RAPPORTO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Edizione 2026

Responsabile Scientifico: Sabina Nuti

Coordinatori delle aree di ricerca del Progetto: Lorenzo Taddeucci, Nicola Spezia e Angela Durante

Gruppo di ricerca e di supporto amministrativo del Centro interdisciplinare Health Science e del Laboratorio Management e Salute: Milena Vainieri, Federica Arigoni, Lucrezia Salviati, Davide Trinchese, Stefania Agostini, Anna Cornara e Diletta Corti

Gruppo tecnico FNOPI: Nicola Draoli, Carmelo Gagliano, Beatrice Mazzoleni e Silvia Rossi

© 2026 Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

ISBN: 979-12-98562-12-9

Come citare il Rapporto
Nuti, S., Taddeucci, L., Spezia, N., & Durante, A. (a cura di). (2026). *Rapporto Professioni Infermieristiche. Edizione 2026*. Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Finito di stampare nel mese di novembre 2026
presso Gemmagraf 2007 srl – via Tor de' Schiavi 227 – 00172 Roma
www.gemmagraf.it

INDICE

Prefazione
A cura di Barbara Mangiacavalli **1**
Capitolo 1. Introduzione
A cura del team di ricerca **4**
Capitolo 2. Metodologie e fonti dei dati
A cura del team di ricerca **7**
2.1. La valutazione dell'assetto strutturale del ruolo professionale: gli indicatori tecnico-strutturali 7
2.2. L'esperienza degli infermieri e della popolazione: le due indagini nazionali 9
2.3. L'assistenza infermieristica nei sistemi sanitari regionali: interviste semi-strutturate alle regioni 15
Capitolo 3. Lo stato dell'arte della professione infermieristica
A cura di Lorenzo Taddeucci e Sabina Nuti **16**
3.1 La dotazione del personale infermieristico 17
3.2 La ricerca e la formazione infermieristica 22
3.3 La valorizzazione professionale degli infermieri 30
Capitolo 4. Dalla teoria alla pratica: la declinazione del ruolo infermieristico
A cura di Federica Arigoni, Nicola Spezia, Angela Durante e Sabina Nuti **38**
4.1 Le aree di pratica della professione infermieristica 39
4.2 L'evoluzione del ruolo nel confronto interprofessionale 47
Capitolo 5. Lo sviluppo del ruolo infermieristico nel sistema sanitario
A cura di Lorenzo Taddeucci, Angela Durante, Lucrezia Salviati e Sabina Nuti **58**
5.1 La produttività del personale infermieristico nelle Organizzazioni 59
5.2 I percorsi di sviluppo di carriera 64
5.3 I meccanismi operativi manageriali a supporto della professione infermieristica 78
5.4 Le relazioni tra i professionisti 85
5.5 Il senso di appartenenza degli infermieri 90
Capitolo 6: La relazione con la popolazione
A cura di Nicola Spezia e Sabina Nuti **94**
6.1 La relazione con l'utenza 97
6.2 Il riconoscimento del ruolo da parte della popolazione 104
Capitolo 7. Conclusioni e sviluppi futuri
A cura del team di ricerca **112**
Riferimenti bibliografici **114**
Appendice
Report indagine agli infermieri italiani (online)
Report indagine alla popolazione italiana (online)

Prefazione

Il secondo Rapporto Professioni Infermieristiche FNOPI - Scuola Superiore Sant'Anna si inserisce in una fase storica di profonda e radicale trasformazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Una fase in cui la ridefinizione dei modelli organizzativi, la spinta verso una sanità di prossimità delineata dal DM 77 e le riforme strutturali del PNRR non rappresentano più semplici opzioni programmatorie, ma snodi vitali e improrogabili per garantire la tenuta, l'equità e la sostenibilità del sistema pubblico di tutela della salute. In questo scenario di transizione, la professione infermieristica si colloca come una vera e propria lente d'ingrandimento e un fattore abilitante attraverso cui leggere e governare il cambiamento.

Per guidare una trasformazione di tale portata, tuttavia, non possiamo più affidarci a intuizioni estemporanee, a rivendicazioni astratte o a letture parziali dei fenomeni. Oggi più che mai, e per l'intero panorama dei decisori e manager pubblici, emerge l'imperativo metodologico ed etico di muoversi con dati alla mano. Governare la complessità dei bisogni di salute contemporanei – segnati dall'invecchiamento demografico, dall'aumento della cronicità e della fragilità – richiede la capacità di certificare i numeri e le tendenze. Questo secondo Rapporto nasce proprio da tale urgenza: mettere a disposizione della comunità scientifica, delle istituzioni e dei professionisti un patrimonio di evidenze empiriche solide in grado di sottrarre il dibattito sulla professione infermieristica alle paludi dell'opinabile per ancorarlo fermamente alla realtà dei fatti.

La scelta di consolidare questo percorso di ricerca periodico insieme a un'istituzione d'eccellenza come la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa risponde a una convinzione profonda: la conoscenza scientifica è la prima, vera leva strategica di policy. Misurare, in questa chiave, non significa semplicemente fotografare delle criticità o compilare asettiche classifiche. Significa, al contrario, rendere visibile e valutabile il valore pubblico prodotto dall'assistenza infermieristica, identificando con precisione i nodi organizzativi che ne limitano il potenziale e valorizzando le migliori pratiche già presenti sul territorio.

I dati racchiusi in questo volume – che per la prima volta integrano gli indicatori tecnico-strutturali del Conto Annuale e dell'Istat con due indagini nazionali rivolte a infermieri e cittadini – ci consegnano un quadro speculare e ricco di sfumature, che impone una riflessione profonda e priva di infingimenti. Esiste una distanza, talvolta una vera e propria faglia, tra il riconoscimento simbolico e sociale di cui la professione gode e la sua effettiva valorizzazione all'interno dei contesti lavorativi. Se, da un lato, più di quattro cittadini su cinque certificano l'alto valore delle competenze infermieristiche esprimendo livelli elevati di fiducia, dall'altro lato un numero considerevole di colleghi – in particolare nella fascia tra i 30 e i 44 anni e all'interno del settore pubblico – riporta un senso di insoddisfazione legato a carichi di lavoro pressanti, a una percezione di scarsa realizzazione e a tassi retributivi ampiamente inferiori alle medie OCSE.

Certificare queste tendenze ci permette di affrontare le sfide del futuro con un approccio radicalmente nuovo. La contrazione della disponibilità infermieristica e il progressivo

invecchiamento del personale in servizio non sono più generiche minacce invisibili, ma dinamiche tracciate e misurabili. Conoscerle significa comprendere che la vera sfida dei prossimi anni non si esaurisce nella pur fondamentale capacità di formare nuovi professionisti e invertire il calo delle iscrizioni universitarie, ma risiede nella capacità del sistema di trattenere e motivare i talenti già inseriti, migliorando la qualità degli ambienti di lavoro e implementando percorsi di carriera verticali e trasversali stabili.

In questa prospettiva, capire e conoscere il passato, analizzando rigorosamente i dati storici e le traiettorie evolutive della nostra professione, diventa l'unico strumento per essere più efficaci e strategici nel futuro. L'evoluzione normativa e culturale che dagli anni Novanta ha trasformato l'infermiere in un professionista intellettuale, autonomo e responsabile, trova oggi il suo naturale compimento nella sanità di iniziativa e proattiva e nello sviluppo di figure chiave come l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Il Rapporto dimostra come gli infermieri siano pronti e intenzionati a riequilibrare il proprio tempo di lavoro, orientandolo con forza verso le aree della prevenzione e della promozione della salute, ambiti in cui il loro contributo può fare la differenza nel ridurre l'ospedalizzazione inappropriata e nel supportare la cura dei pazienti cronici.

Tuttavia, le evidenze emerse dal modulo sperimentale di *Discrete Choice Experiment* introdotto in questo lavoro ci mettono in guardia da facili automatismi e ci indicano una precisa responsabilità programmatoria. Se gli infermieri sono pronti ad assumere ruoli clinici espansi e avanzati nella gestione dei *follow-up* in piena autonomia, la popolazione esprime ancora una cautela, preferendo modelli in cui la conduzione delle visite rimanga ancorata alla figura medica. Questa distanza non deve scoraggiarci, ma deve orientare le nostre strategie future. Ci dice che l'avanzamento delle competenze e delle responsabilità infermieristiche non può essere un processo esclusivamente normativo o di ingegneria gestionale: deve essere supportato da un imponente investimento culturale, comunicativo ed educativo rivolto ai cittadini. Dobbiamo rendere visibili nella quotidianità sociale i nostri percorsi accademici, i nostri dottorati di ricerca, affinché la riforma del territorio sia percepita dalla popolazione non come un'opzione B o una razionalizzazione economica, ma come un reale avanzamento della qualità e della prossimità delle cure.

I dati qualitativi emersi dal *benchmarking* regionale e dalle interviste con le tecnostrutture sanitarie confermano che l'Italia viaggia a velocità differenti, sperimentando soluzioni organizzative di successo, accanto a realtà in cui la riorganizzazione territoriale appare ancora fragile e legata a frammentazioni di varia natura. Compito della Federazione è anche quello di ricomporre questa trama, offrendo ai decisori regionali e nazionali un lessico comune e una solida base comparativa per attivare processi di miglioramento continuo.

Il lavoro qui presentato non offre ricette precostituite, ma consegna alla discussione pubblica una mappa dettagliata per orientare le riforme assistenziali dei prossimi decenni. Soltanto guardando con coraggio ai numeri della nostra realtà, valorizzando l'identità professionale e investendo sul capitale umano potremo costruire una sanità pubblica autenticamente centrata sulla persona, capace di onorare il mandato costituzionale di tutela della salute per tutti i cittadini.

Con questa consapevolezza e con questi dati alla mano, la FNOPI rinnova il proprio impegno strategico per il futuro della professione e del Paese.

Barbara Mangiacavalli
Presidente FNOPI

Capitolo 1. Introduzione

Questo secondo Rapporto nasce dalla collaborazione tra la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con l'obiettivo di consolidare un percorso di analisi e ricerca volto a produrre evidenze utili a comprendere l'evoluzione della professione infermieristica e il suo contributo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La collaborazione tra le due istituzioni si fonda sulla convinzione che le principali sfide che interessano la professione richiedano strumenti di lettura rigorosi, metodologicamente solidi e capaci di integrare competenze scientifiche, dati empirici e conoscenza dei contesti istituzionali e professionali.

Il Rapporto si inserisce quindi in un percorso di lavoro comune che intende mettere a disposizione della professione, delle istituzioni e dei decisori pubblici un patrimonio di evidenze in grado di sostenere una riflessione informata sul ruolo degli infermieri, sul loro contributo ai servizi sanitari e sulle prospettive di sviluppo della professione. L'obiettivo non è soltanto aggiornare conoscenze e descrivere fenomeni, ma contribuire alla costruzione di un dibattito fondato su dati, confronti e analisi, capace di accompagnare le scelte di programmazione e le politiche di sviluppo del SSN.

L'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie cronico-degenerative e la conseguente complessità dei bisogni assistenziali impongono un forte potenziamento della rete territoriale e una reale integrazione ospedale-territorio-domicilio. A fronte di questo scenario, la carenza di personale, le criticità nel reclutamento e la necessità di una reale valorizzazione dei professionisti sanitari dimostrano come la risposta infermieristica non possa più essere considerata una tematica settoriale, bensì una priorità strategica per l'intero sistema salute. La professione infermieristica rappresenta invece uno snodo centrale per la tenuta del SSN, per la sua capacità di garantire equità di accesso, continuità delle cure e qualità dell'assistenza, ma anche per la possibilità di ripensare modelli organizzativi e professionali in grado di rispondere in modo più appropriato ai cambiamenti in atto. Discutere oggi di professione infermieristica significa quindi riflettere, al tempo stesso, sul funzionamento dei servizi, sulla capacità di presa in carico dei bisogni, sulla sostenibilità delle organizzazioni e sulla possibilità di costruire un sistema sanitario pubblico più vicino alle persone, più capace di integrare competenze diverse e più coerente con le sfide presenti e future.

In questo quadro, il Rapporto si propone come uno strumento di lavoro a supporto di una riflessione informata sulla professione infermieristica e sul suo posizionamento nel SSN.

La scelta di costruire un rapporto periodico risponde alla convinzione che il dibattito pubblico e istituzionale debba poggiare su evidenze solide, capaci di integrare dati, esperienze e punti di vista differenti. L'obiettivo non è soltanto restituire una fotografia di criticità, numeri e tendenze, ma offrire elementi utili a comprendere come la professione si collochi nei processi di trasformazione del sistema sanitario, superando i confini della categoria per favorire la costruzione di un lessico e di un terreno comune di discussione tra cittadini, professionisti, istituzioni e decisori.

Se il primo Rapporto mirava a strutturare una base conoscitiva ampia e sistematizzata, questo secondo lavoro si colloca in una prospettiva di continuità e, insieme, di avanzamento. Continuità, perché consolida un patrimonio di conoscenze fondato su dati, comparazioni e approfondimenti utili al dibattito nazionale. Avanzamento, perché amplia le prospettive di analisi, interrogandosi più direttamente su come l'assistenza infermieristica si stia ridefinendo, su come il ruolo venga interpretato e agito nei diversi contesti assistenziali, su come venga riconosciuto all'interno del sistema sanitario e dalla popolazione e su quale sia il suo posizionamento nelle trasformazioni organizzative e professionali che attraversano oggi il SSN.

In questa prospettiva, la seconda edizione del Rapporto rafforza la propria valenza di policy, assumendo la professione infermieristica come una chiave di lettura delle trasformazioni del sistema sanitario e, al tempo stesso, come una dimensione strategica su cui orientare le scelte di programmazione e governo dei servizi. Tale impostazione si fonda sulla convinzione che la disponibilità di dati quantitativi, sistematici e confrontabili rappresenti una condizione essenziale per sostenere decisioni informate e promuovere processi di miglioramento.

La misurazione assume quindi una funzione che va oltre la descrizione dei fenomeni: attraverso il confronto tra contesti e realtà differenti, secondo una logica di *benchmarking*, consente di individuare punti di forza, aree di criticità e pratiche organizzative potenzialmente trasferibili, offrendo elementi utili a orientare le politiche e le strategie di sviluppo della professione infermieristica. In questa logica, il confronto non è finalizzato alla costruzione di classifiche, ma a favorire la comprensione delle differenze, l'apprendimento reciproco e l'individuazione di opportunità di miglioramento.

Il Rapporto intende così contribuire a una discussione pubblica e istituzionale fondata sulle evidenze, mettendo a disposizione strumenti conoscitivi e chiavi interpretative che, pur senza configurarsi come una valutazione esplicita della performance delle organizzazioni sanitarie, possano sostenere nel tempo percorsi di misurazione, confronto e miglioramento, orientando le scelte di sviluppo della professione e, più in generale, del Servizio Sanitario Nazionale.

Per restituire un quadro articolato della professione infermieristica e del suo posizionamento all'interno del SSN, il Rapporto adotta un disegno metodologico integrato, che combina indicatori tecnico-strutturali, dati quantitativi raccolti attraverso due indagini nazionali rivolte agli infermieri e alla popolazione, e approfondimenti qualitativi basati su interviste semi-strutturate ai referenti regionali. L'integrazione di queste fonti consente di affiancare alla misurazione dei fenomeni l'analisi delle esperienze dei professionisti e dei cittadini, nonché delle scelte organizzative e di governo dei servizi, offrendo una lettura multidimensionale delle dinamiche che interessano la professione.

Le analisi sono organizzate attorno a quattro prospettive complementari: le caratteristiche strutturali e demografiche della professione; la declinazione del ruolo infermieristico nei diversi contesti assistenziali, in termini di attività e spazi di autonomia; il posizionamento organizzativo della professione all'interno dei modelli di servizio; e la relazione con la popolazione, con particolare attenzione alla fiducia e al riconoscimento sociale del ruolo infermieristico.

Nel loro insieme, le evidenze presentate intendono contribuire non soltanto alla comprensione dello stato attuale della professione, ma anche all'individuazione delle principali differenze, criticità e opportunità di sviluppo che emergono nei diversi contesti. Pur senza esaurire questioni complesse e in continua evoluzione, il Rapporto offre così una base conoscitiva a supporto del confronto tra professionisti, istituzioni e decisori, con l'obiettivo di orientare scelte capaci di coniugare la valorizzazione della professione infermieristica con il miglioramento della qualità e dell'equità dell'assistenza alla popolazione.

