al ruolo di professore associato 18 ricercatori.

Figura 4: Numero figure per ruolo, dati Cineca (estrapolazione 06/11/2024)



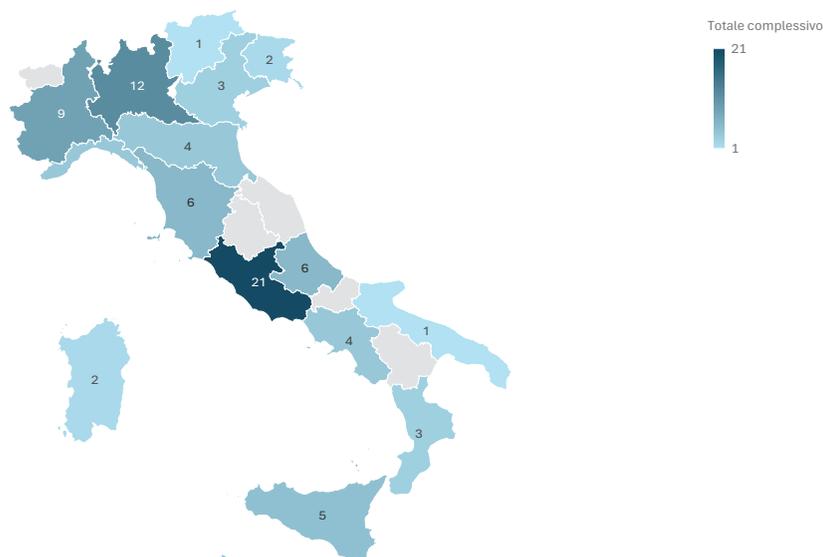
Distribuzione geografica

Le posizioni accademiche nel settore MED 45 sono presenti in quasi tutte le regioni italiane ad esclusione di Umbria, Marche, Molise e Basilicata.

Il 42% delle posizioni si concentra nel Nord Italia, seguite dal Centro (33%) e infine dal Sud (25%). La regione con il maggior numero di posizioni è il Lazio, con 21 incarichi, seguita dalla Lombardia (12) e dal Piemonte (9).

Questa distribuzione riflette in parte la presenza dei corsi universitari in ambito infermieristico, evidenziando scelte più marcate in alcune regioni rispetto ad altre.

Figura 5: Numero posizioni accademiche complessive per Regione, dati Cineca (estrapolazione 06/11/2024)



Distribuzione geografica per ruolo

Le tre aree geografiche del Paese, Nord, Centro, Sud contano tutte tre posizioni nel ruolo di Professori Ordinari sebbene vi sia una distribuzione molto diversa. In particolare, nel Nord le posizioni sono rispettivamente in Lombardia, Piemonte e Veneto mentre nel Centro sono concentrate nella regione Lazio che è anche la regione con la concentrazione maggiore di posizioni per gli altri due ruoli (Professore Associato e Ricercatore) e nel Sud si concentrano nella regione Abruzzo, che conta due Professori ordinari e tre Professori Associati.

Per i Professori Associati, la rappresentanza risulta maggiore nel Nord (47%), seguito dal Centro (33%) e infine dal Sud (19%). In questo caso, si rileva una presenza più diffusa sul territorio nazionale, anche se cinque regioni risultano ancora prive di Professori Associati.

Infine, per quanto riguarda i Ricercatori, la concentrazione è anch'essa maggiore al Nord (38%), seguita dal Centro (32%) e dal Sud (30%).

La formazione: struttura e dinamiche attuali

a cura di **Angela Durante** e **Francesca Moschetti**¹

I dati riportati includono le rilevazioni relative alle professioni di infermiere, infermiere pediatrico e ostetrica, in quanto professioni comprese nella stessa classe di laurea (SNT/1). Tuttavia, poiché i posti disponibili messi a bando per le selezioni di accesso ai Corsi di Laurea per la professione di Ostetrica riporta una media del 6-7%, l'impatto sui dati complessivi può considerarsi trascurabile. I dati fino al 2007 si riferiscono a questionari compilati da studenti che conseguono il titolo per le prime attivazioni del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. I dati reperiti dalla consultazione dei siti web degli Atenei sono soggetti ad incompletezza e rapidi mutamenti dall'aggiornamento dei contenuti.

Gli indicatori che sono stati analizzati in questa sezione sono i seguenti:

- Numero di Laureati
- Distribuzione per genere
- Età alla Laurea
- Tipologia di Diploma
- Precedenti esperienze di studio
- Periodi di studio all'estero
- Lavoro coerente con gli studi
- Prospettive di studio
- Aspetti rilevanti nella ricerca di un lavoro
- Utilità sociale vs Prestigio vs Coinvolgimento
- Settore di interesse lavorativo
- Composizione e Tipologia dei contratti del Corpo Docente

¹ Questa sezione è stata redatta da Francesca Moschetti e Angela Durante. Le autrici ringraziano i componenti del gruppo di ricerca che hanno collaborato alla raccolta ed elaborazione delle informazioni qui contenute: Camilla Giovannini.

Numero di Laureati

I grafici presentano il numero di laureati per corso di laurea (CdL) in Infermieristica sia per il percorso triennale che magistrale, con i dati raccolti dal 2004 al 2023.

Laurea Triennale

Dal 2004 al 2014 il numero di laureati ha registrato una crescita continua, raggiungendo un picco di 13.058 nel 2015. Successivamente, si è osservata una graduale diminuzione, con una stabilizzazione intorno ai 10.000 laureati negli anni seguenti e una lieve ripresa dal 2020. Nel 2023 i laureati sono stati 10.631, un valore in linea con la media recente. Questo andamento, caratterizzato da una fase iniziale di crescita seguita da una stabilizzazione e una leggera decrescita, evidenzia la necessità di approfondire i fattori che influenzano l'attrattività e l'accesso al percorso triennale.

Figura 1: Numero di laureati triennale

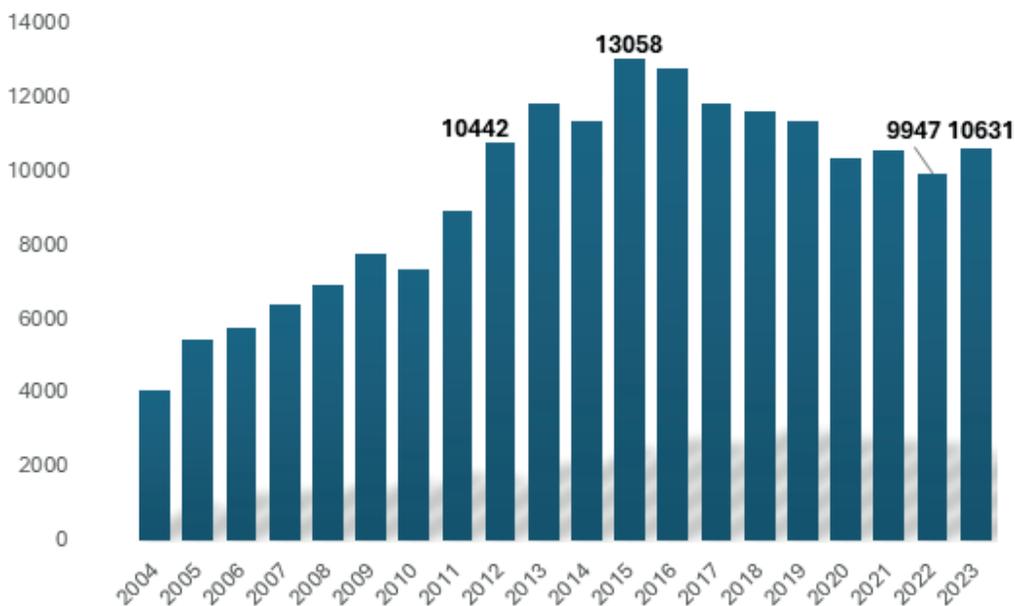
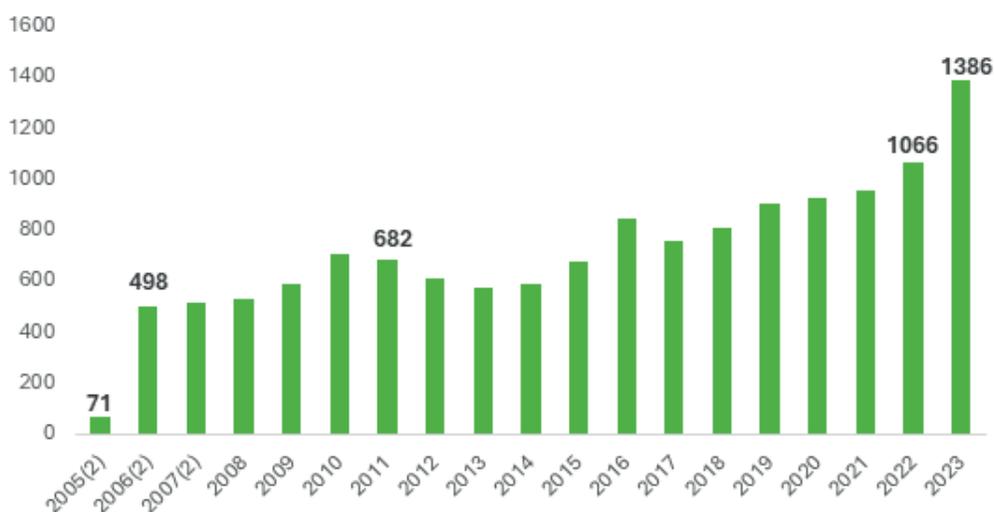


Figura 2: Numero di laureati magistrale



Il percorso magistrale mostra una crescita costante e progressiva nel numero di laureati, con un incremento particolarmente marcato a partire dal 2012 raggiungendo il picco nel 2022, pur partendo da un valore molto basso (71 laureati) nel 2005. La media nel periodo è di 682 laureati, ma negli ultimi anni si registra una crescita sopra la media. La crescita continua e significativa dei laureati nel percorso magistrale indica un maggiore interesse e riconoscimento per la formazione avanzata in ambito infermieristico, che potrebbe riflettere una tendenza verso una maggiore professionalizzazione della carriera. I laureati triennali tendono a inserirsi nel mondo del lavoro più rapidamente, mentre i laureati magistrali spesso intraprendono il percorso magistrale dopo un periodo di lavoro, il che spiega la loro età più avanzata e il maggiore livello di esperienza lavorativa.

Per quanto riguarda la Laurea Magistrale si registra una maggiore concentrazione di atenei nelle Regioni del Nord Est e del Nord Ovest, che insieme ospitano 20 istituzioni accademiche. Al contrario, il Centro Italia conta solo 7 atenei, distribuiti in 4 Regioni. La presenza di atenei nel Sud Italia e nelle Isole è ancora più limitata, con 8 atenei nel Sud e 4 nelle Isole. Diciannove Regioni vedono la presenza del corso oggetto di studio, esistono però realtà orfane di un corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche come la Valle D'Aosta e la Basilicata, o Regioni geograficamente estese in cui la presenza del corso è esclusivamente nel capoluogo (ad es. la Puglia).

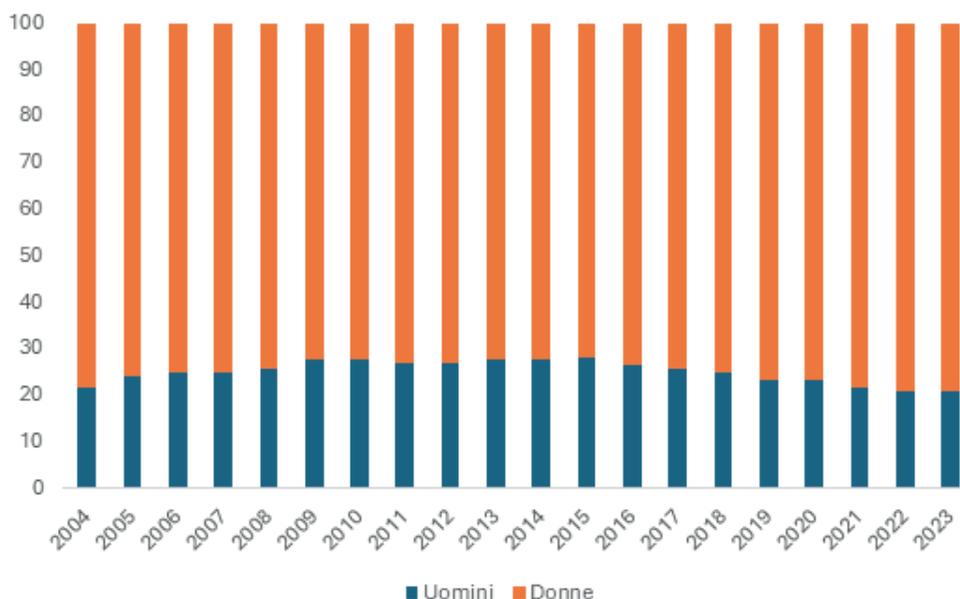
Distribuzione per genere

I grafici mostrano la distribuzione di genere nei corsi di Laurea Triennale e Magistrale in Infermieristica, con un confronto tra uomini e donne dal 2004 al 2023.

Laurea Triennale

La percentuale di donne nel corso di Laurea Triennale è sempre stata predominante, con un valore medio che oscilla intorno al 75-80%. Dal 2004 al 2016, la percentuale di donne si è mantenuta costante sopra il 70%, con un leggero incremento negli ultimi anni fino a raggiungere il 79,2% nel 2023. Di conseguenza, la percentuale di uomini si è mantenuta costante attorno al 20-25%, con un calo negli ultimi anni, scendendo al 20,8% nel 2023.

Figura 3: Distribuzione per genere CdL triennale



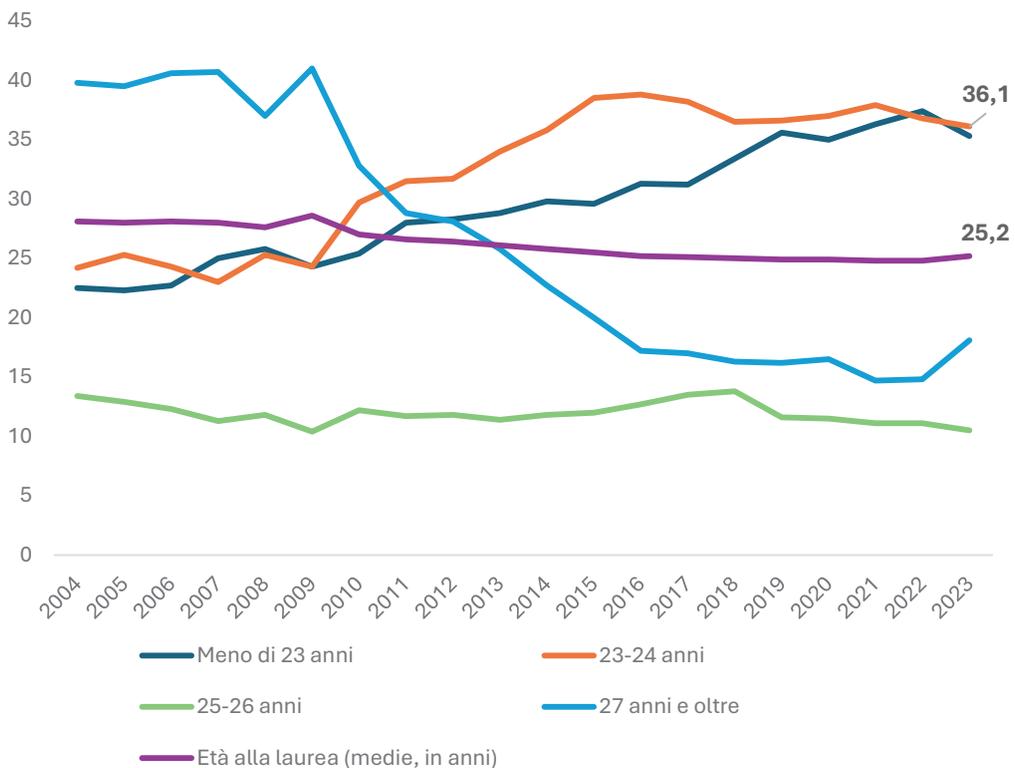
Laurea Magistrale

Anche nel corso di Laurea Magistrale, la distribuzione di genere mostra una netta prevalenza femminile, con valori superiori al 70% per le donne in tutti gli anni analizzati. Dal 2005 al 2022, la percentuale di donne è rimasta relativamente stabile, attestandosi al 72% nel 2022, mantenendosi pressoché costante anche nel 2023 (71,9%). La percentuale di uomini è rimasta costante intorno al 28%, con variazioni minime nel corso degli anni. La stabilità nella distribuzione di genere nel percorso magistrale sottolinea la continuità del trend visto nel corso triennale.

Età alla Laurea

I grafici presentano l'età alla laurea per i corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica, evidenziando i trend temporali e la distribuzione dell'età alla laurea tra diverse fasce di età.

Figura 4: Trend età alla Laurea Triennale



Laurea Triennale

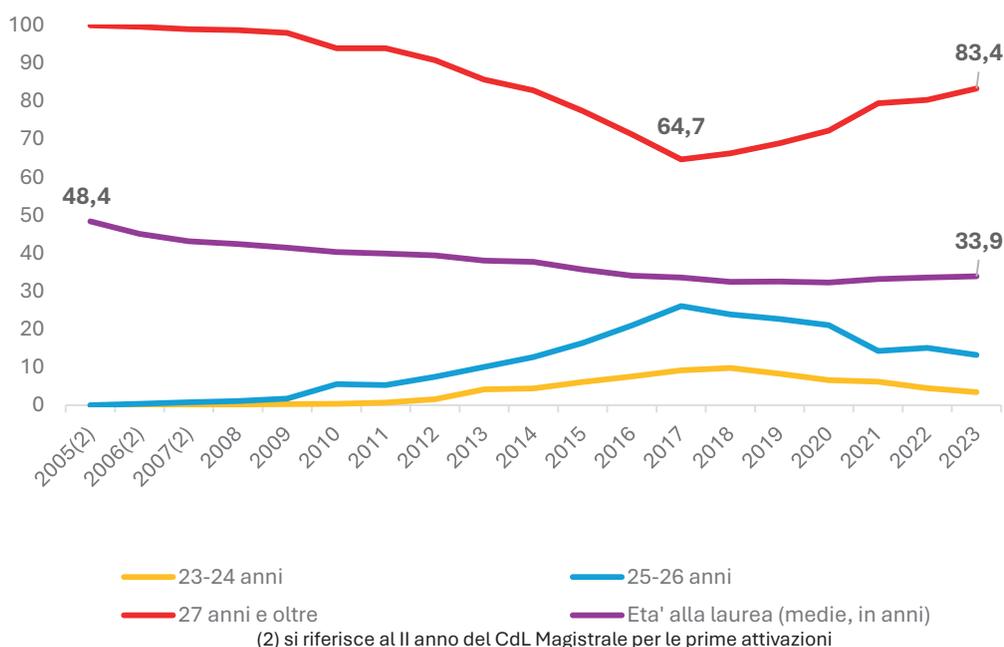
Il grafico mostra una progressiva diminuzione dell'età media alla laurea, che passa da una percentuale maggiore per la fascia di età superiore ai 27 anni nel 2004 fino a concentrarsi nella fascia da meno di 23 a 24 anni nel 2023 (36,1%), concentrandosi su un'età media di 25,2 anni.