Capitolo 2. Metodologie e fonti dei dati

Il Secondo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche adotta diverse metodologie di ricerca, combinando fonti informative e strumenti differenti e complementari al fine di integrare più punti di osservazione. Da un lato, sono stati utilizzati dati tecnico-strutturali, capaci di restituire la dimensione quantitativa della professione. Dall'altro, per la prima volta, sono state realizzate indagini mediante questionari online rivolte sia agli infermieri sia alla popolazione, con l'obiettivo di integrare il dato quantitativo con una rappresentazione viva e dinamica della professione infermieristica, di ciò che è oggi e di come si declina nei diversi contesti assistenziali, attraverso l'esperienza degli infermieri stessi e dei cittadini. Ai dati tecnico-strutturali e alle indagini si affiancano, infine, le interviste condotte a livello regionale, volte ad analizzare come le politiche, i modelli organizzativi e le scelte attuative incidano concretamente sullo sviluppo della professione infermieristica nel nostro Paese.

Le analisi svolte si basano pertanto su tre metodologie di ricerca principali:

- **la valutazione dell'assetto strutturale del ruolo professionale**, ricostruito attraverso **indicatori tecnico-strutturali** calcolati grazie ai dati statistici raccolti dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, dall'ISTAT, dalla FNOPI, dal Consorzio AlmaLaurea e dal Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie Co.Ge.A.P.S., nonché attraverso specifiche analisi svolte sui siti web istituzionali delle strutture sanitarie pubbliche;
- **la valutazione e l'esperienza degli infermieri e della popolazione**, analizzate attraverso **due indagini nazionali** con survey online;
- **l'assistenza infermieristica nei sistemi sanitari regionali**, approfondita attraverso **interviste semi-strutturate ai referenti regionali**, con particolare attenzione all'implementazione del DM 77/2022, alle strategie regionali e ai risultati conseguiti dai Servizi Sanitari Regionali.

2.1. La valutazione dell'assetto strutturale del ruolo professionale: gli indicatori tecnico-strutturali

La prima componente metodologica del Rapporto ha riguardato la costruzione e l'analisi di un insieme di indicatori tecnico-strutturali finalizzati a descrivere

l'assetto della professione infermieristica in Italia e nelle Regioni, articolati in quattro dimensioni principali.

La prima dimensione riguarda la **dotazione strutturale**, cioè la disponibilità di personale infermieristico rispetto alla popolazione, agli standard nazionali e internazionali, ad esempio europei e OCSE, e alle altre professioni sanitarie. Rientrano in questa area indicatori come il numero di infermieri per abitanti e il rapporto tra infermieri e medici.

La seconda dimensione riguarda l'**efficienza operativa**, che include indicatori relativi alla capacità effettiva del sistema di trasformare la dotazione nominale di personale in assistenza concretamente disponibile. Rientrano in questa dimensione la percentuale di assenza e la quota di dipendenti con limitazioni alla mansione.

La terza dimensione si concentra su **retribuzione e sviluppo di carriera**. In questo ambito rientrano la retribuzione media, il rapporto tra personale infermieristico dirigente e personale del comparto, la percentuale di infermieri in posizioni apicali e l'indice del "soffitto di cristallo", ovvero la misura delle barriere che limitano l'accesso a ruoli dirigenziali per alcuni gruppi sociodemografici, in particolare per le donne. Per il calcolo della percentuale di infermieri in posizioni apicali, è stata condotta un'analisi dei profili dirigenziali sui siti web istituzionali delle strutture sanitarie pubbliche (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Aziende Sanitarie Locali, Enti di ricerca e IRCCS Pubblici). La mappatura ha riguardato ruoli apicali e strategici, tra cui Direttori Generali, Direttori Socio-Sanitari, Direttori delle Attività Socio-Sanitarie, Direttori Assistenziali, Direttori Tecnici Assistenziali e Direttori di Distretto.

L'ultima dimensione riguarda **formazione, accesso alla professione, ricerca e sviluppo**. In questa area sono inclusi gli indicatori relativi al numero di laureati, al rapporto tra candidati e posti disponibili e tra posizioni accademiche e studenti iscritti nei percorsi universitari di area infermieristica, al tasso di occupazione a un anno dal conseguimento del titolo e all'adesione agli obblighi ECM.

Le fonti utilizzate per la costruzione degli indicatori comprendono le più recenti basi dati disponibili: il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (anno di riferimento: 2024); il Registro statistico sui professionisti sanitari dell'ISTAT (anno di riferimento: 2023); gli archivi amministrativi della FNOPI (anno di riferimento: 2025); le indagini statistiche del Consorzio AlmaLaurea (anno di riferimento: 2025); e i dati del Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie Co.Ge.A.P.S. (anni di riferimento: 2023-2025).

2.2. L'esperienza degli infermieri e della popolazione: le due indagini nazionali

La seconda componente metodologica del Rapporto è costituita da due indagini nazionali basate su questionari: una rivolta agli infermieri che operano in Italia e una rivolta alla popolazione italiana. Le due survey sono state progettate in modo coordinato, attraverso una scelta metodologica esplicita: leggere la professione infermieristica sia dall'interno, attraverso la voce di chi la esercita quotidianamente, sia dall'esterno, attraverso il punto di vista della popolazione. Quest'ultimo comprende sia chi è entrato in contatto con l'assistenza infermieristica come paziente o caregiver, sia chi non ha avuto esperienze recenti con gli infermieri, consentendo così di esplorare la visione più generale della popolazione italiana rispetto alla professione.

Il primo obiettivo delle due indagini è stato raccogliere e analizzare il punto di vista di ciascun gruppo (infermieri e popolazione) nella propria specificità. In questo senso, le due indagini producono innanzitutto due basi informative autonome. Successivamente l'affiancamento delle due survey ha permesso, per alcuni aspetti, una lettura comparativa, utile a individuare sia le aree di convergenza sia le eventuali distanze tra esperienze e aspettative rispetto alla professione infermieristica. Ad esempio, è stato possibile mettere in relazione le esperienze assistenziali riportate dai professionisti con quelle riportate dai pazienti e dai caregiver; confrontare il riconoscimento sociale percepito dagli infermieri con quello attribuito dai cittadini; ed analizzare la disponibilità della popolazione verso l'evoluzione del ruolo infermieristico insieme alla volontà degli infermieri e alle condizioni da loro ritenute necessarie per assumere nuove responsabilità.

2.2.1. L'indagine agli infermieri italiani

La prima survey è stata rivolta agli infermieri che operano in Italia, con l'obiettivo di raccogliere il punto di vista diretto dei professionisti rispetto al proprio lavoro, al clima organizzativo, alle relazioni professionali e con l'utenza, nonché alle prospettive relative allo sviluppo e all'evoluzione della professione.

La rilevazione è stata condotta dall'11 marzo al 17 maggio 2026 mediante un questionario online sviluppato sulla piattaforma Qualtrics. L'indagine è stata promossa dalla FNOPI attraverso i propri canali istituzionali; l'accesso al questionario avveniva tramite l'area riservata del portale federativo, all'interno della quale era disponibile il collegamento alla piattaforma di compilazione. Al fine di favorire la partecipazione, durante il periodo di rilevazione sono stati effettuati tre rilanci attraverso i canali social ufficiali della Federazione.

Alla rilevazione hanno aderito complessivamente **7.642 infermieri**, di cui 6.006 hanno completato tutte le domande del questionario (Figura 2.1). Per valorizzare il contributo di tutti i partecipanti, nel Rapporto sono state considerate tutte le risposte valide disponibili; di conseguenza, alcune domande possono presentare una numerosità di rispondenti diversa, in funzione del livello di completamento del questionario.

Il questionario comprende circa 70 domande, con una numerosità effettiva variabile in base alle risposte precedenti e alle sezioni attivate durante la compilazione (alcune domande sono rivolte solo a specifici sottogruppi di rispondenti, sulla base delle risposte fornite in precedenza). Gli item sono prevalentemente a risposta chiusa, includendo domande sì/no, domande a scelta multipla e domande con scale Likert, cioè scale utilizzate per misurare il livello di accordo, frequenza, intensità o valutazione rispetto a una determinata affermazione. Erano inoltre presenti tre domande a risposta aperta, finalizzate a raccogliere contributi più liberi e qualitativi da parte dei rispondenti, oltre a un modulo finale di *Discrete Choice Experiment*, descritto in dettaglio nel paragrafo 2.2.3.

Oltre alla sezione iniziale dedicata alle caratteristiche anagrafiche e professionali dei rispondenti, il questionario è articolato in diverse sezioni tematiche. La sezione "Il mio lavoro" approfondisce le caratteristiche dell'attività professionale, il setting di lavoro, i carichi assistenziali e la soddisfazione lavorativa. La sezione "Competenze e formazione" indaga il percorso formativo, l'aggiornamento continuo, le competenze acquisite e le opportunità di sviluppo professionale. La sezione "Aree di pratica" esplora gli ambiti clinico-assistenziali e organizzativi di intervento, indagando la quantità di tempo dedicata alle diverse aree di pratica, sia effettiva sia desiderata. La sezione "La mia Organizzazione" raccoglie informazioni sul contesto lavorativo, sul clima organizzativo e sulla presenza e adozione di meccanismi e strumenti manageriali da parte delle Organizzazioni di appartenenza. La sezione "Relazione con i pazienti" analizza la qualità della relazione assistenziale con le persone assistite e con i caregiver. La sezione "Sicurezza e violenza" affronta il tema della sicurezza sul lavoro, mappando episodi di aggressione e violenza, sia verbale sia fisica, da parte degli utenti ma anche colleghi e superiori. La sezione "Evoluzione professionale" è dedicata alle prospettive future della professione, allo sviluppo di nuovi ruoli e alla disponibilità ad assumere responsabilità più avanzate. Infine, la sezione "Visione d'insieme" consente ai rispondenti di esprimere una valutazione complessiva sulla professione infermieristica.

Lo studio delle domande aperte del questionario è stato condotto con il supporto di MAXQDA, software per l'analisi qualitativa e *mixed methods*. I commenti lasciati dai rispondenti sono stati prima organizzati separatamente e successivamente analizzati mediante un'estensione AI di MAXQDA, uno strumento esplorativo per identificare temi ricorrenti, sintetizzare i contenuti testuali e orientare la

costruzione del successivo schema di codifica. L'utilizzo dell'estensione AI ha avuto una funzione di supporto alla lettura preliminare del materiale, senza sostituire il controllo interpretativo del ricercatore. I conteggi tematici riportati descrivono riferimenti e aggregazioni emerse nella fase preliminare. L'intero processo è stato impostato secondo una logica di analisi tematica assistita, integrando strumenti automatizzati di sintesi con revisione umana, controllo di coerenza dei temi e successiva sistematizzazione dei codici.

Il report completo dell'indagine, comprensivo dei risultati di tutte le domande del questionario, è disponibile in formato digitale sul sito web della FNOPI.

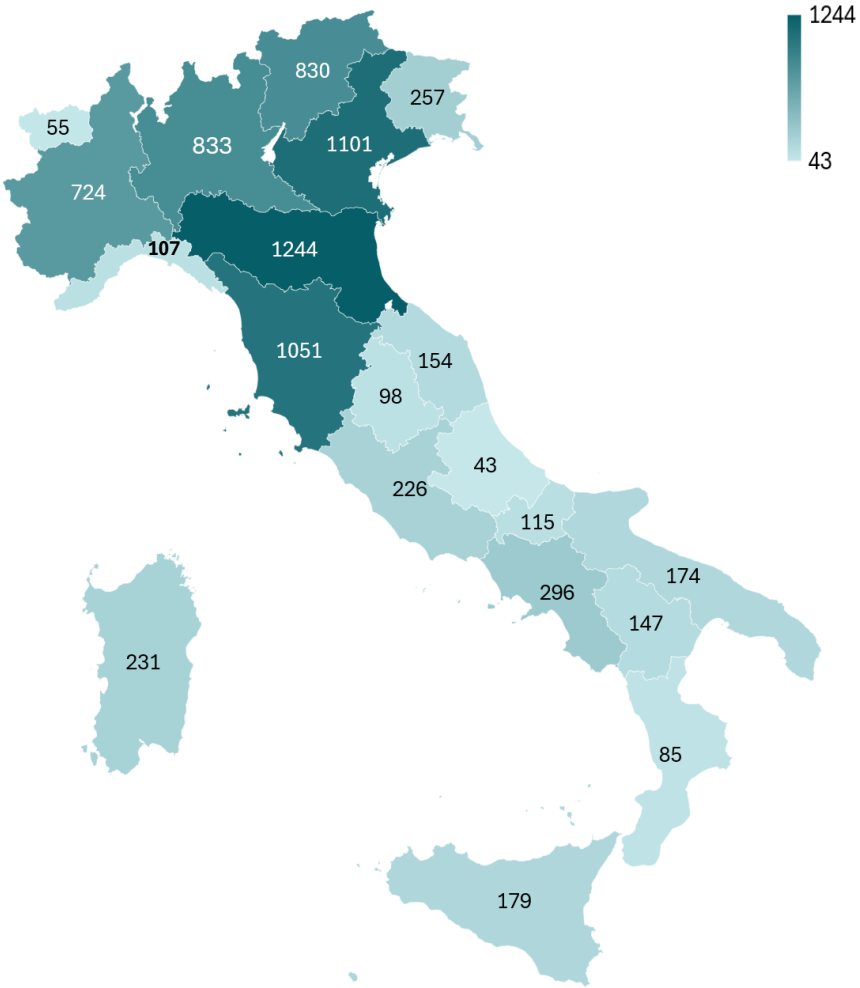


Figura 2.1: Distribuzione regionale dei partecipanti all'indagine agli infermieri italiani Risposte: 7.642.

2.2.2. L'indagine alla popolazione italiana

La seconda survey è stata rivolta alla popolazione italiana, con l'obiettivo di esplorare preferenze, aspettative, e visioni della professione infermieristica riportate dalla popolazione nel suo complesso, nonché esperienze concrete di assistenza vissute direttamente come pazienti oppure indirettamente come caregiver.

La rilevazione è stata effettuata dal 12 marzo al 20 aprile 2026 online tramite una piattaforma dedicata gestita da Demetra, utilizzando il panel Opinione.net[1]. La numerosità campionaria è stata definita a partire da una stima del campione minimo necessario per rappresentare statisticamente la popolazione italiana in base a macro-area geografica, sesso e fascia d'età. Considerando tuttavia l'obiettivo del Rapporto di fornire evidenze non solo a livello nazionale, ma anche a supporto della programmazione strategica regionale, è stato previsto un **sovracampionamento,** portando il numero complessivo dei partecipanti a oltre il doppio del campione minimo richiesto. Il campione finale è risultato così composto da **10.053 persone** (Figura 2.2). Questa impostazione consente una lettura robusta, con un'elevata numerosità dei risultati sia a livello nazionale sia regionale, nonché di approfondire le differenze tra i principali sottogruppi della popolazione definiti dalle diverse caratteristiche socio-demografiche raccolte.

Il questionario è stato somministrato in forma anonima e non ha previsto la raccolta di dati identificativi. La survey comprende circa 46 domande, con una numerosità effettiva variabile in base ai diversi percorsi di risposta attivati durante la compilazione (alcune domande sono rivolte solo a specifici sottogruppi di rispondenti, in funzione delle risposte fornite alle domande precedenti). È stato inoltre incluso un modulo finale di *Discrete Choice Experiment*, descritto in dettaglio nel paragrafo 2.2.3. Gli item proposti hanno previsto prevalentemente una risposta chiusa, includendo domande sì/no, domande a scelta multipla, e domande con scale Likert, cioè scale utilizzate per misurare il livello di accordo, frequenza, intensità o valutazione rispetto a una determinata affermazione.

Oltre alla sezione iniziale dedicata al profilo anagrafico dei rispondenti, il questionario è articolato in quattro sezioni tematiche. La sezione "Profilo di salute" raccoglie informazioni sulle condizioni di salute percepite e sulla presenza di eventuali bisogni assistenziali o condizioni croniche. La sezione "Esperienza di assistenza infermieristica" approfondisce le esperienze di cura e assistenza degli utenti nei diversi setting, considerando aspetti quali il supporto ricevuto, la comunicazione, e la fiducia nel personale infermieristico, insieme alle attività svolte e alle competenze degli infermieri percepite dagli utenti. La sezione "Comprensione e riconoscimento del ruolo degli infermieri" indaga il grado di

[1] https://www.demetra.com/panel-online-profilato/

conoscenza dei cittadini del ruolo professionale, le funzioni attribuite agli infermieri e il valore riconosciuto al loro contributo nei percorsi di cura. La sezione "Task shifting" esplora l'interesse, le aspettative e la disponibilità dei cittadini rispetto a un'evoluzione del ruolo infermieristico, con particolare attenzione alla possibilità che gli infermieri assumano attività, funzioni o responsabilità più avanzate all'interno dei modelli assistenziali.