L'inversione di tendenza dal 2004 è da leggersi considerando due passaggi legislativi: l'introduzione della figura dell' Operatore Socio Sanitario (OSS) con l'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, unificando le figure preesistenti di Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA) e Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari (ADEST), e il D.M. 15 marzo 2001 ha disciplinato il passaggio al titolo di laurea per gli infermieri già in possesso del diploma professionale, prevedendo corsi integrativi specifici (i cosiddetti "corsi di riconversione"), offerti dalle università italiane.

Laurea Magistrale

La maggior parte dei laureati nel 2023 rientra nella fascia di 27 anni e oltre (83,4%), seguita da quelli tra i 25-26 anni (15,1%). Solo una minoranza si laurea tra i 23-24 anni (13,2%); rispetto alla media d'età che mostra nella tendenza temporale una graduale diminuzione degli anni al conseguimento del titolo da 48,4 nel 2005 a 33,9 nel 2023. Questo indica che la maggior parte degli studenti del percorso magistrale completa i propri studi dopo aver avviato la carriera clinica

Figura 5: Trend età alla Laurea Magistrale



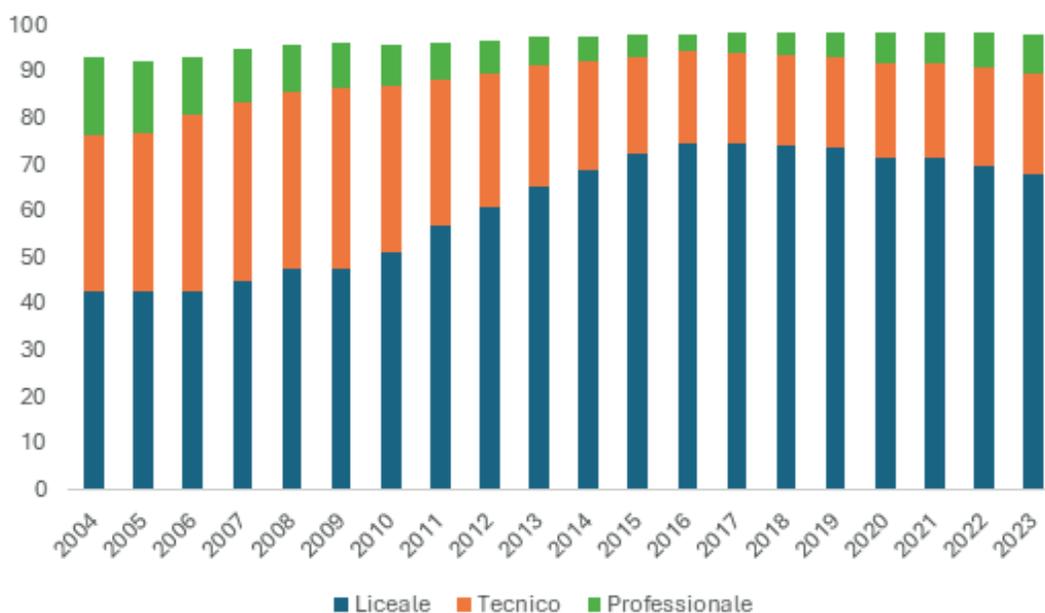
Tipologia di Diploma per Corso di Laurea

I grafici mostrano la tipologia di diploma conseguito dagli studenti prima di iscriversi ai corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica, distinguendo tra diploma liceale, tecnico, e professionale.

Laurea Triennale

Nel corso degli anni, si osserva un cambiamento nella distribuzione delle tipologie di diploma tra gli studenti del corso triennale, infatti, dal 2004, la provenienza degli studenti era distribuita per il 42,8% su Licei, seguiti da istituti tecnici (33,5%) e istituti professionali (16,8%). Negli anni più recenti, si è verificato un aumento significativo della percentuale di studenti provenienti da licei, che nel 2023 rappresentavano il 68,2% degli iscritti. Parallelamente, la percentuale di studenti con un diploma professionale è diminuita drasticamente, scendendo al 8,3% nel 2023. Anche la quota di diplomati tecnici è diminuita, attestandosi al 21,5% nel 2023. Questo dato è coerente con i dati più recenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito, per l'anno scolastico 2021/2022, il 57,8% dei diplomati in Italia proviene dai licei, il 30,3% dagli istituti tecnici e l'11,9% dagli istituti professionali. Inoltre, l'orientamento verso un background educativo più accademico potrebbe anche riflettere un'evoluzione nel tipo di preparazione richiesta per affrontare il processo selettivo e i corsi di laurea in Infermieristica.

Figura 6: Tipologia di diplomati laureati triennale



Precedenti esperienze di studio

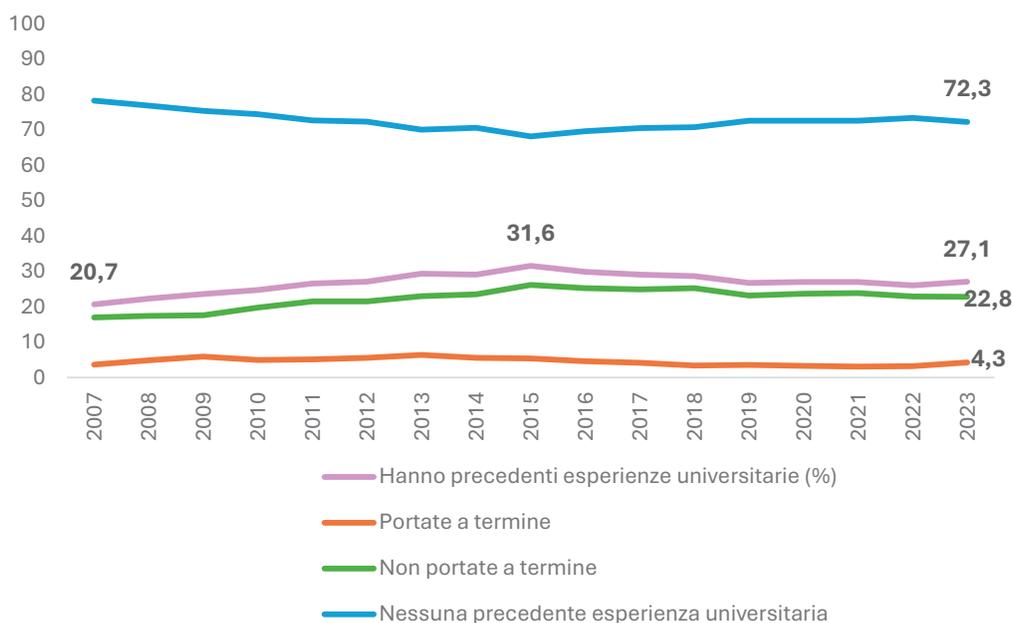
I grafici illustrano le precedenti esperienze di studio degli studenti iscritti ai corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica. Viene esaminata la distinzione tra coloro che non hanno avuto precedenti esperienze universitarie e quelli che le hanno avute, suddivise ulteriormente in: portate a termine e non portate a termine.

Laurea Triennale

La maggioranza dei laureati triennali non ha avuto precedenti esperienze universitarie, in una percentuale costantemente alta dal 2007 al 2023 (72,3%). Tra coloro con esperienze pregresse (27,1% nel 2023), la maggioranza non ha completato tali percorsi (22,8% nel 2023), indicando una certa fluidità nelle scelte accademiche precedenti al corso di Laurea Triennale in Infermieristica. I dati evidenziano che il profilo degli studenti laureati in Infermieristica rimane largamente composto da individui senza precedenti esperienze universitarie, suggerendo che il corso di Laurea Triennale in Infermieristica rappresenti una scelta formativa primaria.

Tuttavia, l'aumento seppur contenuto di studenti con esperienze accademiche pregresse (portate o meno a termine) potrebbe riflettere un cambiamento nelle percezioni della professione, rendendola un'opzione valida anche per coloro che considerano una riconversione professionale. Questo fenomeno potrebbe essere ulteriormente analizzato per comprendere se e come la formazione pregressa contribuisca alla costruzione di competenze più ampie tra i laureati in infermieristica.

Figura 7: Precedenti esperienze universitarie Laureati Triennale



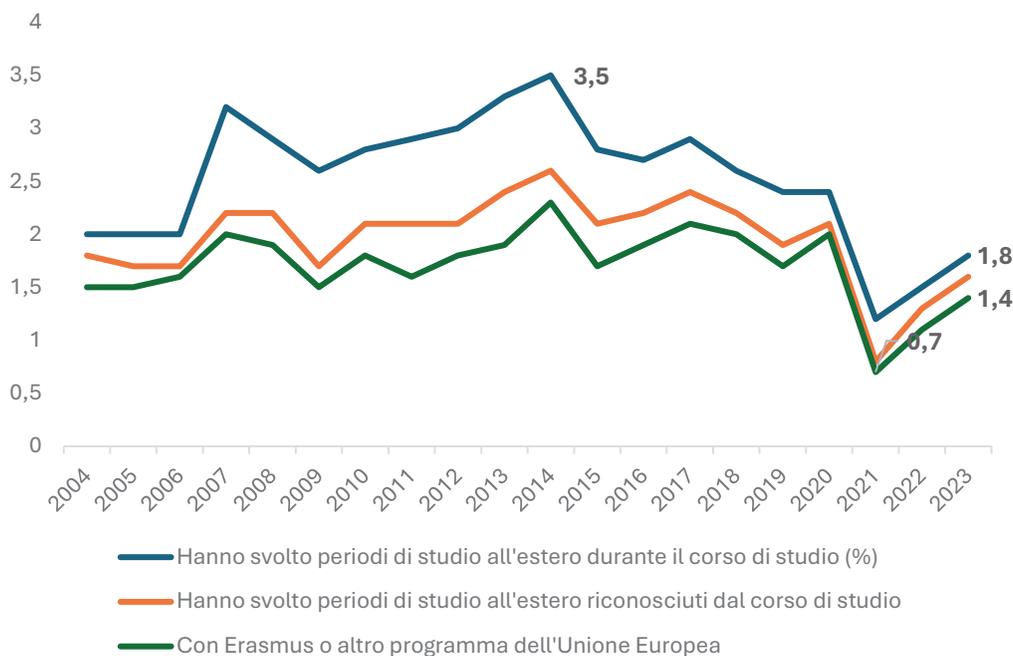
Periodi di studio all'estero per Corso di Laurea

I grafici illustrano la partecipazione degli studenti dei corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica a periodi di studio all'estero, suddivisi per modalità di partecipazione (Erasmus o altri programmi dell'Unione Europea, periodi di studio riconosciuti dal corso di studi, e periodi di studio svolti durante il corso di studi).

Laurea Triennale

Per gli studenti del corso triennale, la partecipazione a periodi di studio all'estero è stata generalmente bassa, con una leggera tendenza al rialzo fino al 2014, quando il 3,5% degli studenti ha partecipato a programmi come Erasmus, ma questa percentuale è scesa drasticamente negli anni successivi, arrivando allo 0,7% nel 2022, pur raddoppiando poi nel 2023 (1,4%). La maggior parte dei periodi di studio all'estero è stata svolta attraverso programmi riconosciuti dal corso di studi. Il declino nella partecipazione ai programmi di studio all'estero potrebbe riflettere una serie di fattori, tra cui possibili cambiamenti nella disponibilità di risorse economiche, minore interesse da parte degli studenti, o ostacoli amministrativi e logistici. È evidente che ci sia bisogno di strategie per promuovere e facilitare queste esperienze, essenziali per arricchire la formazione e migliorare le competenze interculturali.

Figura 8: Precedenti esperienze universitarie Laureati Triennale



Laurea Magistrale

Nel corso magistrale, la partecipazione a periodi di studio all'estero è rimasta piuttosto limitata nel tempo, con picchi occasionali, come nel 2010 e nel 2020, dove si registra una partecipazione massima rispettivamente del 2,2% e dello 0,8%. La partecipazione ai programmi Erasmus o altri programmi Europei è stata ancora più limitata, con valori che oscillano intorno allo 0,3-1,4% in tutto il periodo considerato. La maggior parte degli studenti che hanno svolto periodi di studio all'estero lo hanno fatto attraverso programmi riconosciuti dal corso di studi, ma anche questa modalità ha mostrato un calo nel tempo. La partecipazione ai programmi Erasmus è rimasta minima, indicando una possibile sottoutilizzazione delle opportunità offerte da tali programmi oltre che evidenziano la problematica non risolta della mancata corrispondenza del corso a livello internazionale. Sicuramente queste circostanze concorre lo status di lavoratore del laureato magistrale che limita la possibilità di trascorrere periodi prolungati all'estero.

Lavoro coerente con gli studi per Corso di Laurea

I grafici confrontano la coerenza tra il lavoro svolto dagli studenti e i loro studi per i corsi di Laurea Triennale e magistrale. Viene analizzata la percentuale di studenti che hanno avuto esperienze lavorative coerenti con il percorso di studi.

Laurea Triennale

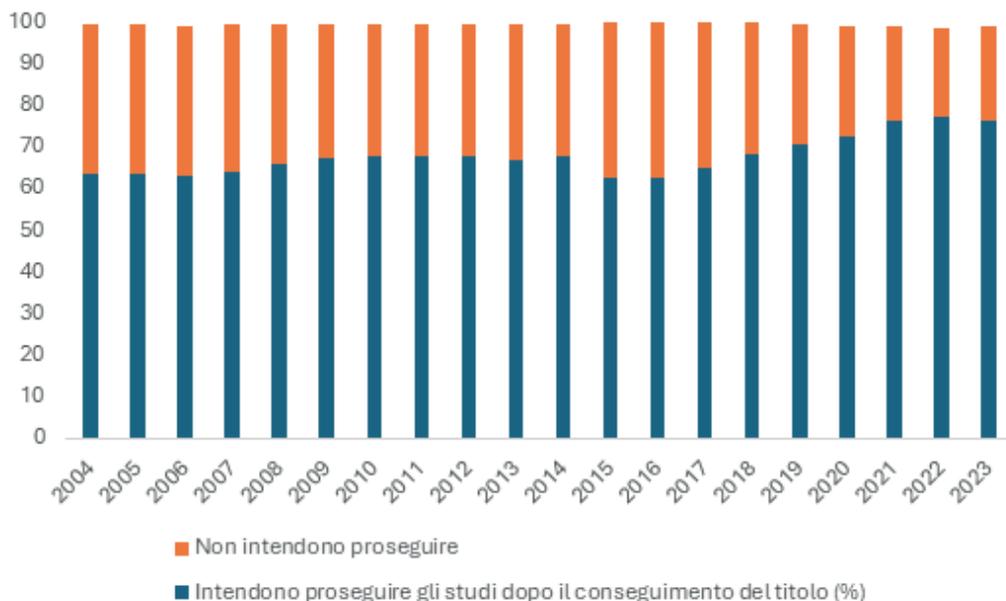
Nel corso triennale, la percentuale di studenti che hanno svolto un lavoro coerente con i loro studi è diminuita significativamente nel tempo. Nel 2004, il 39,8% degli studenti lavoratori lo aveva fatto in un ambito coerente con i loro studi. Tuttavia, questa percentuale è scesa drasticamente, raggiungendo un minimo dell'11,9% nel 2017, è salita al 15% nel 2021, per scendere al di sotto della media (14,3%) del periodo considerato nel 2023 (12,9%). Il drastico calo della percentuale di lavoratori coerenti con gli studi potrebbe indicare una crescente difficoltà per gli studenti del corso triennale a trovare opportunità lavorative affini al percorso accademico, plausibili negli anni del blocco del turnover, tuttavia, i dati più recenti aprono le porte a scenari in cui è possibile supporre che al termine del percorso non vi sia la volontà di proseguire all'interno della professione o che le offerte non siano sufficientemente gratificanti da trovare un impiego nell'ambito disciplinare. Questo fenomeno merita di essere studiato con attenzione anche nel futuro.

Figura 9: Lavoro coerente con gli studi – laureati magistrale (per 100 che hanno avuto esperienze di lavoro)



(2) si riferisce al II anno del CdL Magistrale per le prime attivazioni

Figura 10: Intenzione alla prosecuzione degli studi Laureati Triennale



Laurea Magistrale

Nel corso magistrale, la coerenza tra lavoro e studi rimane invece molto alta, con percentuale media del 89,1%. Nonostante alcune fluttuazioni, la percentuale è rimasta relativamente stabile intorno alla media, con un leggero calo negli anni 2010-2018, ma con un forte recupero a partire dal 2019. Nel 2023, il 92,3% degli studenti magistrali che hanno lavorato lo ha fatto in un ambito coerente con i loro studi, evidenziando una stretta connessione tra il percorso accademico magistrale e l'ambito lavorativo. L'elevata coerenza tra lavoro e studi nel percorso magistrale suggerisce che gli studenti di questo corso tendono a lavorare già in settori strettamente legati alla loro formazione, probabilmente perché accedono al corso magistrale per avanzare nella loro carriera.

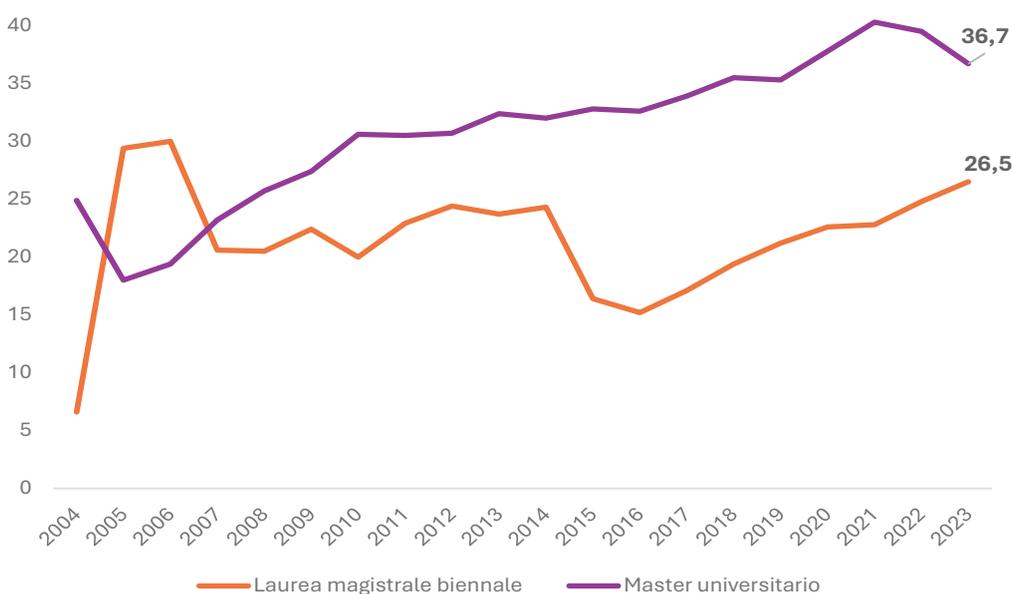
Prospettive di studio per Corso di Laurea

I grafici rappresentano le prospettive di studio degli studenti dei corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica, evidenziando le diverse opzioni di studio che gli studenti intendono perseguire dopo il conseguimento del titolo, dal 2004 al 2023.

Laurea Triennale

La percentuale di studenti che intende proseguire gli studi dopo il conseguimento del titolo è gradualmente aumentata nel tempo, optando per la prosecuzione degli studi per il 76,4% nel 2023, in particolare un 36,7% per Master Universitario e il 26,5% per Laurea Magistrale Biennale.