Il report completo dell'indagine, comprensivo dei risultati di tutte le domande del questionario, è disponibile in formato digitale sul sito web della FNOPI.

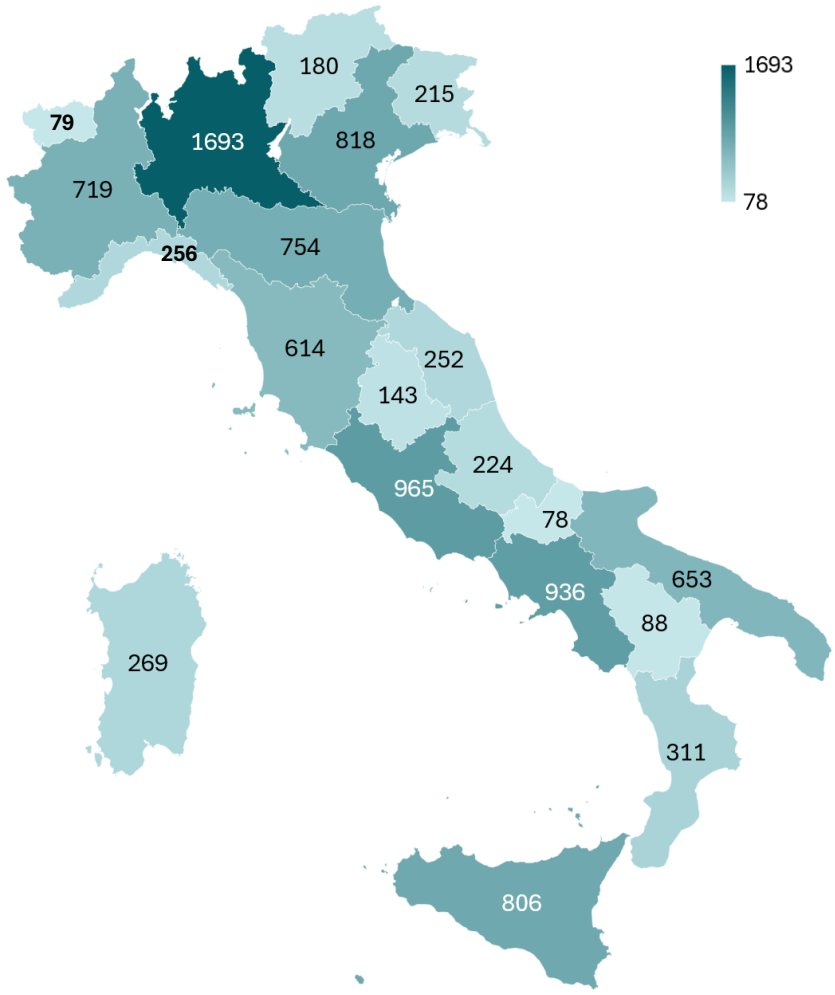


Figura 2.2: Distribuzione regionale dei partecipanti all'indagine alla popolazione italiana. Risposte: 10.053.

2.2.3 Il *Discrete Choice Experiment* nelle due indagini

Sia la survey agli infermieri che quella alla popolazione hanno incluso un modulo finale basato sulla metodologia del *Discrete Choice Experiment* — DCE. Questa tecnica sperimentale consente di esplorare in modo approfondito le preferenze dei rispondenti rispetto a scenari concreti di assistenza infermieristica, chiedendo loro di scegliere tra alternative costruite combinando diverse caratteristiche, definite "attributi". Le alternative vengono costruite e presentate al rispondente secondo un procedimento randomizzato e l'analisi aggregata delle scelte, attraverso un algoritmo dedicato, permette di individuare la combinazione ottimale tra le diverse caratteristiche e, in tal modo, di comprendere quali elementi incidano maggiormente sulle preferenze espresse.

Il DCE è stato costruito attorno a uno scenario comune e facilmente riconoscibile: una visita di controllo per un paziente con patologia cronica. Lo stesso scenario è stato proposto sia agli infermieri sia alla popolazione, con l'obiettivo di analizzare le preferenze relative alle modalità di svolgimento della visita. In particolare, gli attributi considerati riguardano: le modalità di appuntamento e contatto per la visita, distinguendo tra un contatto proattivo da parte dei professionisti e un contatto autonomo da parte del paziente; la continuità dei professionisti coinvolti, distinguendo tra professionisti di fiducia e professionisti di turno; il livello di avanzamento del ruolo dell'infermiere nella visita, fino alla possibile sostituzione, parziale o totale, di alcune funzioni tradizionalmente svolte dal medico.

Questa metodologia permette di osservare i *trade-off* tra le diverse caratteristiche della visita, cioè il modo in cui i rispondenti bilanciano aspetti differenti quando scelgono lo scenario che preferiscono. In questo modo è possibile identificare gli scenari considerati più desiderabili da entrambe le popolazioni e stimare il peso relativo dei diversi attributi. Ad esempio, il DCE consente di misurare, sia per gli infermieri sia per i cittadini, quanto risulti accettabile, preferibile o sostenibile un maggiore coinvolgimento dell'infermiere nella gestione del follow-up, anche in situazioni in cui alcune funzioni siano svolte direttamente dall'infermiere al posto del medico.

Il principale punto di forza di questa metodologia consiste nell'andare oltre le opinioni generali o le dichiarazioni di principio. I partecipanti non esprimono soltanto un grado astratto di accordo rispetto, ad esempio, all'evoluzione del ruolo infermieristico, ma sono chiamati a scegliere tra scenari concreti, nei quali diverse caratteristiche dell'assistenza possono combinarsi tra loro. Questo permette di avvicinare l'analisi alle decisioni reali, nelle quali cittadini e professionisti valutano contemporaneamente più aspetti del servizio. Inoltre, l'utilizzo dello stesso DCE nelle due survey consente di confrontare in modo diretto le preferenze degli infermieri e della popolazione, offrendo una base empirica rilevante per

interpretare l'accettabilità e le condizioni di sviluppo di nuovi modelli di assistenza infermieristica.

2.3. L'assistenza infermieristica nei sistemi sanitari regionali: interviste semi-strutturate alle Regioni

La terza componente metodologica del Rapporto riguarda l'approfondimento dell'assistenza infermieristica nei sistemi sanitari regionali. A partire da gennaio 2026 è stata avviata una fase di approfondimento qualitativo con le Regioni, contattando referenti istituzionali della professione infermieristica o dell'area salute. Fino a giugno 2026 sono state condotte 13 interviste. Le interviste sono state realizzate sulla base di una *guideline* semi-strutturata, articolata in quattro macroaree tematiche:

- governance e standard del personale, capitale umano e competenze core;
- integrazione nei team multiprofessionali e modelli organizzativi;
- sistemi informativi;
- strumenti operativi.

Le interviste sono state audio-registrate, previo consenso dei partecipanti, e successivamente trascritte. Le trascrizioni sono state restituite ai partecipanti per eventuali integrazioni, correzioni o precisazioni, secondo una procedura di *member checking* finalizzata a rafforzare l'accuratezza e la credibilità del materiale raccolto. I contenuti validati sono stati quindi analizzati attraverso un approccio comparativo articolato in due livelli: una prima analisi *within-case*, in cui ciascun caso regionale è stato considerato come unità analitica autonoma, e un successivo confronto *cross-case*, finalizzato a individuare ricorrenze, convergenze e specificità tra i diversi contesti regionali. L'analisi è stata supportata da un'estensione del software MAXQDA, impostando una struttura deduttiva coerente con le aree della *guideline*. Tale approccio ha consentito di organizzare il materiale in modo sistematico, identificare convergenze e specificità regionali e ricondurre le evidenze qualitative alle principali dimensioni interpretative previste dal disegno di indagine.

Capitolo 3. Lo stato dell'arte della professione infermieristica

La professione infermieristica rappresenta una componente essenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), contribuendo in modo determinante alla qualità dell'assistenza, alla continuità delle cure e alla risposta ai bisogni di salute della popolazione. In questa prospettiva, anche il più recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità richiama la necessità di investire su formazione, occupazione, leadership e condizioni di esercizio della professione infermieristica come leve per la sostenibilità dei sistemi sanitari (WHO, 2025).

Questo capitolo propone una lettura integrata della professione infermieristica attraverso tre dimensioni complementari. La prima riguarda la dotazione di personale, analizzando la consistenza della forza lavoro infermieristica, la sua distribuzione rispetto alla popolazione assistita, le caratteristiche anagrafiche e alcuni elementi relativi all'inquadramento occupazionale ed economico della professione. La seconda dimensione è dedicata alla formazione e alla ricerca infermieristica, analizzando l'attrattività dei percorsi formativi, le opportunità di inserimento lavorativo, lo sviluppo delle competenze e il rafforzamento della capacità scientifica della professione. Infine, la terza dimensione approfondisce il tema della valorizzazione professionale, esplorando il riconoscimento delle competenze, la soddisfazione professionale, e le prospettive di permanenza nella professione.

L'insieme di questi elementi consente di superare una lettura esclusivamente quantitativa della professione e di coglierne alcune delle principali sfide contemporanee: la disponibilità di professionisti a svolgere un ruolo sempre più centrale nel SSN in piena evoluzione demografica e organizzativa, la capacità di attrarre verso questa professione le nuove generazioni, lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione del capitale professionale già presente nel sistema. In questa prospettiva, i dati presentati non descrivono soltanto la condizione attuale della professione infermieristica, ma offrono anche elementi utili per riflettere sulle sue traiettorie future e sul contributo che gli infermieri possono fornire all'evoluzione del SSN.

3.1 La dotazione del personale infermieristico

L'analisi della dotazione del personale infermieristico evidenzia alcuni elementi strutturali che caratterizzano l'attuale configurazione della professione in Italia. Nel complesso, i dati descrivono una forza lavoro infermieristica numericamente inferiore rispetto agli standard internazionali, caratterizzata da un progressivo invecchiamento e da una marcata eterogeneità territoriale nella disponibilità di professionisti e nell'organizzazione dei servizi. Letti nel loro insieme, questi elementi delineano una delle principali sfide per la sostenibilità futura del SSN, richiamando l'attenzione sulla necessità di garantire non solo un adeguato ricambio generazionale, ma anche una distribuzione più equilibrata delle risorse professionali sul territorio.

Il primo elemento riguarda la consistenza della forza lavoro infermieristica (Figura 3.1 e Figura 3.2). L'Italia presenta una dotazione pari a 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, valore significativamente inferiore alla media dei Paesi OCSE, pari a 9,2 infermieri per 1.000 abitanti. Anche a livello regionale emergono differenze rilevanti: si passa dagli 8,6 infermieri ogni 1.000 abitanti registrati nella Provincia Autonoma di Trento e nel Lazio agli 8,5 della Liguria, fino ai valori più contenuti osservati in Sicilia (5,4), Calabria (5,3) e Campania (5,2). La distribuzione territoriale evidenzia pertanto come le aree del Paese caratterizzate da maggiori criticità demografiche e assistenziali presentino, in alcuni casi, anche una minore dotazione di personale infermieristico.

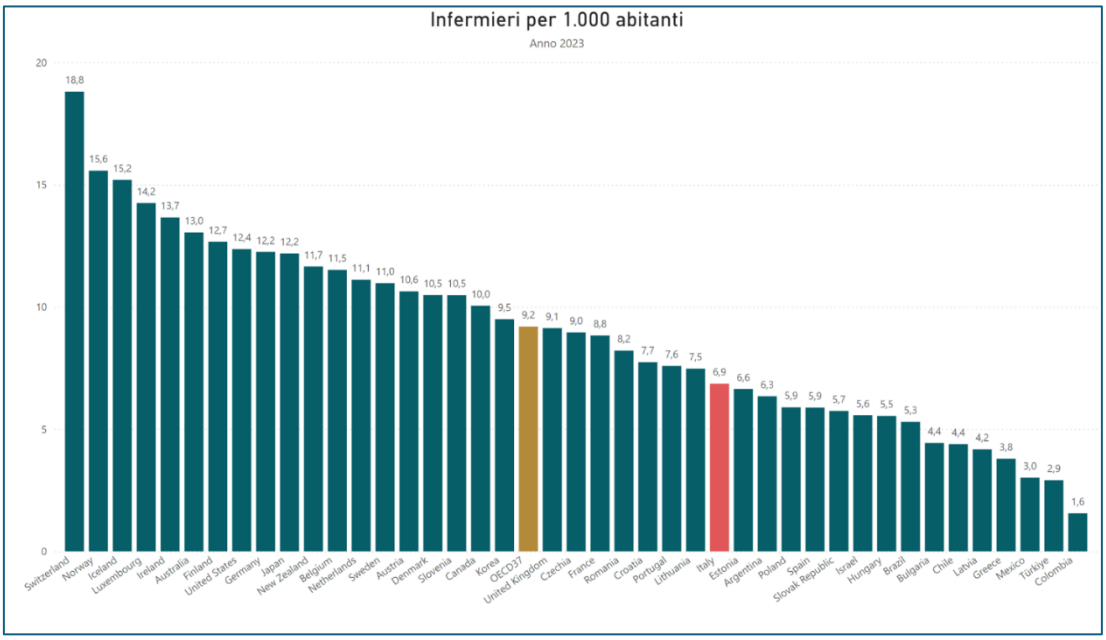


Figura 3.1: Infermieri per 1.000 abitanti nei Paesi OCSE. Fonte dati: OCSE, 2025

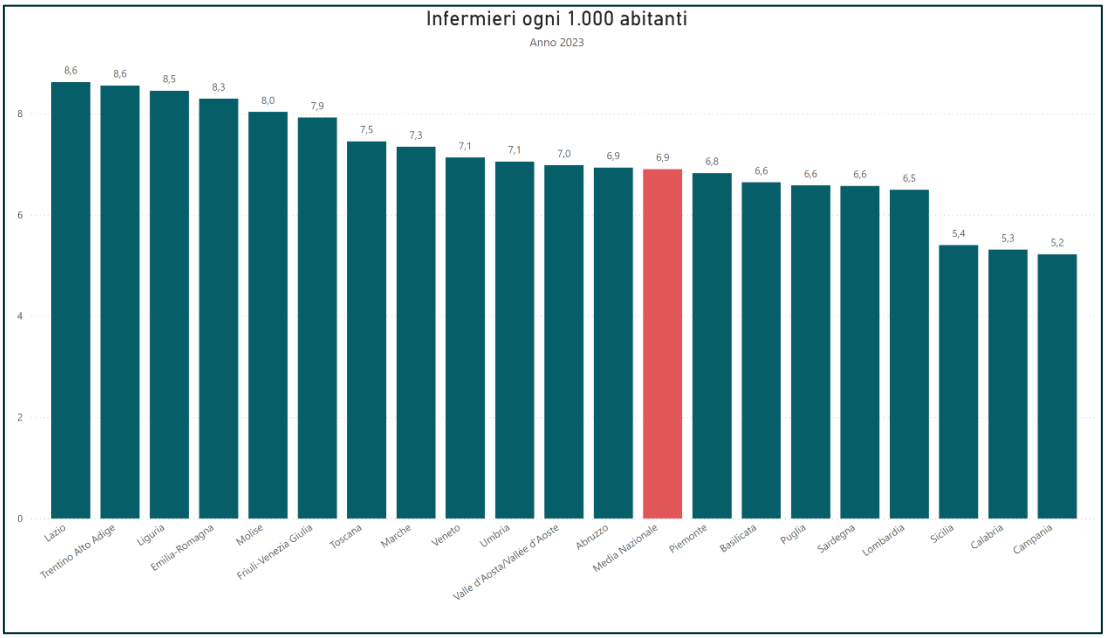


Figura 3.2: Infermieri per 1.000 abitanti in Italia. Fonte dati: Istat, 2023

La limitata disponibilità di infermieri emerge anche osservando il rapporto tra personale infermieristico e personale medico (Figura 3.3 e Figura 3.4). In Italia tale rapporto è pari a 1,42 infermieri per ogni medico, valore inferiore a quello mediamente osservato nei Paesi OCSE. Anche in questo caso la variabilità regionale è significativa: si passa da 1,97 nella Provincia Autonoma di Trento a 1,08 in Sicilia. Il dato suggerisce che il tema non riguarda esclusivamente il numero complessivo di infermieri, ma anche il bilanciamento tra le diverse professioni sanitarie, elemento strettamente connesso ai modelli organizzativi e alla capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