Figura 11: Tipologia di percorso successivo al CdL Triennale



Questo trend indica una crescente consapevolezza dell'importanza di una formazione avanzata, e suggerisce che sempre più i laureati triennali considerano la Laurea Magistrale un passo successivo naturale per migliorare le proprie qualifiche. La stragrande maggioranza degli studenti (97,4% nel 2020, 97% nel 2021, 97,2% nel 2022 e 97,7% nel 2023) indica come motivo principale per iscriversi a un corso di Laurea Magistrale biennale la volontà di completare o arricchire la propria formazione. Questo dato costante nel tempo suggerisce che gli studenti considerano la Laurea Magistrale un passo necessario per acquisire competenze aggiuntive e migliorare la propria preparazione professionale. Una piccola percentuale di studenti (1,6% nel 2020, 1,3% nel 2021, 1,2% sia nel 2022 che nel 2023) considera l'iscrizione alla Laurea Magistrale biennale una scelta quasi obbligata per poter accedere al mondo del lavoro. Sebbene questa motivazione sia minoritaria, è comunque significativa poiché evidenzia che alcuni studenti percepiscono il conseguimento della Laurea Magistrale non solo un arricchimento formativo, ma anche una necessità per l'inserimento professionale.

Laurea Magistrale

Anche tra gli studenti del corso magistrale, l'intenzione di proseguire gli studi è gradualmente aumentata, raggiungendo il 75,2% nel 2023. Questo evidenzia una forte inclinazione verso il proseguimento della formazione, forse in vista di ruoli accademici o di leadership manageriale.

Figura 12: Intenzione alla prosecuzione degli studi Laureati magistrale

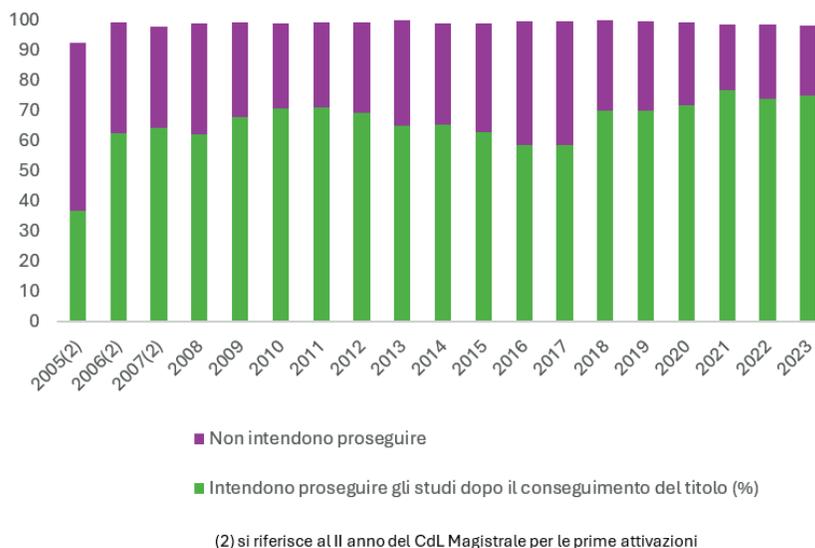
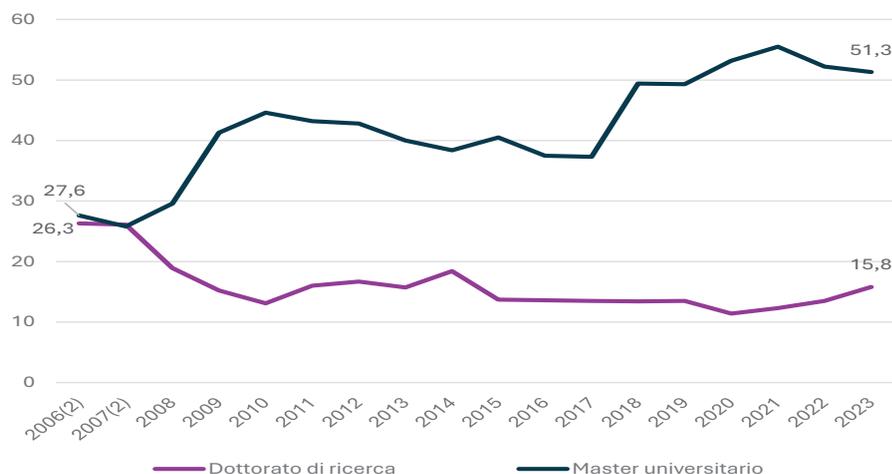


Figura 13: Tipologia di percorso successivo al CdL Magistrale



I master universitari sono un'opzione popolare, con il 51,3% degli studenti nel 2023 che esprime interesse per questa forma di specializzazione. I master offrono una specializzazione mirata, spesso direttamente applicabile nel mondo del lavoro. Un'altra delle opzioni per i laureati magistrali è il Dottorato di ricerca, con un interesse che è rimasto costante nel tempo (15,8%).

Il forte aumento dell'intenzione di proseguire gli studi tra i laureati triennali e magistrali indica un riconoscimento crescente dell'importanza della formazione continua per il progresso professionale. Questo trend positivo può avere implicazioni significative per la qualità del professionista infermiere e per l'evoluzione della professione. La diversificazione delle opzioni di studio, con un forte interesse per le lauree magistrali biennali tra i triennali e per i dottorati e i master tra i magistrali, suggerisce che le istituzioni accademiche potrebbero voler ampliare e diversificare ulteriormente la loro offerta formativa per soddisfare le esigenze emergenti.

Il grafico (Figura14) mostra una progressiva diversificazione nelle motivazioni per l'iscrizione al CdL Magistrale, con un incremento della componente professionalizzante (dal 7,9% nel 2006 al 16,4% nel 2023). La categoria "Fattori sia culturali sia professionalizzanti" rimane predominante, ma con una diminuzione negli anni (dal 56,5% del 2006 al 47,9% del 2023), probabilmente a favore di motivazioni più specificamente professionalizzanti. Le motivazioni esclusivamente culturali si mostrano in diminuzione (dal 18,4% del 2006 al 18,3% del 2023), suggerendo un cambiamento nell'orientamento degli studenti verso motivazioni più orientate alla carriera. La crescita dei fattori professionalizzanti indica una maggiore consapevolezza del ruolo del CdL Magistrale come percorso di specializzazione e progressione di carriera. Al contempo, la riduzione dei fattori prevalentemente culturali e dell'equilibrio tra fattori culturali e professionalizzanti suggerisce un orientamento sempre più pragmatico verso la formazione superiore. Questo cambiamento potrebbe riflettere sia le trasformazioni del mercato del lavoro

ro sia l'evoluzione delle necessità del sistema sanitario, che richiede competenze avanzate e un'alta specializzazione.

Figura 14: Motivazione scelta CdL magistrale



Aspetti

I grafici mostrano i principali aspetti considerati rilevanti dagli studenti dei corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica nella ricerca di un lavoro. Inoltre, viene effettuato un confronto tra l'importanza percepita dell'utilità sociale del lavoro, il prestigio ricevuto e il coinvolgimento nelle attività lavorative.

Laurea Triennale

La possibilità di carriera si mostra essere l'aspetto prioritario per i laureati triennali, con una rilevanza crescente dal 61,6% nel 2015 al 72,1% nel 2023, indicando un'attenzione costante verso la crescita professionale. La possibilità di guadagno si mostra stabile con un incremento dal 60,7% nel 2015 al 75,6% nel 2023, dimostrando l'importanza del compenso economico nella scelta lavorativa, anche se meno rilevante rispetto alla carriera. L'importanza attribuita alla stabilità del lavoro mostra un trend crescente, dal 77,4% nel 2015 al 84,3% nel 2023, segnalando una maggiore attenzione attribuita alla sicurezza occupazionale, soprattutto in contesti di incertezza economica. L'interesse per la coerenza accademica, altrettanto rilevante quanto l'aspetto della stabilità, mostra una crescita passando dal 73,2% del 2015 al 84,6% del 2023. Questo scenario riflette un contesto in cui i laureati cercano sia la realizzazione perso-

nale sia la stabilità economica, rispecchiando le sfide e le opportunità del mercato del lavoro contemporaneo.