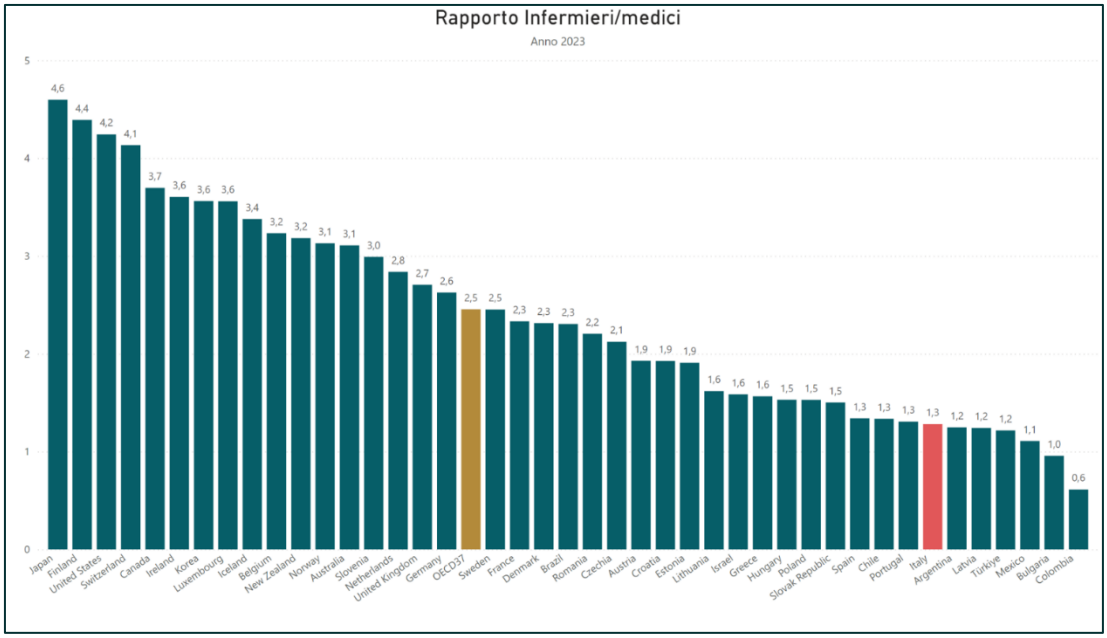


Figura 3.3: Rapporto infermieri/medici nei Paesi OCSE. Fonte dati: OCSE, 2025

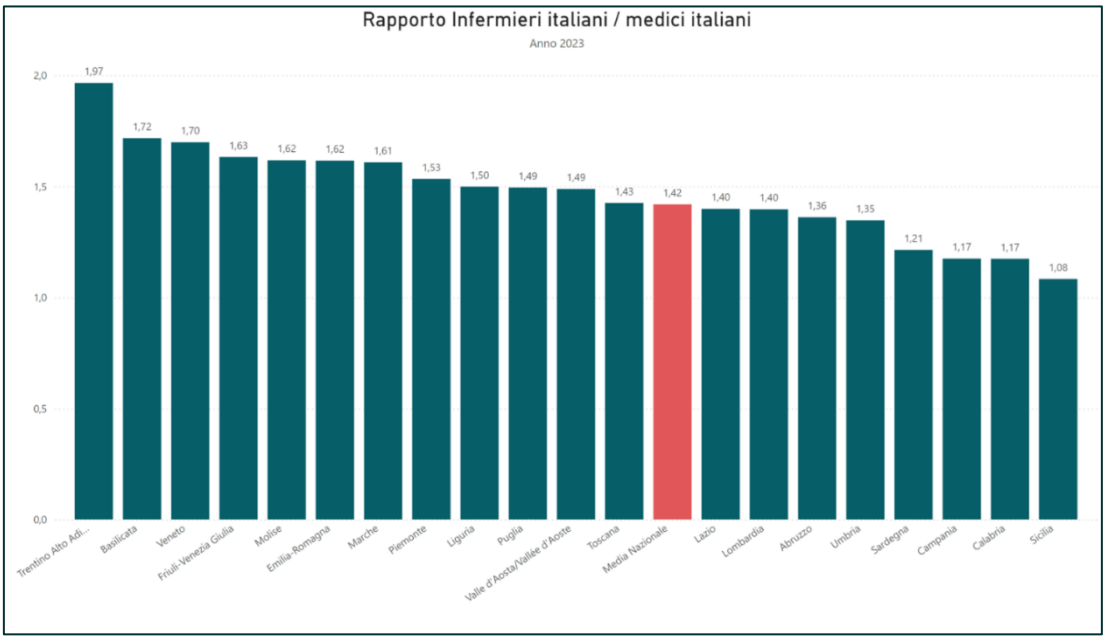


Figura 3.4: Rapporto Infermieri/medici in Italia. Fonte dati: ISTAT. 2023

Accanto alla consistenza numerica, particolare attenzione merita la composizione anagrafica della professione (Figura 3.5). A livello nazionale il 66,2% degli infermieri ha un'età superiore ai 40 anni, con valori che variano dal 61,5%

dell'Emilia-Romagna al 72,9% della Liguria. Pur in presenza di differenze regionali, il dato evidenzia una forza lavoro prevalentemente collocata nelle fasce di età più mature, richiamando il tema della sostenibilità nel medio-lungo periodo e della capacità del sistema di garantire un adeguato ricambio generazionale, anche alla luce della progressiva riduzione dell'attrattività dei corsi di laurea descritta nel paragrafo 3.2.

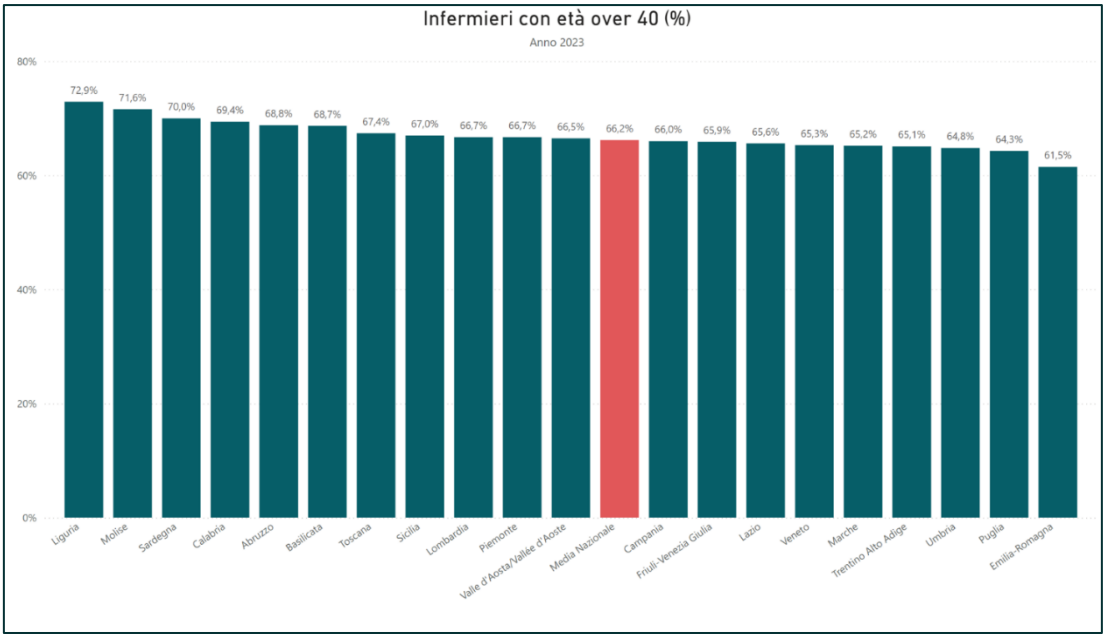


Figura 3.5: Percentuale di infermieri con età over 40. Fonte dati: Istat, 2023

L'analisi della distribuzione degli infermieri tra settore pubblico e settore privato evidenzia modelli organizzativi profondamente differenti tra le regioni. A livello nazionale il numero di infermieri impiegati nel settore pubblico risulta pari a 2,7 volte quello del settore privato. Tuttavia, il rapporto varia sensibilmente sul territorio, passando da 1,3 nel Lazio e 1,5 in Lombardia, dove la componente privata assume un peso relativamente maggiore, fino a 6,5 in Umbria, 6,4 nella Provincia Autonoma di Trento e 5,3 in Friuli-Venezia Giulia, contesti nei quali la forza lavoro infermieristica è prevalentemente concentrata nel sistema pubblico. Queste differenze riflettono l'eterogeneità dei modelli regionali di organizzazione dell'offerta sanitaria e suggeriscono cautela nell'interpretazione del dato, che deve essere letto alla luce delle specifiche caratteristiche dei singoli sistemi sanitari regionali.

Infine, il quadro retributivo mostra ulteriori elementi di eterogeneità (Figura 3.6). Considerando il solo personale dipendente del servizio sanitario pubblico, la retribuzione media annua si attesta intorno ai 28.000 euro, con differenze regionali

che spaziano dai circa 38.000 euro della Provincia Autonoma di Trento ai valori inferiori ai 27.000 euro osservati in Valle d'Aosta e Molise. Sebbene tali dati non siano direttamente confrontabili con gli indicatori dell'OCSE, calcolati in dollari e a parità di potere d'acquisto (PPP), il confronto internazionale colloca complessivamente l'Italia al di sotto della media degli altri Paesi aderenti, suggerendo un ulteriore elemento di riflessione nell'ambito delle politiche di attrazione e valorizzazione della professione.

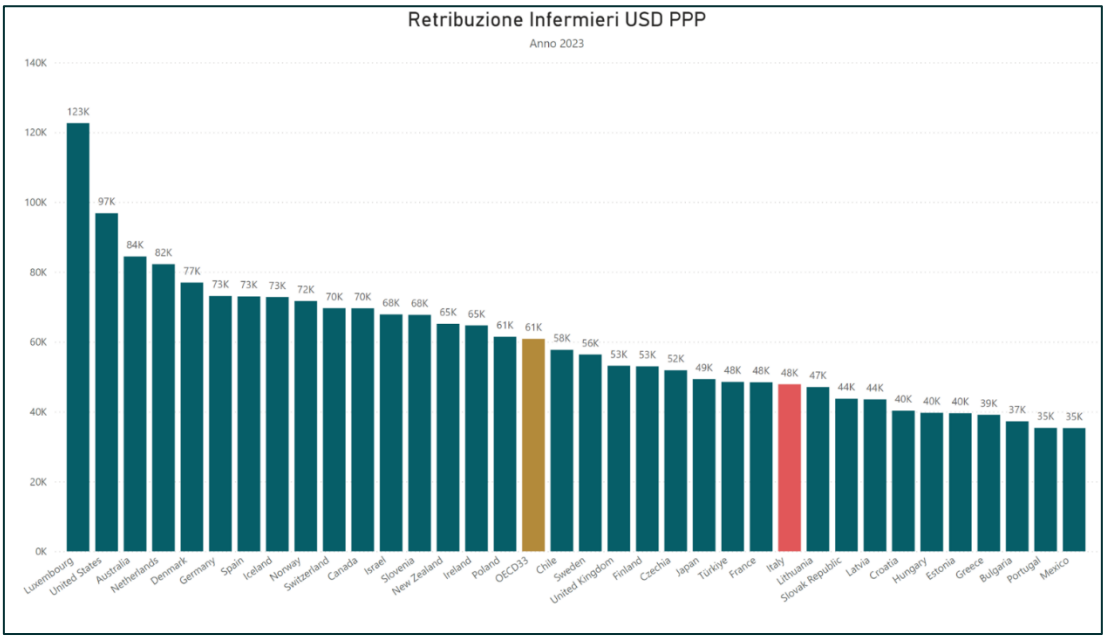


Figura 3.6: Retribuzione media Infermieri Paesi OCSE. Valori in migliaia (k) di dollari e a parità di potere d'acquisto (PPP). Fonte: OCSE, 2025

Nel loro insieme, questi indicatori restituiscono l'immagine di una professione chiamata a sostenere una domanda assistenziale crescente con una dotazione numericamente inferiore agli standard internazionali, una forza lavoro progressivamente più matura e significative differenze territoriali nella disponibilità e nell'organizzazione del personale. La lettura congiunta di tali elementi costituisce la cornice entro cui interpretare le evidenze presentate nei paragrafi successivi, dedicate rispettivamente alla capacità del sistema di attrarre e formare nuovi infermieri e alla loro valorizzazione professionale.

3.2 La ricerca e la formazione infermieristica

I dati relativi alla formazione infermieristica evidenziano elementi tra loro apparentemente contrastanti. Se da un lato il percorso garantisce elevate opportunità occupazionali e una diffusa attenzione allo sviluppo delle competenze, dall'altro continua a ridursi la capacità di intercettare nuovi studenti.

I dati sui laureati mostrano che il sistema universitario continua, ad oggi, a garantire un numero di laureati coerente con la programmazione formativa. Tuttavia, il progressivo calo delle candidature ai corsi di laurea rappresenta un elemento di attenzione, poiché potrebbe ridurre nei prossimi anni la capacità di rispondere al fabbisogno di professionisti. I dati AlmaLaurea confermano l'elevata occupabilità del profilo, con un tasso di occupazione a un anno pari all'89,1% (Figura 3.7). Tale dato evidenzia come la domanda di lavoro infermieristico resti elevata e come il titolo continui a garantire un rapido inserimento professionale. Tuttavia, il calo delle candidature ai corsi di laurea rappresenta un segnale critico per la sostenibilità futura della professione. Il tema dell'attrattività dei percorsi formativi si colloca infatti all'interno di una più ampia questione di programmazione e sviluppo della forza lavoro infermieristica (WHO, 2025).

Nell'anno accademico 2025/2026, per la prima volta, le domande di ammissione risultano inferiori ai posti programmati, con 18.836 candidature a fronte di 20.409 posti disponibili e un rapporto domanda/posti pari a 0,92. Il dato conclude un trend quindicennale di progressiva riduzione della capacità di reclutamento, passato da quasi tre candidati per posto nel 2011/2012 a meno di un candidato per posto nel 2025/2026 (Figura 3.8).