Figura 15: Aspetti rilevanti nella ricerca di un lavoro Laureati Triennale

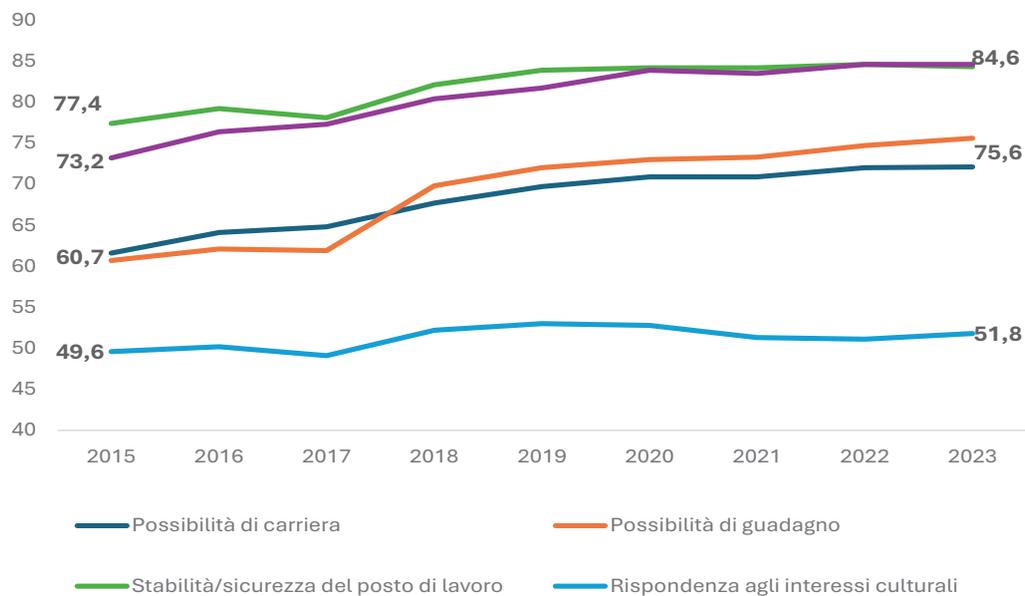
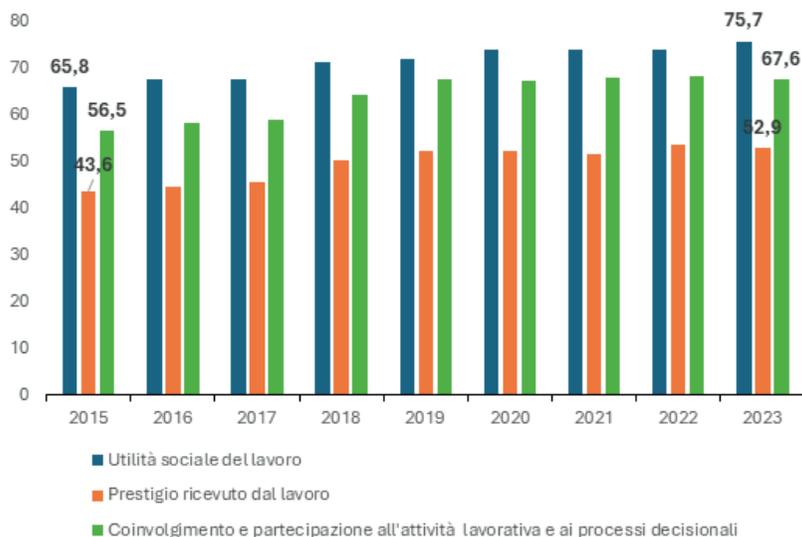
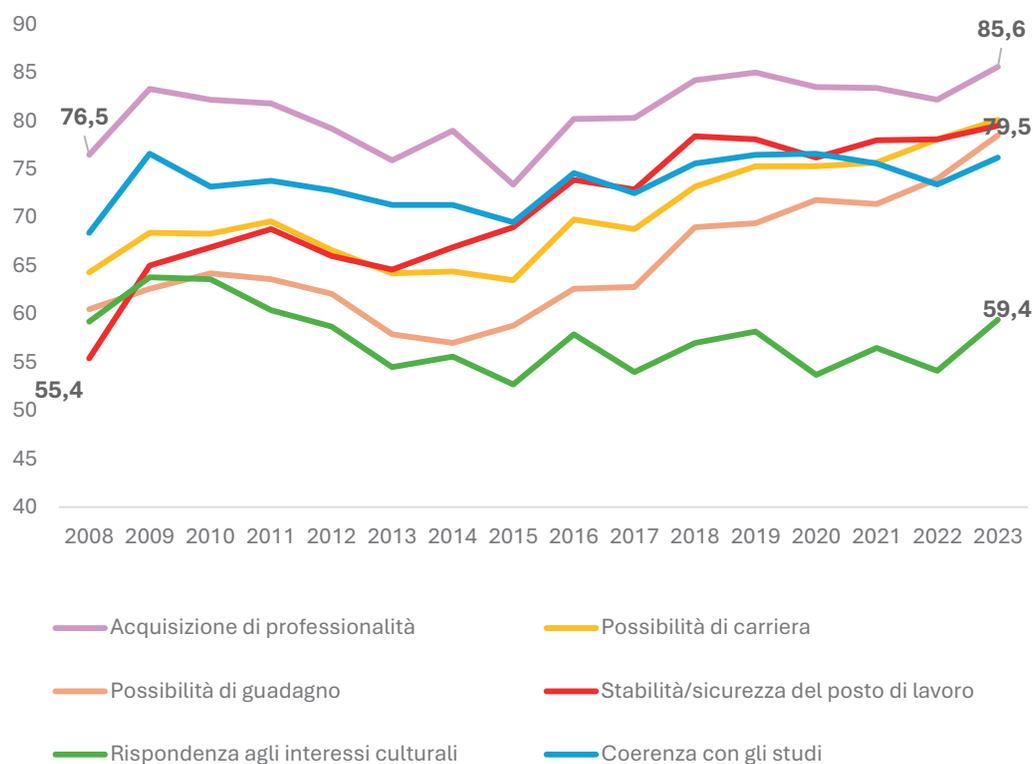


Figura 16: Utilità sociale vs Prestigio vs Coinvolgimento



L'importanza dell'utilità sociale del lavoro è aumentata dal 65,8% nel 2015 al 75,7% nel 2023. Questo mostra una forte attenzione verso l'impatto sociale della professione infermieristica probabilmente anche slatentizzato dall'evento pandemico. Anche l'importanza del coinvolgimento nei processi partecipativi e decisionali è cresciuta nel tempo, passando dal 56,5% nel 2015 al 67,6% nel 2023. L'importanza del prestigio ricevuto dal lavoro è cresciuta nel tempo, passando dal 43,6% nel 2015 al 52,9% nel 2023, ma rimane inferiore sia all'importanza attribuita all'utilità sociale che al coinvolgimento. Questo riflette una visione della professione infermieristica come non solo un lavoro, ma una carriera con opportunità di crescita e un impatto sociale significativo.

Figura 17: Aspetti rilevanti nella ricerca di un lavoro dopo la Magistrale



L'acquisizione di professionalità risulta un aspetto rilevante per i laureati magistrali, con un trend costantemente in crescita, arrivando dal 76,5% del 2008 all'85,6% del 2023. La stabilità e la sicurezza del posto di lavoro sono considerate molto importanti, con una percentuale di rispondenti del 79,5% nel 2023. Questo riflette la preoccupazione per la sicurezza occupazionale, particolarmente rilevante in un settore critico come quello sanitario. La rispondenza con gli interessi culturali, seppur mostrando un trend in crescita negli anni, si mostra l'aspetto meno rilevante per il 59,4% nel 2023.

Figura 18: Utilità sociale vs Prestigio vs Coinvolgimento



L'importanza dell'utilità sociale del lavoro è elevata, con una percentuale che oscilla tra il 57,5% del 2015 e il 64,7% del 2023. Il prestigio del lavoro è percepito come leggermente meno importante rispetto all'utilità sociale, anche se ha visto un aumento, raggiungendo il 59,2% nel 2023. Il coinvolgimento e la partecipazione all'attività lavorativa sono percepiti come importanti, con il 71,1% nel 2023, indicando un desiderio di essere attivamente coinvolti nei processi decisionali sul lavoro.

Settore di interesse per Corso di Laurea

I grafici illustrano i settori di interesse per l'impiego degli studenti dei corsi di Laurea Triennale e magistrale in Infermieristica. Viene analizzata la preferenza per il settore pubblico, privato, e autonomo (in conto proprio) nel periodo dal 2007 al 2023.

Laurea Triennale

Il settore pubblico è il più ambito tra i laureati triennali, con un picco di interesse dell'84,9% nel 2018. Nel 2023, il 78,9% dei laureati preferisce il settore pubblico, indicando una costante alta preferenza per questa opzione; seppur in costante diminuzione, questa tendenza suggerisce che i laureati triennali percepiscono ancora il settore pubblico come un luogo di lavoro stabile e desiderabile. L'interesse per il settore privato, compreso l'avvio di un'attività autonoma, ha

visto delle oscillazioni, con un picco del 48,5% nel 2017, per poi scendere al 44,9% nel 2023. Nonostante l'interesse significativo, il settore privato non è gradito tanto quanto il pubblico, ma rimane comunque una scelta rilevante per una parte significativa dei laureati.

Figura 19: Settore di interesse lavorativo - Laureati Triennale

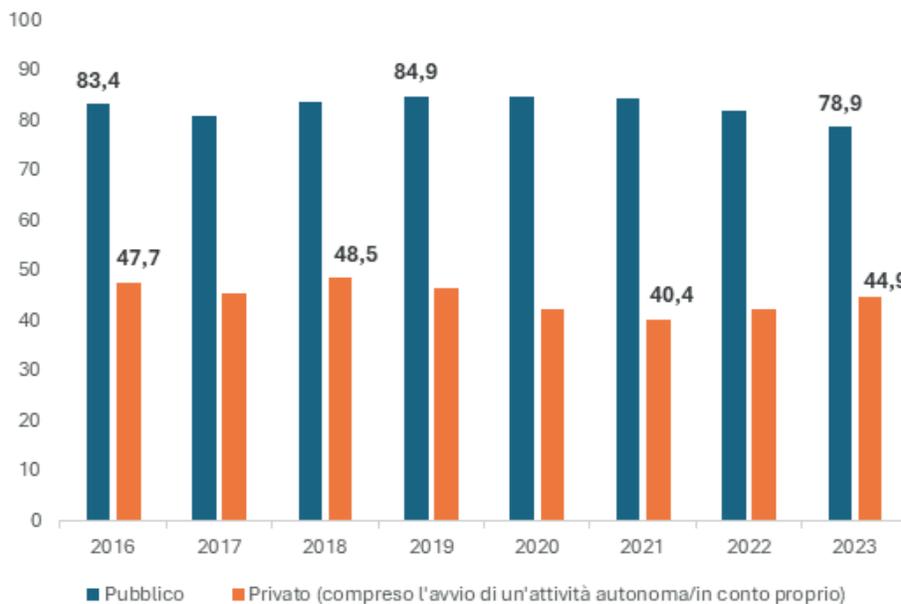
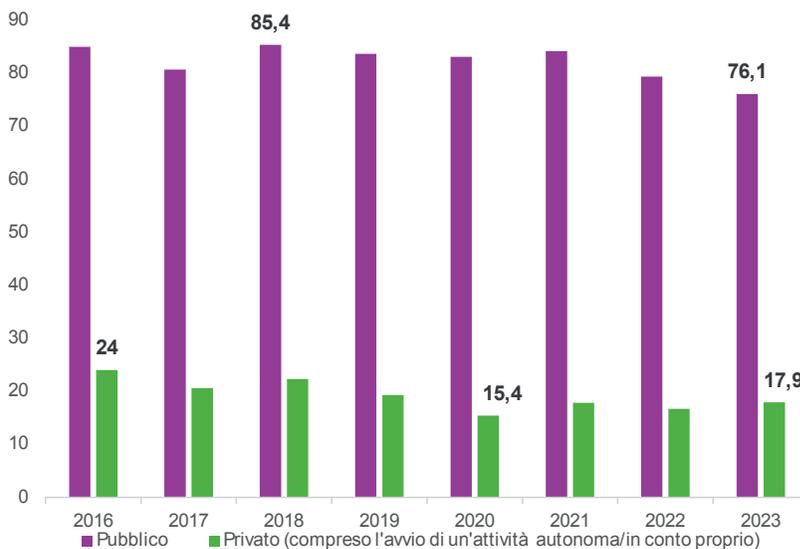


Figura 20: Settore di interesse lavorativo - Laureati magistrale



(2) si riferisce al II anno del CdL Magistrale per le prime attivazioni

Tra i laureati magistrali, il settore pubblico è largamente preferito, con percentuali che raggiungono l'85,4% nel 2018 e che rimangono elevate, attestandosi al 76,1% nel 2023. Questo dato riflette una forte preferenza per la stabilità e per le opportunità di carriera offerte dal settore pubblico tra i laureati magistrali. L'interesse per il settore privato è minore rispetto a quello per il settore pubblico, con un picco del 24% nel 2017, e successivamente scendendo al 17,9% nel 2023. Nonostante il calo, il settore privato rimane una scelta per una minoranza di laureati magistrali, che potrebbero cercare opportunità più flessibili o specializzate.

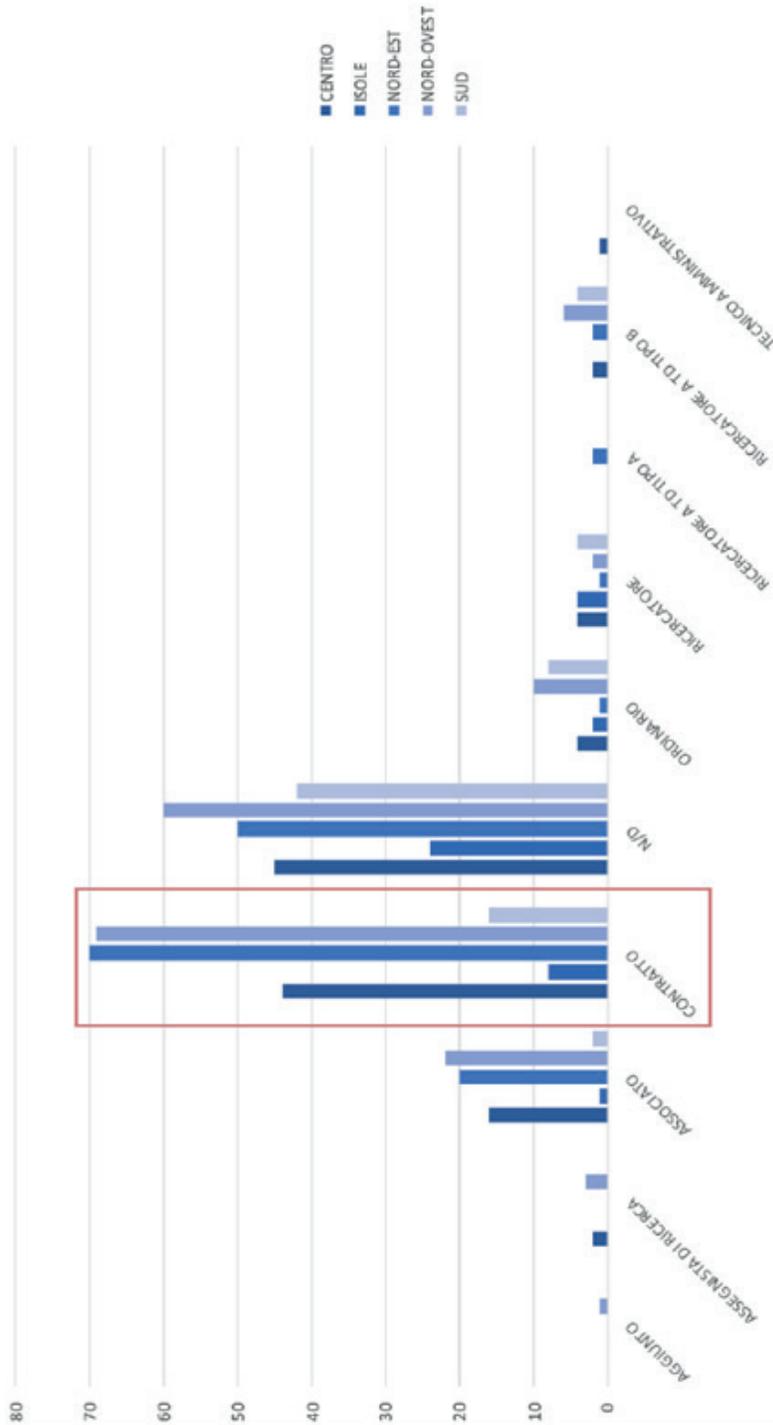
Composizione e Tipologia dei contratti del Corpo Docente

In questa ulteriore analisi sono state prese in considerazione le tipologie di contratto del corpo docente dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche per catturare un'immagine della stabilità dei docenti afferenti al settore scientifico disciplinare infermieristico e della continuità della didattica offerta.

Il grafico evidenzia la distribuzione delle diverse tipologie contrattuali dei docenti ex MED/45 (oggi MEDS/24-c) nei corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, suddivise per le diverse aree geografiche italiane. Un aspetto evidente è la netta prevalenza dei docenti con contratto a tempo determinato, indicati nella categoria "Contratto", che rappresentano il gruppo più numeroso in tutte le Regioni. In particolare, il Centro e il Nord-Ovest emergono con la concentrazione più alta, superando i 70 docenti in questa categoria. Anche nel Nord-Est, Sud e nelle Isole, la presenza dei docenti a contratto è significativa, anche se in numeri leggermente inferiori rispetto al Centro e al Nord-Ovest.

Le altre categorie contrattuali, come i docenti "associati" e "ordinari", mostrano una presenza molto più ridotta. Ad un'analisi più approfondita, i docenti associati si concentrano prevalentemente nel Nord-Est, mentre i docenti ordinari sono quasi assenti in tutte le aree geografiche. Anche le posizioni accademiche come i ricercatori (sia a tempo determinato di tipo A che di tipo B) e i tecnici amministrativi sono rappresentate in modo marginale, con valori particolarmente bassi o quasi inesistenti nella maggior parte delle Regioni. Infine, la categoria "N/D" (non disponibile) mostra una discreta presenza di docenti, soprattutto nel Nord-Est e Nord-Ovest, suggerendo che per una parte significativa del corpo docente, la tipologia contrattuale non è specificata. Questo insieme di dati mette in luce una forte dipendenza dei corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dal personale docente con contratti temporanei, sottolineando una certa precarietà della forza lavoro accademica in questo ambito e la discontinuità dell'insegnamento. L'analisi dei contratti del corpo docente nei corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, suddivisa per aree geografiche, rivela interessanti differenze regionali.

Figura 21: Distribuzione delle diverse tipologie contrattuali dei docenti ex MED/45 (oggi MEDS/24-c) nei corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, suddivise per le diverse aree geografiche italiane



Nel Nord-Ovest, che conta 173 docenti totali, la tipologia contrattuale predominante è quella a tempo determinato, con 69 unità. Si riscontra inoltre una notevole presenza di posizioni non specificate (60 unità), seguite da 22 professori associati. I professori ordinari sono 10, mentre vi sono 3 assegnisti di ricerca e 6 ricercatori a tempo determinato di tipo B. Questo indica una discreta varietà contrattuale, con una forte componente di docenti con incarichi non stabilizzati. Nel Nord-Est, con un totale di 146 docenti, il contratto a tempo determinato si conferma la forma più comune con 70 unità. Le posizioni non specificate sono numerose, raggiungendo 50 unità, mentre i Professori Associati sono 20. Si registra infine una presenza molto limitata di Professori Ordinari, con solo 1 unità, mentre gli assegnisti di ricerca e i ricercatori a tempo determinato di tipo B sono rispettivamente 3 e 2. Nel Centro, dove il numero complessivo di docenti è 118, il contratto a tempo determinato continua a essere il più diffuso con 44 unità, seguito da 45 docenti in posizioni non specificate. Sono presenti 16 professori associati e un numero limitato di professori ordinari (4 unità). Inoltre, si registrano 4 ricercatori e 2 ricercatori a tempo determinato di tipo B, suggerendo una maggiore stabilità accademica rispetto ad altre aree. Nel Sud, con 76 docenti totali, il contratto a tempo determinato rimane la tipologia più diffusa, ma con un numero inferiore rispetto al Centro e al Nord, con 16 unità. Tuttavia, si registra una predominanza di posizioni non specificate, che comprendono ben 42 docenti. Il numero di Professori Associati è piuttosto ridotto (2 unità), mentre i professori ordinari raggiungono le 8 unità e i ricercatori sono 4. Questo suggerisce una maggiore presenza di ruoli stabili rispetto ai docenti con contratti a tempo determinato. Nelle Isole, dove i docenti sono in totale 39, si nota una distribuzione più ridotta di contratti rispetto alle altre aree. Le posizioni non specificate rappresentano la maggior parte del corpo docente, con 24 unità, seguite da 8 docenti a tempo determinato. La presenza di professori associati è minima (solo 1 unità), mentre ci sono 2 professori ordinari e 4 ricercatori. Questa scarsità di varietà contrattuale riflette probabilmente una disponibilità inferiore di risorse accademiche rispetto al resto d'Italia.