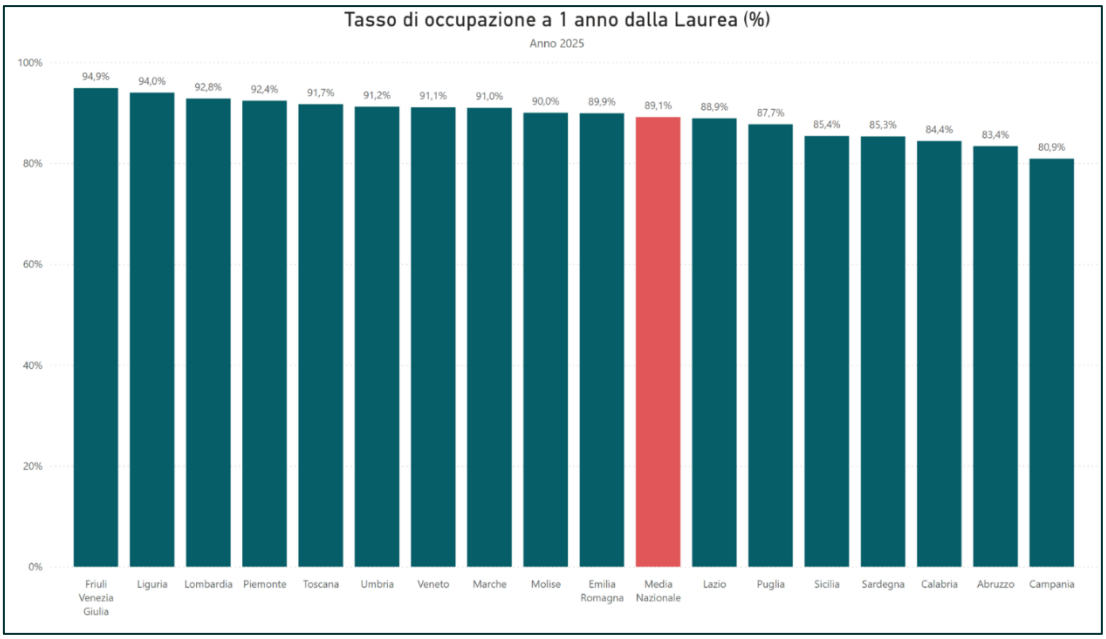


Figura 3.7: Tasso di occupazione ad un anno dalla Laurea in Infermieristica. Fonte dati: Almalaurea, 2025

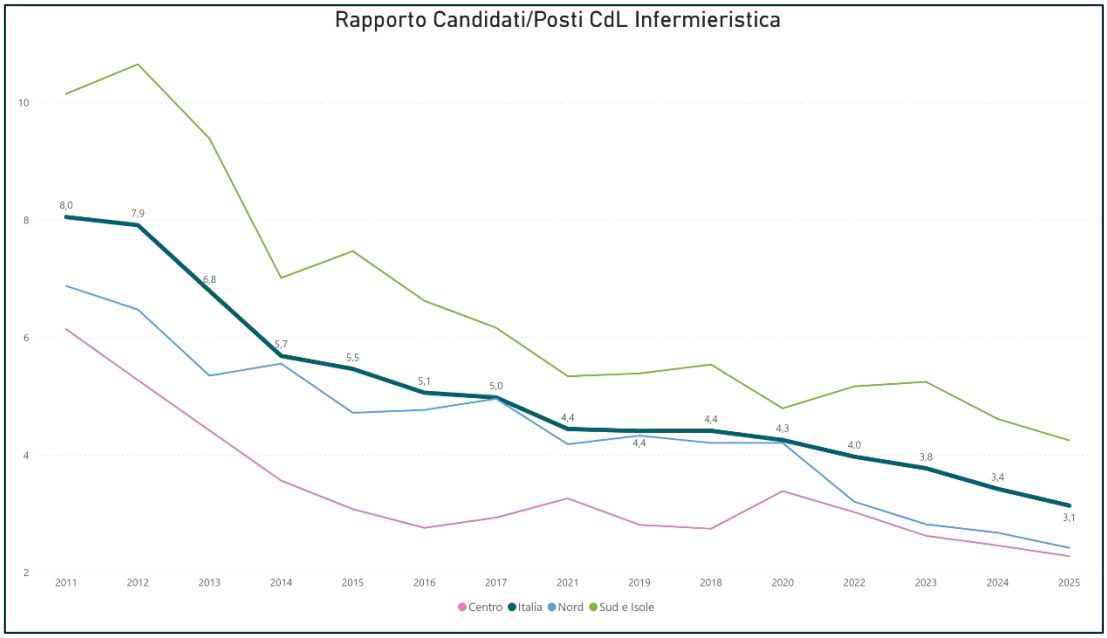


Figura 3.8: Rapporto candidati/posti messi a bando nel corso di Laurea in Infermieristica. Fonte dati: Report Mastrillo, professioni Sanitarie in Italia 2025/2026

La lettura territoriale rafforza ulteriormente questa criticità. Nelle regioni del Centro-Nord si osservano contemporaneamente elevati livelli occupazionali e un

minore interesse verso il corso di laurea. Il fenomeno suggerisce come domanda di lavoro e attrattività del corso non coincidano necessariamente. Le aree in cui il mercato del lavoro esprime il maggiore fabbisogno di infermieri sono infatti anche quelle in cui il corso di laurea fatica maggiormente ad attrarre nuovi candidati. Al contrario, nel Mezzogiorno persistono livelli relativamente più alti di interesse verso il percorso infermieristico, pur in presenza di livelli occupazionali mediamente inferiori. Questo disallineamento suggerisce una crescente distanza tra i territori in cui la domanda di professionisti è più elevata e quelli in cui il corso di laurea mantiene maggiore capacità attrattiva. Tale fenomeno potrebbe riflettere anche il diverso equilibrio tra costo della vita, condizioni economiche e attrattività della professione. A fronte di un sistema retributivo sostanzialmente omogeneo sul territorio nazionale, i maggiori costi abitativi e di vita presenti in molte aree del Centro-Nord potrebbero incidere sulla capacità di attrarre nuovi studenti e trattenere professionisti.

Accanto alla formazione di base, emerge una domanda significativa di sviluppo professionale avanzato. A livello nazionale, il 63% degli infermieri dichiara di non avere intenzione di iscriversi alla laurea magistrale; tuttavia, il dato cambia sensibilmente se letto per età (Figura 3.9). Tra gli under 30, il 39% dichiara l'intenzione di iscriversi e un ulteriore 33% si colloca nell'area dell'incertezza. Anche nella fascia 30-44 anni permane una quota rilevante di interesse o indecisione. Anche l'analisi per genere evidenzia differenze contenute: gli uomini mostrano una propensione leggermente maggiore a proseguire gli studi verso la laurea magistrale (19% vs 14%), ma le differenze risultano nettamente inferiori rispetto a quelle osservate tra le diverse classi di età e aree geografiche. Questo elemento può essere interpretato come il segnale di una generazione professionale che riconosce sempre più la necessità di continuare a formarsi. L'ampia quota di risposte incerte potrebbe inoltre essere letta alla luce della fase di transizione normativa legata ai nuovi percorsi magistrali a indirizzo clinico.

L'analisi per aree geografiche evidenzia una diversa propensione a proseguire gli studi. Nel Mezzogiorno la disponibilità a iscriversi alla laurea magistrale risulta più elevata rispetto al Centro-Nord, suggerendo come la formazione avanzata possa rappresentare, in tali contesti, una leva di crescita professionale particolarmente rilevante. Anche questo dato contribuisce a delineare una professione attraversata da spinte differenziate: nelle regioni meridionali la formazione avanzata sembra mantenere una funzione importante di crescita professionale e mobilità, mentre nel Centro-Nord il minore interesse potrebbe intrecciarsi con condizioni di mercato del lavoro, opportunità alternative o percezioni diverse del ritorno professionale dell'investimento formativo.

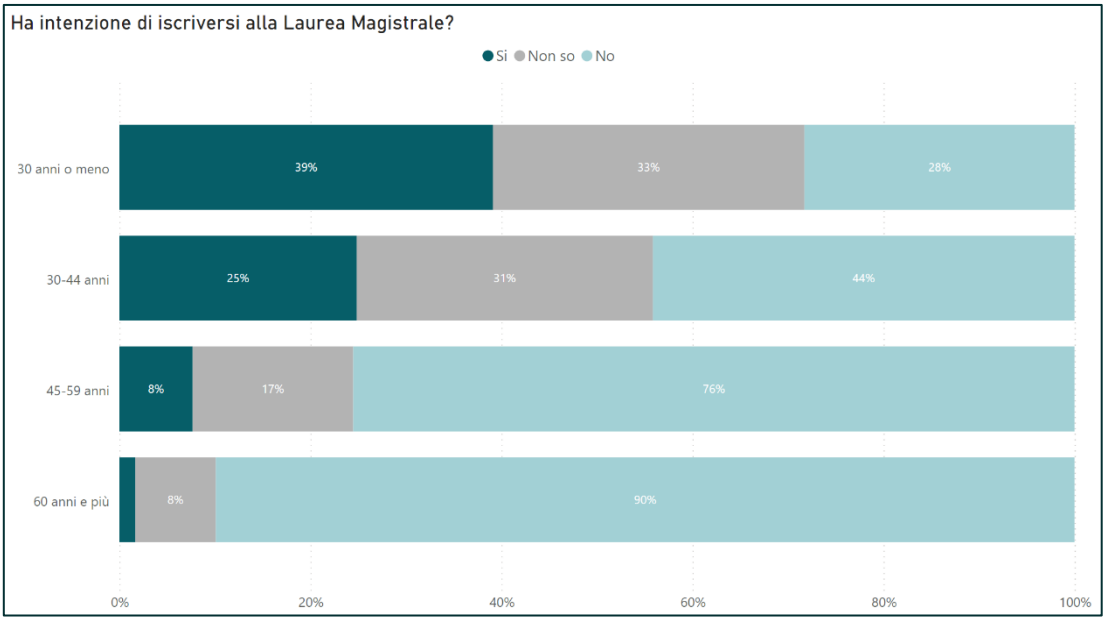


Figura 3.9: Percentuale di infermieri per fascia d'età che intende iscriversi alla Laurea Magistrale in Infermieristica. Risposte: "60 anni o più": 664, "45-59 anni": 3.391, "30-44 anni": 1.864, "30 anni o meno": 693. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Un secondo elemento positivo riguarda la consapevolezza del valore della ricerca nell'ambito dell'assistenza infermieristica (Figura 3.10). La grande maggioranza degli infermieri riconosce che la ricerca può contribuire "abbastanza" per il 21% dei rispondenti, "molto" per il 44%, e "completamente" per il 28% al miglioramento degli esiti delle cure. Tale consapevolezza appare diffusa in modo trasversale, con lievi differenze territoriali e una maggiore convinzione tra i professionisti con livelli formativi più elevati. Questo dato appare particolarmente importante se letto insieme all'esiguo numero di posizioni accademiche disciplinari rispetto al numero di studenti. Il terreno professionale sembra fertile e ricettivo rispetto alla ricerca, ma l'infrastruttura accademica appare ancora limitata e disomogenea.

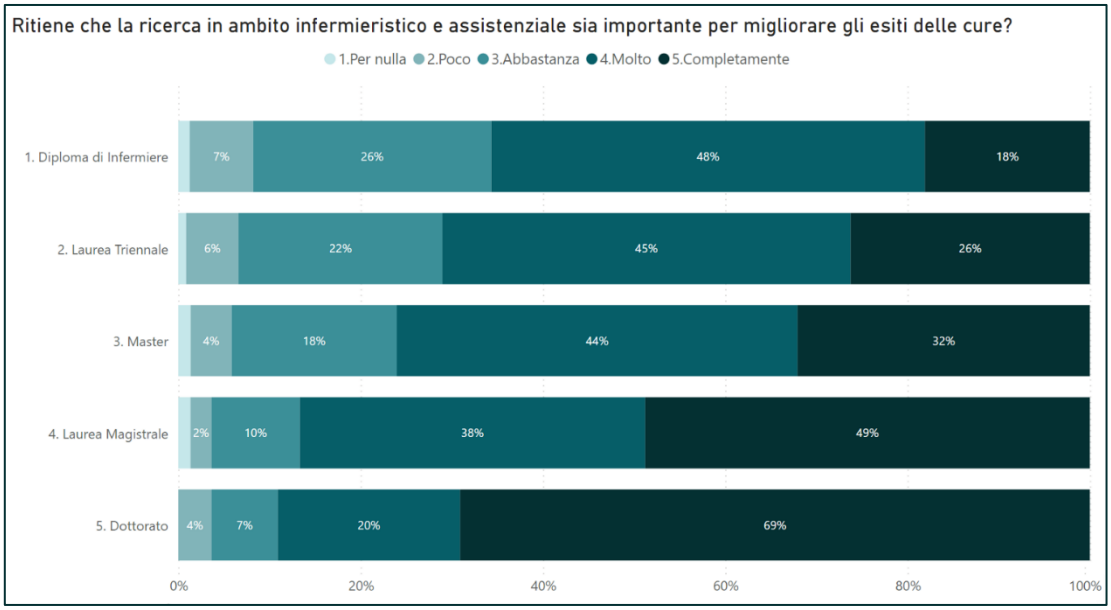


Figura 3.10: Percentuale di infermieri per fascia d'età che ritiene che la ricerca in ambito infermieristico sia importante per migliorare gli esiti di cura. Risposte: "Diploma di infermiere": 2230, "Laurea Triennale": 2.209, "Master": 2.073, "Laurea Magistrale": 826, "Dottorato": 55. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Il rapporto tra posizioni accademiche e studenti conferma una criticità strutturale già emersa nel primo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche (anno 2025). La presenza di personale accademico strutturato in ambito infermieristico resta contenuta e disomogenea tra le regioni, con alcuni territori ancora privi di una rappresentanza disciplinare adeguata. Ciò suggerisce che una parte rilevante della didattica continui a poggiare su docenti a contratto e su personale, certamente di esperienza, ma che non può assicurare il dovuto investimento in termini di ricerca.

La crescita della disciplina infermieristica richiede che la funzione formativa sia accompagnata da un adeguato sviluppo della ricerca. Il passaggio dalle scuole professionali all'università ha rappresentato un cambiamento fondamentale, ma il consolidamento della disciplina passa oggi anche attraverso il rafforzamento della capacità di produrre conoscenza scientifica.

Le variazioni osservate tra un anno accademico e l'altro, anche rilevanti in alcune regioni, indicano inoltre una possibile mobilità del corpo docente che può incidere sulla stabilità dei percorsi formativi e sulla costruzione di un solido nucleo disciplinare.

L'analisi a livello regionale ha evidenziato una disomogeneità in questo rapporto (Figura 3.11), il quale passa da valori pari o prossimi allo zero in alcune Regioni a 3,3 docenti ogni 1.000 studenti in Abruzzo nell'anno accademico 2024/2025, a fronte

di una media nazionale di circa 1,6. Valori superiori alla media si osservano anche in Liguria e Lazio (2,5), Piemonte e Lombardia (2,2) e Friuli-Venezia Giulia (2,0). La distribuzione conferma la forte eterogeneità dell'infrastruttura accademica infermieristica già richiamata nell'analisi nazionale e pone il tema della capacità dei diversi territori di sostenere non soltanto la formazione, ma anche lo sviluppo della ricerca e di percorsi accademici propri della disciplina.

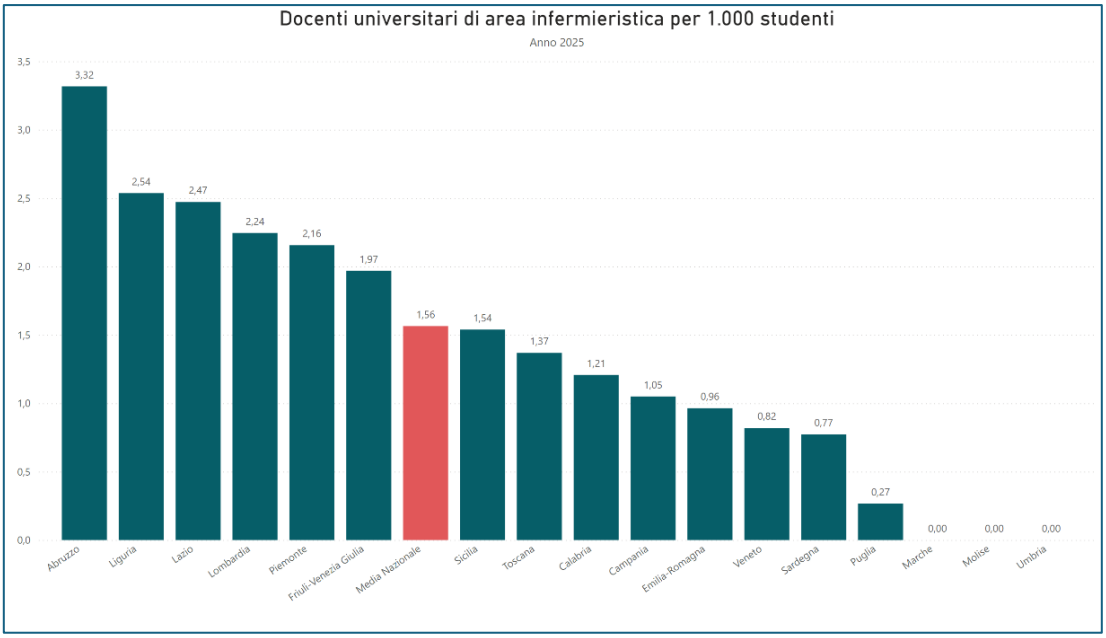


Figura 3.11: Numero di docenti universitari di area infermieristica per 1.000 studenti iscritti ai corsi di laurea in Infermieristica e Scienze Infermieristiche, per Regione. AA 2024/2025.

Per quanto riguarda la formazione continua, il dato dichiarato dai rispondenti all'indagine agli infermieri italiani mostra livelli elevati di adempimento agli obblighi ECM: il 92% riferisce di aver assolto all'obbligo formativo. Tale dato può essere letto congiuntamente alle informazioni amministrative del Co.Ge.A.P.S., che mostrano una percentuale di professionisti certificabili per il triennio 2023-2025 pari al 69% a livello nazionale, con valori regionali compresi tra il 58% della Valle d'Aosta e l'80% dell'Umbria (Figura 3.12). La survey consente inoltre di approfondire alcune differenze che non emergono dai dati amministrativi: il pubblico presenta valori più elevati, mentre il privato mostra livelli inferiori. Anche gli under 30 registrano valori più bassi, elemento che potrebbe indicare difficoltà di orientamento, minore stabilità lavorativa o minore familiarità con gli obblighi ECM nelle prime fasi della carriera.

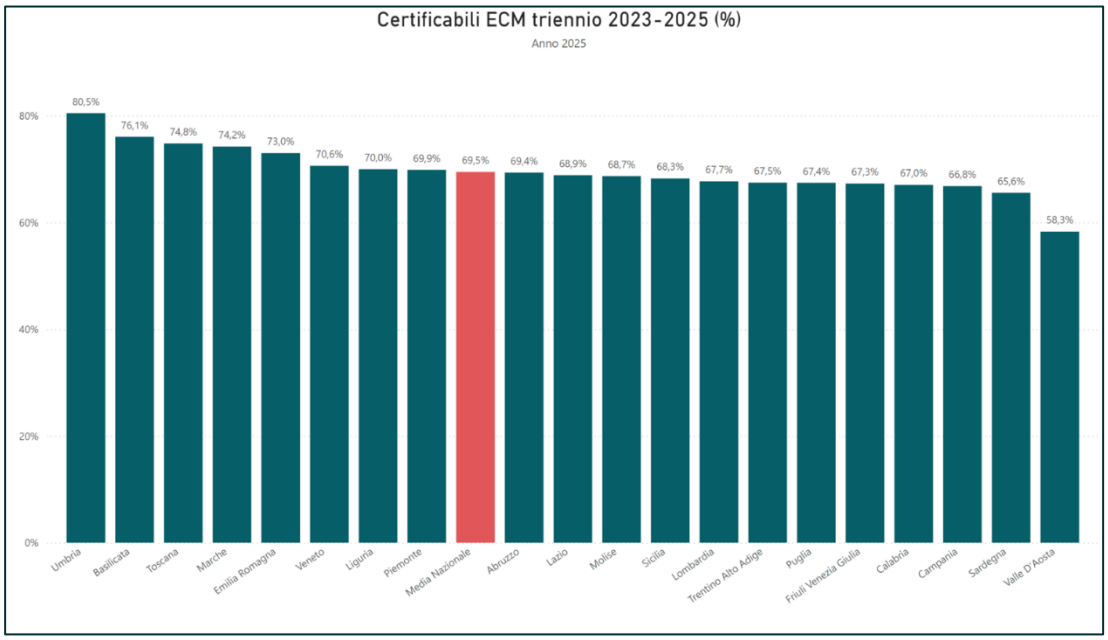


Figura 3.12: Percentuale di Infermieri certificabili ECM per il triennio 2023 –2025, Fonte dati: Co.Ge.A.P.S., 2026

La valutazione della formazione ricevuta rispetto al lavoro svolto restituisce un quadro nel complesso non negativo, ma con margini di miglioramento (Figura 3.13). Il 17% degli infermieri che hanno partecipato all'indagine a loro dedicata ha dichiarato che la formazione ricevuta è poco o per nulla adeguata al proprio lavoro. Le criticità risultano maggiori nel Sud e tra i liberi professionisti, dove la quota di insoddisfazione raggiunge il 22%. Questo dato suggerisce che alcuni ambiti professionali, in particolare quelli meno inseriti in organizzazioni strutturate, possano disporre di minori opportunità formative mirate. La lettura generazionale mostra inoltre livelli più elevati di insoddisfazione nelle fasce centrali della carriera, mentre gli over 60 esprimono giudizi più favorevoli.

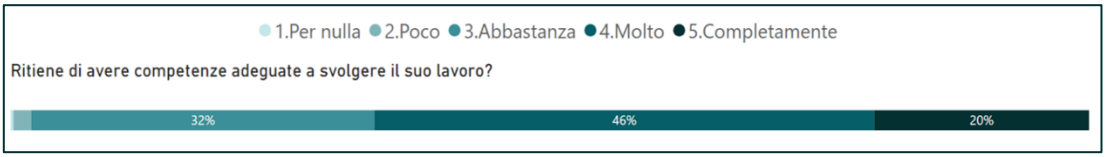


Figura 3.13: Infermieri che ritengono di avere competenze adeguate a svolgere il proprio lavoro, Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Diversa è la valutazione delle competenze possedute (Figura 3.14). Il 98% degli infermieri ha dichiarato di avere competenze almeno "abbastanza" adeguate allo

svolgimento del proprio lavoro, con il 46% che risponde "molto" e il 20% "completamente". Questo dato evidenzia una professione che si percepisce competente e capace di rispondere alle richieste assistenziali. Le differenze territoriali e di setting risultano meno marcate, mentre emerge una progressione generazionale: la valutazione delle proprie competenze cresce con l'età, segnalando il ruolo dell'esperienza professionale nel rafforzare sicurezza, autonomia e consapevolezza. Inoltre, la percezione delle proprie competenze risulta elevata in entrambi i generi; gli uomini, tuttavia, hanno dichiarato di sentirsi completamente adeguati allo svolgimento del proprio lavoro con una frequenza lievemente superiore rispetto alle donne (24% vs 19%).

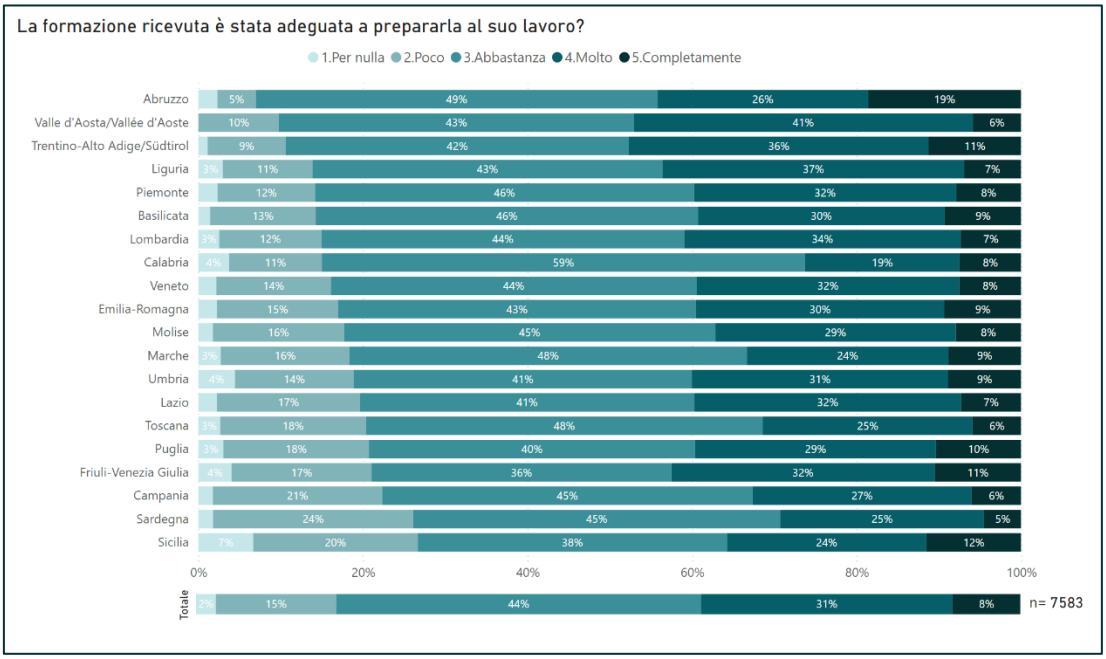


Figura 3.14: Infermieri che ritengono adeguata la formazione ricevuta per svolgere il proprio lavoro. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Abruzzo: 43; Valle d'Aosta: 51; Trentino-Alto Adige: 791; Liguria: 101; Piemonte: 684; Basilicata: 140; Lombardia: 789; Calabria: 80; Veneto: 1050; Emilia-Romagna: 1189; Molise: 113; Marche: 147; Umbria: 90; Lazio: 219; Toscana: 1016; Puglia: 164; Friuli-Venezia Giulia: 247; Campania: 282; Sardegna: 222; Sicilia: 165. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Infermieri, 2026.

Nel complesso, la formazione infermieristica italiana appare attraversata da una contraddizione centrale. La professione garantisce elevata occupabilità, mostra una forte fiducia nelle proprie competenze e riconosce il valore della ricerca e dello sviluppo formativo. Allo stesso tempo, il percorso di ingresso perde attrattività, l'infrastruttura accademica resta fragile e la formazione continua presenta differenze tra territori, setting e generazioni. La sfida non riguarda quindi solo la capacità di formare nuovi infermieri, ma la possibilità di costruire un ecosistema

formativo e scientifico capace di attrarre, accompagnare e valorizzare la professione lungo tutto l'arco della carriera.

3.3 La valorizzazione professionale degli infermieri

La valorizzazione professionale rappresenta una dimensione centrale per comprendere la capacità del sistema sanitario di attrarre, motivare e trattenere i propri dipendenti. Essa non riguarda esclusivamente gli aspetti economici o contrattuali, ma comprende anche il riconoscimento delle competenze, la possibilità di realizzazione professionale, e la volontà di permanere nella professione nel lungo periodo.

I dati raccolti evidenziano come gli infermieri italiani esprimano un'elevata fiducia nelle proprie competenze professionali, ma percepiscano un riconoscimento più limitato del loro valore all'interno dei contesti lavorativi (Figura 3.15). Mentre, come descritto nel paragrafo 3.2, dall'indagine agli infermieri italiani è emersa una diffusa fiducia nelle proprie capacità professionali, il 31% dei rispondenti ritiene che il proprio lavoro valorizzi poco (25%) o per nulla (6%) le competenze acquisite. Al contrario, solo il 40% ha dichiarato che il proprio lavoro valorizzi molto (35%) o completamente (5%) le proprie competenze. Le differenze territoriali risultano significative: le regioni del Nord mostrano livelli di valorizzazione più elevati, con il Trentino-Alto Adige che registra le percentuali più favorevoli (44% abbastanza, 35% molto e 5% completamente valorizzato), mentre Sicilia e Puglia presentano i livelli più bassi, con rispettivamente il 42% e il 41% degli infermieri che dichiarano una valorizzazione scarsa o assente. Le criticità risultano particolarmente evidenti nel settore pubblico, dove il 31-32% degli infermieri ha espresso bassi livelli di valorizzazione, soprattutto nei servizi di salute mentale, REMS, istituti penitenziari, Case della Comunità e nelle aree mediche e chirurgiche. Anche la fascia di età compresa tra i 30 e i 44 anni appare particolarmente critica, con il 38% che ha dichiarato di sentirsi poco o per nulla valorizzato, rispetto al 33% degli under 30, al 28% della fascia 45-59 anni e al 22% degli over 60. L'ampiezza delle differenze suggerisce che il riconoscimento delle competenze possa rappresentare una dimensione particolarmente sensibile alle caratteristiche dei contesti nei quali la professione viene esercitata.

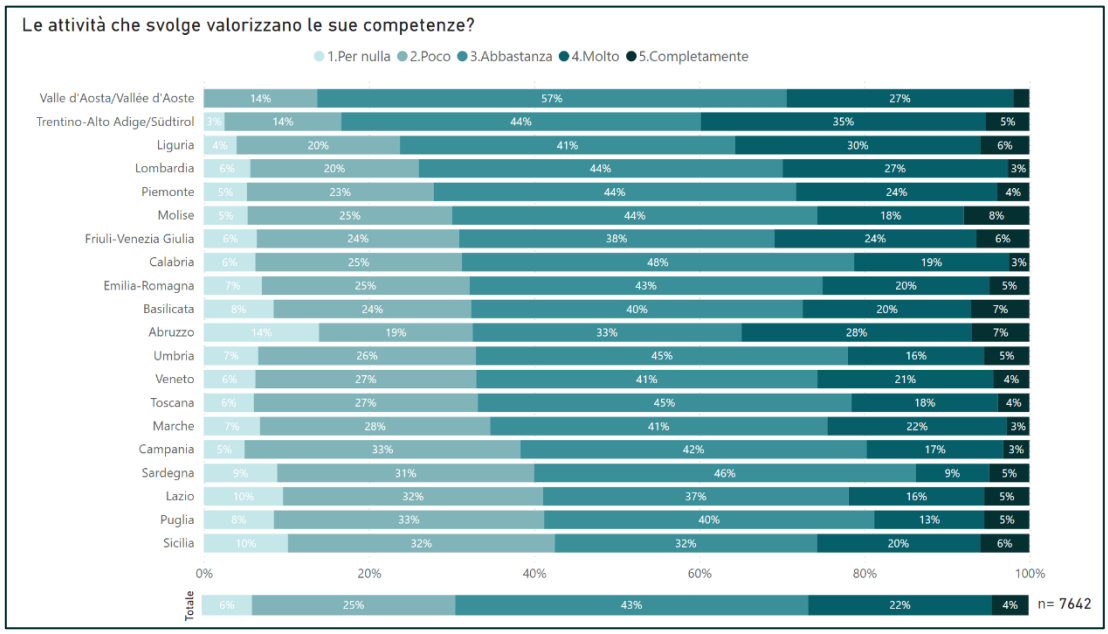


Figura 3.15: Infermieri che ritengono valorizzate le proprie competenze nelle attività che svolgono. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Valle d'Aosta: 51; Trentino-Alto Adige: 799; Liguria: 101; Lombardia: 799; Piemonte: 690; Molise: 113; Friuli-Venezia Giulia: 249; Calabria: 80; Emilia-Romagna: 1197; Basilicata: 142; Abruzzo: 43; Umbria: 91; Veneto: 1055; Toscana: 1025; Marche: 147; Campania: 284; Sardegna: 225; Lazio: 219; Puglia: 165; Sicilia: 167. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Infermieri, 2026.

Il confronto con gli indicatori presentati nel paragrafo 3.2 evidenzia una non perfetta simmetria tra sviluppo professionale e riconoscimento organizzativo. Gli infermieri mostrano elevati livelli di fiducia nelle proprie competenze, attribuiscono valore alla formazione continua e riconoscono il ruolo della ricerca nel miglioramento degli esiti assistenziali. Tuttavia, una quota significativa ritiene che tali competenze non trovino un adeguato riconoscimento nei contesti lavorativi. La criticità sembra quindi riguardare meno la disponibilità di competenze e più la capacità delle organizzazioni di valorizzarle e renderle visibili nei percorsi professionali.

La valutazione degli infermieri trova tuttavia un interessante contrappunto nella valutazione espressa dai cittadini nell'indagine alla popolazione italiana (Figura 3.16). L'82% dei rispondenti ha dichiarato infatti di valutare positivamente le competenze degli infermieri, affermando che queste sono riconoscibili "sempre" (42%) o "spesso" (40%). Anche in questo caso emergono alcune differenze territoriali: Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta registrano i livelli più elevati di fiducia, mentre Campania e Sicilia presentano valori inferiori, pur mantenendosi ampiamente positivi. Le differenze tra setting assistenziali risultano invece limitate. Particolarmente interessante è il dato generazionale: la quota di cittadini che valuta

positivamente le competenze infermieristiche passa dal 78% nella fascia 18-29 anni al 90% tra gli over 60.

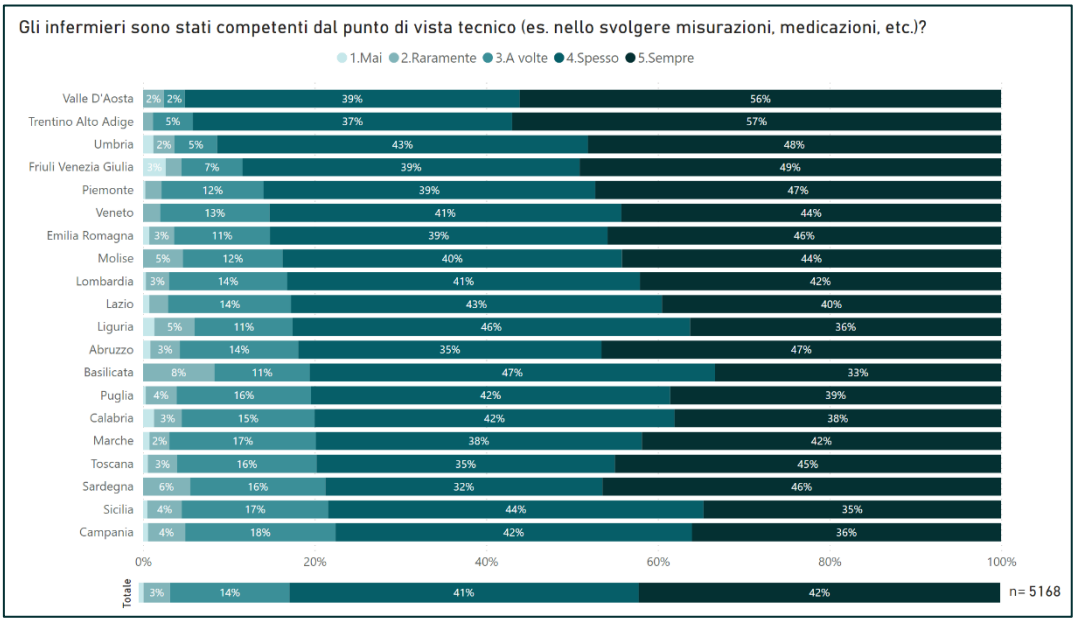


Figura 3.16: Cittadini che ritengono adeguate le competenze degli infermieri. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Trentino Alto Adige: 86; Umbria: 81; Friuli Venezia Giulia: 113; Veneto: 404; Piemonte: 376; Valle D'Aosta: 43; Emilia Romagna: 417; Toscana: 354; Lombardia: 834; Lazio: 549; Liguria: 149; Sardegna: 129; Abruzzo: 116; Marche: 129; Basilicata: 36; Campania: 514; Calabria: 156; Puglia: 310; Sicilia: 377; Molise: 44. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Popolazione, 2026.