Dall'analisi emerge che il contratto a tempo determinato è la tipologia contrattuale più diffusa in tutte le aree geografiche, riflettendo una forte dipendenza dal personale docente non stabilizzato. Le posizioni non specificate, che richiedono ulteriori approfondimenti per comprenderne la natura, rappresentano un altro aspetto significativo. Purtroppo, non sempre è stato possibile reperire la contrattazione del docente nonostante gli accessi siano stati ripetuti più volte nel corso dell'anno accademico.

La distribuzione di professori ordinari e associati varia considerevolmente tra le Regioni, con una concentrazione maggiore nel Nord-Ovest e Nord-Est. Invece, le Isole e il Sud mostrano una minor varietà di contratti, suggerendo possibili differenze nelle politiche di gestione del personale accademico e nelle risorse disponibili.

IL PROFILO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



Infermieri in Italia (2024)	458.112
Iscritti over 50 (2024)	223.744
Iscritti di sesso femminile (2024)	350.043

Laureati triennale (2023)	10.631
Laureati magistrale (2023)	1.386

	Dato nazionale	Minimo-Massimo Livello Regionale	Riferimento internazionale
Dotazione strutturale			
Infermieri per 1000 abitanti (internazionale)	6,5	-	8,4*
Infermieri per 1000 abitanti (2022, pubblici)	4,79	3,53 - 6,3	8,4*
Infermieri per 1000 abitanti (2024, iscritti FNOPI)	7,83	6,41 - 10,45	8,4*
Rapporto infermieri/medici (internazionale)	-	-	-
Rapporto infermieri/medici (2022, pubblici)	1,5	1,9 - 3,19	2,2*
Infermieri in rapporto alla popolazione (2024)	5%	3,9% - 6,3%	-
Lavoro e retribuzione			
Percentuale di assenza (2022)	16%	14% - 19%	-
Retribuzione media (2022)	32.400	26.200 - 37.200	39.800*
Opportunità di carriera			
Rapporto comparto/dirigenti (2022)	1,7	0,2 - 4,3	-
Infermieri in posizioni apicali (2024)	1,7%	0% - 5%	-
Indice soffitto di cristallo (2022)	1,4	0,8 - 2,3	-
Ricerca e formazione			
Numero di posizioni accademiche (2024)	83	0 - 21	-
Produttività scientifica FWCI (2024)	1,11	-	-
% di provenienti da Liceo (triennale, 2023)	68,2%	-	-
Intenzione di proseguire studi (triennale, 2023)	76,4%	-	-
% personale docente accademico (LM, 2024)	22%	18% - 24%	-
Esperienza Infermieri			
Intenzione di cambiare lavoro (2020-2024)	30%	-	-
Esperienza Pazienti			
Soddisfazione assistenza ricevuta (2020-2024)	84%	-	-

* OCSE Health Statistics 2024

MODELLI ORGANIZZATIVI

L'IMPLEMENTAZIONE DELL'IFEC NEGLI ATTI NORMATIVI REGIONALI (2022-2024)

	Dato nazionale	Minimo-Massimo Livello Regionale
Definizione del modello		
IFeC	4	-
IFoC	17	-
Standard di riferimento		
Definizione	1 : 3.000	Nessuna differenza
Orientamento del modello		
Assistenza e Cura	47,05 x 100	26,32 – 68,75 x100
Riferimento e Supporto	12,95 x 100	05,56-32,69 x100
Promozione, Prevenzione ed Educazione	9,40 x 100	3,51 - 16,67 x100
Lavoro in Team	7,53 x 100	1,75 – 14,81 x100
Valutazione, Monitoraggio e Continuità	4,45 x 100	0,00-14,81 x100

Spunti dalla Consulta associazioni dei pazienti e dei cittadini FNOPI:

- Mancanza di continuità nell'assistenza dovuta all'elevato turnover delle figure professionali che si incontrano dai pazienti.
- Eterogeneità nell'implementazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) tra le regioni, con molte aree che ancora non dispongono di questa figura.
- Orientamento ancora ospedalocentrico da parte della popolazione e di alcune aziende sanitarie, con scarsa attivazione dell'IFeC.
- Necessità di maggiore specializzazione per rispondere a bisogni specifici e aumentare l'efficacia dell'assistenza.

Nota metodologica

L'orientamento del modello è stato definito sulla base della media delle ricorrenze delle parole associate al termine "Infermier*", inteso come radice lessicale comprensiva di tutte le sue declinazioni (es. infermiere, infermieristica, infermieristico). La media è stata calcolata tenendo conto della frequenza relativa delle parole nei documenti analizzati. La distribuzione dei valori minimo e massimo è stata determinata considerando esclusivamente gli atti normativi di livello regionale, in modo da restituire una rappresentazione della variabilità territoriale presente nei contenuti riferiti alla professione infermieristica.

POSTFAZIONE

La «questione infermieristica» non riguarda una singola professione, ma l'intera Italia: un Paese che invecchia sempre di più e con sempre più bisogni socio-sanitari.

La tenuta dell'Infermieristica in Italia rappresenta la tenuta stessa del Servizio sanitario nazionale, la saldatura del sistema salute rispetto all'ossatura della società.

Questo poderoso studio - condotto dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, grazie alla visione della Rettrice Sabina Nuti, della Professoressa Vainieri, con un team che comprende anche due nostri colleghi dottori di ricerca - rappresenta il primo tentativo, per la FNOPI, di dotarsi di uno strumento di ricerca con cadenza periodica, in grado di raccontare cosa rappresentano gli Infermieri nel nostro contesto sociale, economico, epidemiologico e sanitario.

Il Rapporto che avete tra le mani è stato commissionato con convinzione dal Comitato Centrale 2020-2024 della Federazione e portato avanti con entusiasmo dai nuovi Organi eletti nel 2025. In questo lungo percorso di avvicinamento e raccolta dati, la mia Presidenza è stata affiancata da un think tank formato da esperti interni ed esterni: Tonino Aceti, Nicola Draoli, Silvestro Giannantonio, Beatrice Mazzoleni, Maurizio Zega.

Un meticoloso lavoro che dimostra quanto sia necessario avere dei benchmark sia nazionali che regionali, in grado di misurare performance e politiche sanitarie impattanti sulle professioni infermieristiche. Soprattutto nelle crescenti interlocuzioni istituzionali di un Ente ordinistico che rappresenta la componente più numerosa del panorama sanitario italiano.

Rendere evidente come si sviluppa l'Infermieristica in Italia, dove si sviluppa maggiormente o in condizioni di difficoltà, è una bussola anche per orientare gli sforzi delle Amministrazioni locali come del Governo centrale. E quanto chiede da tempo la FNOPI alla politica trova sostanza proprio nelle evidenze scientifiche di questo studio, a riprova che non si tratta mai di rivendicazioni auto riferite, quanto di visioni di sistema per affrontare i bisogni di salute di un Paese che sta cambiando, e in cui tutto è interconnesso.

Nelle nostre regioni, sempre più persone vivranno con patologie croniche già diagnosticate, per le quali la sfida non sarà solo clinica, ma soprattutto assistenziale: prevenzione secondaria e terziaria, gestione quotidiana delle terapie, educazione alla salute, monitoraggio, attivazione delle reti comunitarie, sviluppo o mantenimento dell'indipendenza. È un cambiamento epocale che chiama in causa il territorio, non come luogo residuale, ma come fulcro del sistema sanitario.

All'interno di questa prospettiva, l'Infermiere di Famiglia e Comunità rappresenta una figura chiave, un professionista integrato nella rete socio-sanitaria territoriale, la cui vocazione pubblica non è ideologica, ma funzionale: l'IFeC non "eroga" prestazioni, ma valuta, educa, progetta, raccorda. È chiamato a conoscere le persone e i contesti in cui vivono, ad attivare risorse informali (familiari, vicinato, volontariato), a costruire percorsi condivisi con assistenti sociali e altri professionisti.

E la tecnologia può e deve essere parte di questa trasformazione. Telemedicina e teleassistenza, soprattutto nei contesti rurali o difficilmente raggiungibili, possono alleggerire i percorsi e migliorare il monitoraggio dei pazienti. Ma non potranno mai sostituire il valore della relazione e della presenza. È il momento di spostare il focus: servono più infermieri, e servono anche e soprattutto nei territori e nei raccordi tra ospedale e domicilio. Questo significa anche ripensare la formazione accademica perché questa sfida richiede competenze avanzate, capacità di valutazione autonoma, leadership.

E nel Rapporto ben si delineano anche i grandi passi avanti nella presenza accademica infermieristica e i tanti passi ancora da fare

Il problema della carenza infermieristica, analizzato in tutto il Rapporto, non si risolve solo con incentivi economici. Serve rendere attrattiva la professione, offrendo reali possibilità di carriera clinica, percorsi di crescita e riconoscimento professionale. Oggi, l'Infermiere ha pochissimi sbocchi al di fuori della dirigenza manageriale: una situazione che scoraggia i giovani e impoverisce il sistema.

Il Rapporto ci consegna, infine, una mappa infermieristica del nostro Stivale diseguale che ha bisogno di uno sforzo unitario per essere ricompattata: finché la politica, i media, la società civile non si uniranno ancora più saldamente per chiedere una portata trasformativa dell'assistenza infermieristica, dei professionisti infermieri e delle organizzazioni, ogni riforma sarà monca. Non possiamo permetterci di rimanere ancorati a un modello che non risponde più alle esigenze reali delle persone. Il futuro della sanità si gioca nelle case, nei quartieri, nelle relazioni. E sarà il capitale umano – adeguatamente formato, valorizzato e integrato – a fare la differenza.

ISBN 978-8-86528-701-9



9 788865 287019 >