Pertanto, il confronto tra la valutazione delle competenze degli infermieri da parte degli stessi e dei cittadini restituisce un risultato particolarmente significativo. Mentre oltre quattro cittadini su cinque esprimono un giudizio positivo sulle competenze infermieristiche, una quota rilevante di professionisti continua a percepire livelli insufficienti di valorizzazione e realizzazione professionale. I dati suggeriscono quindi che la principale criticità non sia rappresentata dal riconoscimento sociale della professione. Al contrario, la popolazione esprime livelli elevati di fiducia nelle competenze infermieristiche. Le difficoltà sembrano emergere soprattutto all'interno dei contesti organizzativi, dove una parte degli infermieri fatica a percepire adeguate opportunità di riconoscimento e sviluppo professionale.

Questa distanza tra riconoscimento sociale e valorizzazione professionale emerge con chiarezza anche osservando il livello di realizzazione professionale (Figura 3.17). Solo il 26% degli infermieri ha dichiarato di sentirsi molto (21%) o completamente (5%) realizzato dal punto di vista professionale, mentre un terzo ha riferito livelli bassi di realizzazione, con l'8% che si dichiara per nulla realizzato e il

25% poco realizzato. Le differenze territoriali risultano rilevanti: la quota di infermieri che si sente poco o per nulla realizzata passa da circa il 30% nelle regioni del Nord a quasi il 40% nelle regioni del Sud. Anche il setting lavorativo sembra influenzare significativamente tale differenza. Le differenze di genere risultano complessivamente contenute. Tuttavia, le infermiere riportano livelli leggermente più elevati di realizzazione professionale (68% sommando "abbastanza", "molto" e "completamente", contro il 62% degli uomini) con uno scarto comunque inferiore a quello osservato per età, setting lavorativo e area geografica. Nel settore pubblico il 34% degli infermieri dichiara bassi livelli di realizzazione professionale, contro il 30% del privato accreditato, il 27% del privato, il 25% della libera professione e il 24% delle strutture di long-term care. All'interno del settore pubblico emergono ulteriori differenze, con livelli di realizzazione particolarmente bassi nei contesti della salute mentale, delle REMS, degli istituti penitenziari, delle Case della Comunità e delle aree mediche e chirurgiche, mentre i valori più favorevoli si osservano nei settori della direzione e della formazione. Anche la dimensione generazionale appare significativa: il 40% degli infermieri tra i 30 e i 44 anni ha dichiarato di sentirsi poco o per nulla realizzato, rispetto al 34% degli under 30, al 30% della fascia 45-59 anni e al 22% degli over 60.

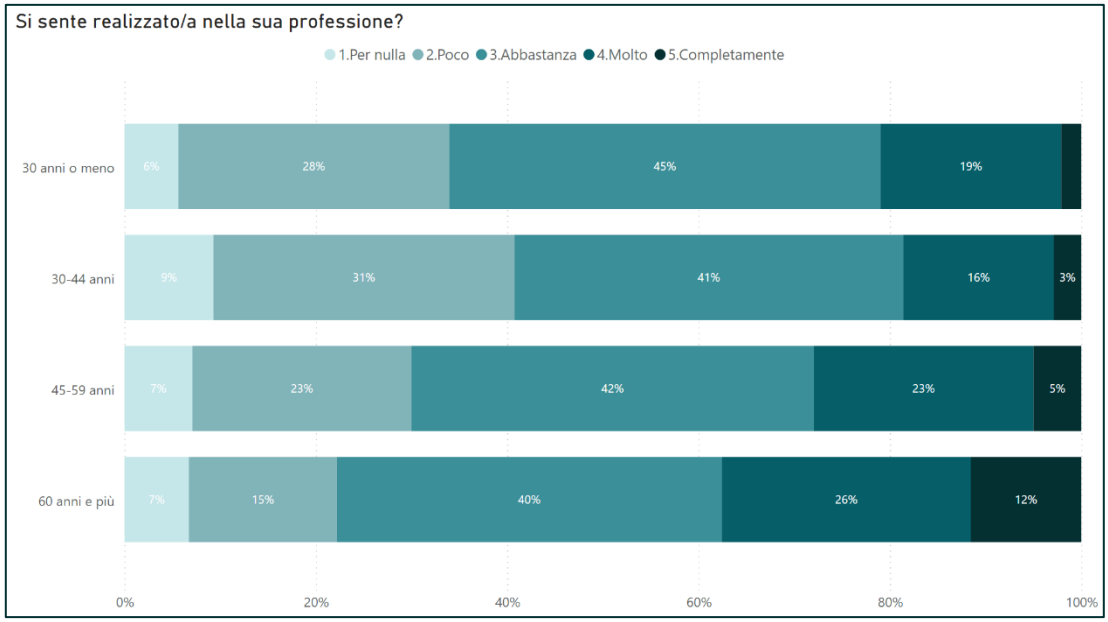


Figura 3.17: Percentuale di infermieri per fascia d'età che si sente realizzato nella sua professione. Risposte: "60 anni o più": 788, "45-59 anni": 3.799, "30-44 anni": 2.292, "30 anni o meno": 763. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Un elemento trasversale che emerge dall'analisi riguarda proprio la fascia professionale compresa tra i 30 e i 44 anni, che presenta sistematicamente i livelli più bassi di valorizzazione, realizzazione e identificazione professionale. Pur non

consentendo inferenze causali, il dato suggerisce l'esistenza di una fase particolarmente delicata della carriera infermieristica, coincidente con il consolidamento delle competenze professionali, l'assunzione di maggiori responsabilità lavorative e familiari e l'emergere di aspettative di crescita professionale che potrebbero non trovare piena risposta nei contesti organizzativi in cui operano.

Nonostante tali criticità, l'intenzione di lasciare il lavoro appare più contenuta di quanto ci si potrebbe attendere (Figura 3.18). Il 7% degli infermieri ha dichiarato di pensare a cambiare lavoro "sempre" e il 18% "spesso", mentre il 36% afferma di pensarci "a volte". Solo il 20% ha dichiarato di non aver mai preso in considerazione questa possibilità. Le differenze regionali risultano relativamente contenute, mentre emergono differenze più marcate tra setting istituzionali. Nel settore pubblico il 25% degli infermieri ha dichiarato di pensare "sempre" o "spesso" a cambiare lavoro, quota che sale ulteriormente considerando coloro che rispondono "a volte". Valori inferiori si osservano nel privato, nella libera professione e nelle strutture di long-term care. Anche in questo caso i contesti delle REMS, degli istituti penitenziari e delle Case della Comunità mostrano i risultati meno favorevoli, mentre i livelli più bassi di intenzione di cambiamento si osservano nei settori della direzione, della formazione e nelle strutture di long term care.

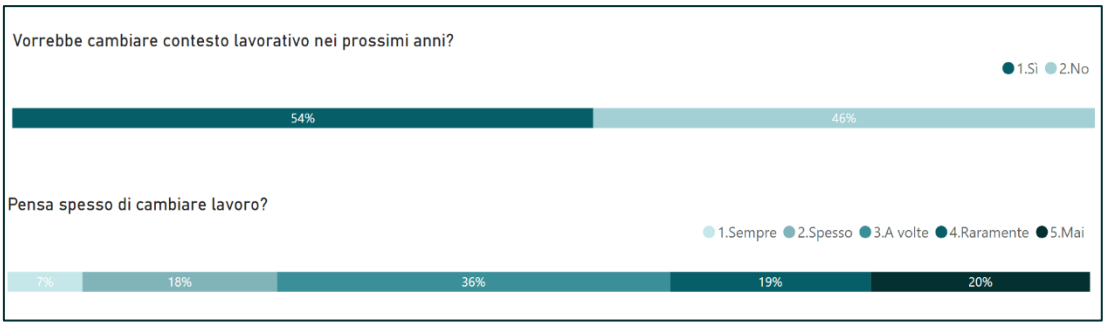


Figura 3.18: Infermieri che pensano di cambiare setting e lavoro. Fonte dati: Rapporto Professioni infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

La quota di infermieri che dichiara di pensare sempre o spesso di cambiare lavoro è pari al 15% in Molise, al 17% in Trentino-Alto Adige e intorno al 19-20% in Abruzzo e Liguria, mentre raggiunge il 31% in Sardegna, il 30% nelle Marche e in Friuli-Venezia Giulia e il 29% in Sicilia (Figura 3.19). Il dato introduce una dimensione particolarmente rilevante per le politiche di retention: accanto alla capacità di attrarre nuovi professionisti, i sistemi regionali sono chiamati a interrogarsi sulle condizioni che

favoriscono la permanenza degli infermieri già presenti e sulla qualità della loro esperienza professionale.

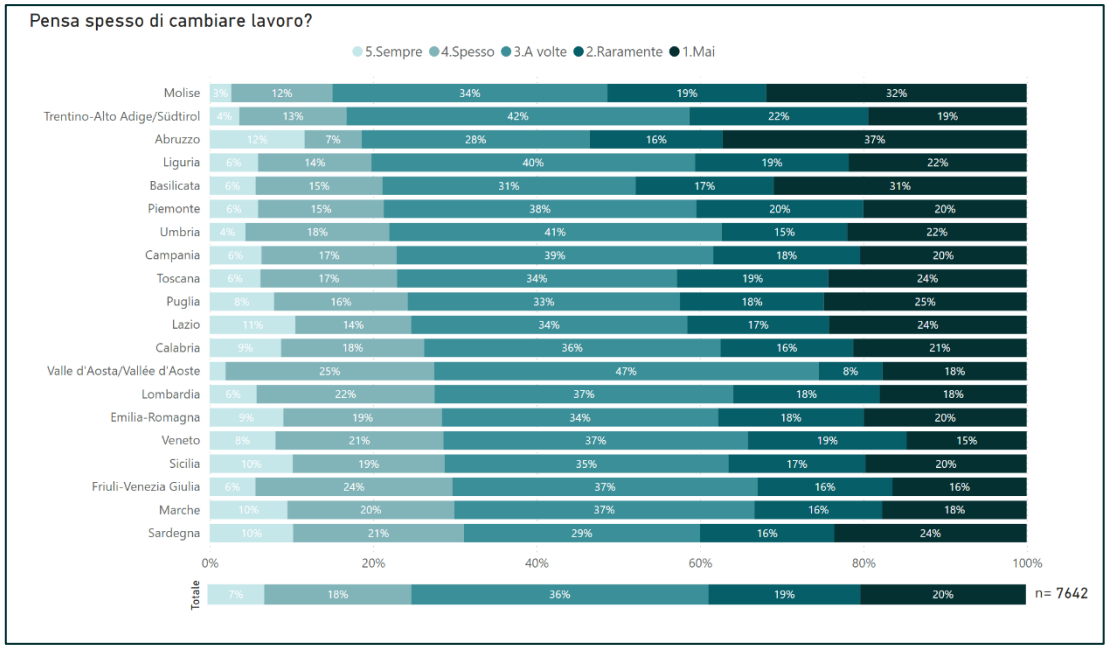


Figura 3.19: Infermieri che pensano di cambiare lavoro per Regioni. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Molise: 113; Trentino-Alto Adige: 799; Abruzzo: 43; Liguria: 101; Basilicata: 142; Piemonte: 690; Umbria: 91; Campania: 284; Toscana: 1025; Puglia: 165; Lazio: 219; Calabria: 80; Valle d'Aosta: 51; Lombardia: 799; Emilia-Romagna: 1197; Veneto: 1055; Sicilia: 167; Friuli-Venezia Giulia: 249; Marche: 147; Sardegna: 225. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Infermieri, 2026.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dall'analisi dei risultati osservati nel settore pubblico. In diversi indicatori, dal riconoscimento delle competenze alla realizzazione professionale fino all'intenzione di cambiare lavoro, le Organizzazioni pubbliche mostrano valori meno favorevoli rispetto agli altri setting. Sebbene le cause non possano essere dedotte direttamente dai dati disponibili, il risultato suggerisce l'opportunità di approfondire il tema della valorizzazione professionale nei contesti che impiegano la quota più rilevante della forza lavoro infermieristica nazionale.

Infine, una prospettiva particolarmente significativa è offerta dalla soddisfazione nel vedere i propri figli intraprendere un percorso di studi per diventare infermieri (Figura 3.20). Il 54% degli infermieri ha dichiarato che non sarebbe felice di questa scelta. Anche in questo caso le differenze territoriali risultano limitate, mentre emergono differenze per setting e percorso professionale. Il settore pubblico registra la quota più elevata di risposte negative (55%), seguito dalle strutture di long term care (53%), mentre i valori risultano inferiori nella libera professione

(50%), nel privato accreditato (49%), nel privato (47%) e negli ambulatori di medicina generale (40%). Le differenze generazionali risultano particolarmente interessanti: la quota di risposte negative passa dal 39% tra gli under 30 al 57% nella fascia 30-44 anni e al 56% tra i 45 e i 59 anni, per poi ridursi al 45% negli over 60. Anche il livello formativo sembra influenzare tale visione: mentre tra diplomati, laureati triennali e possessori di master oltre la metà degli intervistati esprime una risposta negativa, tra coloro che possiedono un dottorato di ricerca la quota scende al 33%.

L'indicatore sembra riflettere maggiormente la propria esperienza delle condizioni di esercizio della professione che non il giudizio sul valore sociale e sanitario del ruolo infermieristico. La disponibilità a consigliare la professione ai propri figli rappresenta probabilmente uno degli indicatori più sintetici della capacità di una professione di generare soddisfazione e prospettive future. Il fatto che oltre la metà degli infermieri esprima una risposta negativa non deve essere interpretato come una messa in discussione del valore della professione, ma piuttosto come un segnale delle difficoltà percepite nell'esercizio quotidiano del ruolo. È significativo osservare come gli infermieri più giovani e quelli con livelli formativi più elevati esprimano giudizi più favorevoli, suggerendo che le opportunità di sviluppo e crescita professionale possano influenzare positivamente la visione del futuro della professione.

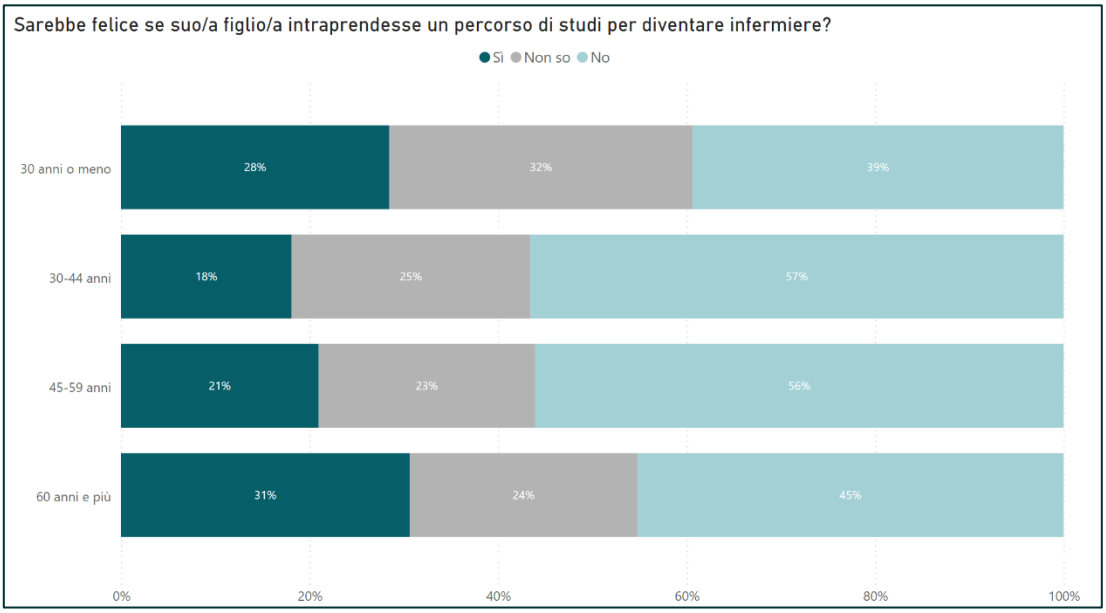


Figura 3.20: Percentuale di infermieri che sarebbe felice se suo figlio/a intraprendesse un percorso di studi per diventare infermiere. Risposte: "60 anni o più": 542, "45-59 anni": 3.030, "30-44 anni": 1.847, "30 anni o meno": 587. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Nel complesso emerge un'immagine di una professione che vuole investire nello sviluppo delle competenze, che gode del riconoscimento da parte della popolazione ed è consapevole del proprio contributo al sistema sanitario. Tuttavia, questo patrimonio professionale non sempre si traduce in adeguate opportunità di valorizzazione, realizzazione e crescita all'interno dei contesti organizzativi. Le maggiori criticità si concentrano nel settore pubblico e nella fascia di età compresa tra i 30 e i 44 anni, suggerendo la presenza di una fase particolarmente delicata della carriera professionale. In questa prospettiva, la sfida per i prossimi anni non sembra riguardare esclusivamente la formazione di nuovi infermieri o il rafforzamento delle competenze, ma anche la capacità di creare contesti professionali in grado di riconoscere, valorizzare e trattenere il capitale professionale già presente nel sistema, anche attraverso lo sviluppo di percorsi di carriera, ruoli professionali intermedi e nuove opportunità di crescita. Questa prospettiva trova riscontro anche nella letteratura internazionale, che identifica la qualità dell'ambiente di lavoro infermieristico come uno dei principali determinanti della soddisfazione professionale, della permanenza degli infermieri nelle Organizzazioni e, più in generale, della qualità dell'assistenza erogata (Aiken et al., 2012).

Capitolo 4. Dalla teoria alla pratica: la declinazione del ruolo infermieristico

Il profilo professionale dell'infermiere, istituito con il D.M. n. 739 del 14 settembre 1994, individua in questa figura il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. La normativa identifica l'assistenza infermieristica come preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, che si realizza mediante attività di natura tecnica, relazionale ed educativa, e richiama tra le principali funzioni la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. A partire da questo riferimento, l'attività infermieristica si distribuisce attraverso quattro principali aree di pratica: la cura, la riabilitazione, la prevenzione e la promozione della salute.

Dunque, la possibilità di intervenire lungo l'intero percorso di vita e di salute della persona, in contesti assistenziali differenti e attraverso molteplici occasioni di contatto, rappresenta un elemento caratterizzante del ruolo infermieristico. Tale trasversalità consente all'infermiere di agire nei diversi ambiti della pratica professionale, non come dimensioni rigidamente separate, ma come componenti che possono e devono intrecciarsi nella presa in carico della persona.

A partire da questo inquadramento, in questo capitolo vengono approfonditi la distribuzione del tempo dedicato agli ambiti di attività riconducibili alle quattro aree di pratica e il modo in cui queste vengono interpretate dagli infermieri e riportate dalla popolazione.

L'obiettivo è osservare come le aree di pratica trovino concreta espressione nell'attività quotidiana, anche al fine di evidenziare eventuali discrepanze rispetto alle definizioni standardizzate. In questo senso, si intende mostrare come le aree di pratica non rappresentino categorie astratte, ma dimensioni concrete attraverso cui il ruolo infermieristico si declina nei diversi contesti assistenziali, evidenziando continuità, disallineamenti e potenzialità ancora non pienamente espresse. Quindi, sono stati considerati, insieme al tempo dedicato e desiderato alle quattro aree riportato dagli infermieri, anche la frequenza con cui gli utenti riferiscono di aver fatto esperienza delle diverse aree di pratica, i commenti aperti dei professionisti finalizzati a comprendere che cosa gli infermieri intendano nel quotidiano per ciascuna area, e la comprensione del ruolo infermieristico nelle diverse aree di pratica secondo la popolazione.

A questa lettura si aggiunge l'analisi dell'evoluzione del ruolo infermieristico, intesa come ridefinizione dei confini tra attività, responsabilità e autonomia professionale. Il capitolo approfondisce quindi anche la redistribuzione attuale e

potenziale di alcune attività tra infermieri, personale di supporto e medici, l'autonomia degli infermieri nello svolgimento delle proprie attività riportata da parte della popolazione, e la disponibilità dei professionisti ad assumere nuove responsabilità in presenza di una formazione adeguata, congiuntamente a un approfondimento sulle motivazioni di quegli infermieri che dichiarano di non sentirsi pronti a un avanzamento di ruolo della professione. Vengono pertanto considerate le condizioni, le opportunità e le resistenze che accompagnano l'evoluzione della professione nei diversi contesti assistenziali.

Nel capitolo viene data particolare enfasi alle attività di prevenzione e di promozione della salute, due ambiti centrali per rispondere all'evoluzione dei bisogni della popolazione, sostenere l'autonomia delle persone, favorire l'aderenza ai percorsi terapeutici e intercettare precocemente condizioni di rischio o fragilità. Si tratta infatti di funzioni che, nel contesto attuale del nostro sistema sanitario, assumono un rilievo particolare nei modelli di assistenza territoriale e di prossimità. Per questo, una lettura approfondita del modo in cui vengono svolte, riconosciute e valorizzate risulta fondamentale per orientare l'evoluzione dei servizi e del ruolo infermieristico.

4.1 Le aree di pratica della professione infermieristica

Per comprendere lo spazio occupato dalle diverse componenti dell'attività infermieristica, nella survey dedicata è stato chiesto agli infermieri di indicare la distribuzione del proprio tempo di lavoro tra le attività di prevenzione, di promozione della salute, di cura e di riabilitazione, considerando il totale del tempo disponibile pari a 100 (Figura 4.1).

La distribuzione del tempo di lavoro dichiarata dagli infermieri mostra una prevalenza delle attività di cura, che assorbono il 52% dell'attività complessiva. La prevenzione e la promozione della salute, insieme, rappresentano il 37% del tempo complessivo, mentre la riabilitazione si attesta all'11%. Il dato restituisce un profilo di attività ancora fortemente centrato sulla risposta al bisogno assistenziale già espresso. La prevenzione e la promozione della salute risultano quindi presenti nella pratica quotidiana, ma non ancora centrali.

Questa lettura assume ulteriore rilievo se si considera la variabilità tra i setting. Nei contesti ospedalieri e ad alta intensità assistenziale, la prevalenza della cura è in parte attesa, poiché l'attività infermieristica è spesso orientata alla gestione di bisogni clinico-assistenziali immediati. Più significativo è invece il dato relativo ai setting territoriali: anche tra gli Infermieri di Famiglia e/o Comunità e nelle Case della Comunità, la prevenzione e la promozione della salute raggiungono complessivamente il 50% e il 47% del tempo dichiarato. Si tratta di valori più elevati

rispetto ad altri contesti, ma non tali da indicare una piena centralità di queste funzioni in ambiti che, anche in riferimento al modello delineato dal DM 77/2022, dovrebbero essere maggiormente orientati alla prossimità, all'intercettazione precoce dei bisogni e al lavoro con le comunità (Ministero della Salute, 2022). Pertanto, la prevenzione e la promozione della salute risultano attività non ancora pienamente centrali, nemmeno nei setting territoriali e comunque vissute con modalità alternative.

Questo dato quantitativo è stato inoltre integrato con informazioni qualitative riportate dagli infermieri in una domanda aperta del questionario, nella quale è stato chiesto di fornire esempi di attività di prevenzione e di promozione della salute di cui si occupano abitualmente, al fine di comprendere meglio il significato attribuito dai professionisti a queste funzioni nella pratica quotidiana. In particolare, 3.243 rispondenti hanno fornito esempi di attività di prevenzione: la quota più rilevante riguarda la prevenzione primaria, la formazione e la riduzione dei fattori di rischio (35,2%), seguita dalla prevenzione e dalla gestione del rischio clinico-assistenziale (29,2%). Si ha poi la prevenzione terziaria, riferita a complicanze, cronicità e disabilità (15,1%), e la prevenzione secondaria, collegata allo screening, alla diagnosi precoce e all'intercettazione del rischio (10,6%). Tuttavia, una quota rilevante di infermieri, pari al 9,9% dei rispondenti, ha riportato esempi di attività non riconducibili alla prevenzione o alla promozione della salute. Analogamente, per gli esempi di attività di promozione della salute, l'86% delle 2.660 risposte è stato classificato come ascrivibile a questa area di pratica, mentre il 14% non è risultato pertinente. Considerando complessivamente le risposte non riconducibili, pari a 694, oltre la metà riguarda attività clinico-assistenziali (55,6%), mentre il 15% rimanda ad attività organizzativo-gestionali e il 29% ad altre risposte divergenti, troppo vaghe o non interpretabili.

In riferimento ai dati emersi, la presenza di risposte riconducibili sia alla prevenzione sia alla promozione della salute conferma che queste dimensioni appartengono al linguaggio e all'esperienza professionale degli infermieri. Allo stesso tempo, questi risultati mostrano che la prevenzione e la promozione della salute non dovrebbero essere considerate ambiti separati o residuali rispetto alla cura, ma dimensioni trasversali dell'agire infermieristico. L'incontro con la persona assistita, anche quando motivato da un bisogno clinico-assistenziale, rappresenta infatti un'occasione privilegiata per intercettare fattori di rischio, promuovere comportamenti favorevoli alla salute, rafforzare conoscenze e orientare verso percorsi di prevenzione. In questa direzione, il lavoro infermieristico non può essere letto secondo una logica per silos, in cui la cura, la prevenzione e la promozione della salute vengono considerate attività distinte e non comunicanti. Al contrario, la prevenzione e la promozione della salute possono e dovrebbero attraversare i diversi ambiti della pratica quotidiana, integrandosi nei momenti di

assistenza, relazione ed educazione che caratterizzano il contatto tra l'infermiere e la persona.

Dopo aver osservato quali attività vengono ricondotte dagli infermieri alla prevenzione e alla promozione della salute, resta da comprendere se lo spazio oggi dedicato a queste funzioni corrisponda a quello auspicato dai professionisti. Per questo, nell'indagine è stato chiesto agli infermieri come vorrebbero idealmente distribuire il proprio tempo di lavoro tra le quattro aree di pratica: prevenzione, la promozione della salute, la cura e la riabilitazione (Figura 4.1).

Il confronto con il dato precedente mostra uno spostamento verso le attività di prevenzione e di promozione della salute. Nel tempo dedicato desiderato dagli infermieri, la prevenzione passa dal 22% al 28% e la promozione della salute dal 15% al 20%; congiuntamente, le due aree raggiungerebbero il 48% del tempo complessivo, a fronte del 37% dichiarato nella pratica attuale. Parallelamente, la cura scenderebbe dal 52% al 39%, mentre la riabilitazione resterebbe sostanzialmente stabile.

La lettura del dato per setting conferma questa tendenza, soprattutto nei contesti territoriali: nelle Case della Comunità e tra gli Infermieri di Famiglia e/o Comunità, la prevenzione e la promozione della salute raggiungono complessivamente il 60% del tempo desiderato, mentre nel Distretto arrivano al 59%. Nei setting ospedalieri, invece, la cura rimarrebbe la componente prevalente, pur a fronte di un aumento dello spazio auspicato per le attività di prevenzione e promozione della salute.

Il dato evidenzia quindi una distanza tra il lavoro quotidiano attuale e il modo in cui gli infermieri vorrebbero distribuire il proprio contributo professionale. In particolare, emerge il desiderio di attribuire maggiore spazio alla prevenzione e alla promozione della salute, che nel tempo auspicato assumerebbero un peso quasi equivalente a quello della cura. Questa indicazione rafforza quanto emerso in precedenza: la prevenzione e la promozione della salute sono riconosciute dagli infermieri come componenti rilevanti del proprio ruolo, ma nella pratica sembrano occupare uno spazio inferiore rispetto a quello desiderato.

Il dettaglio regionale (Figura 4.2) permette di osservare che le differenze risultano complessivamente contenute. In tutte le Regioni, la cura rappresenta la componente prevalente del tempo di lavoro dichiarato, mentre prevenzione, promozione della salute e riabilitazione mostrano variazioni relativamente limitate. Non emerge un chiaro gradiente territoriale, ma piuttosto un quadro sostanzialmente omogeneo tra le Regioni.

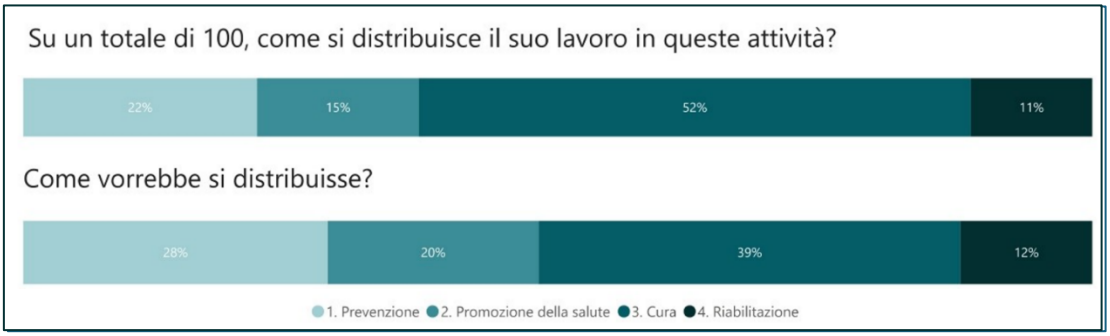


Figura 4.1: Distribuzione percentuale attuale e desiderata del tempo di lavoro degli infermieri per area di pratica. Risposte: 6.106. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

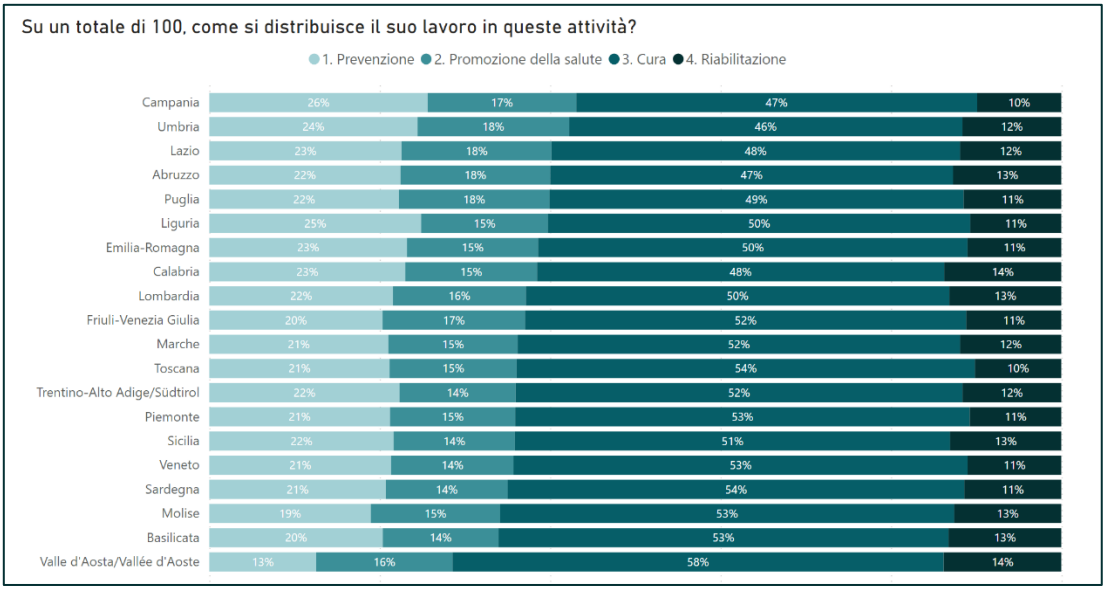


Figura 4.2: Distribuzione regionale del tempo di lavoro degli infermieri tra prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Campania: 284, Umbria: 91, Lazio: 219, Abruzzo: 43, Puglia: 165, Liguria: 101, Emilia-Romagna: 1197, Calabria: 80, Lombardia: 799, Friuli-Venezia Giulia: 249, Marche: 147, Toscana: 1025, Trentino-Alto Adige/Sudtirol: 799, Piemonte: 690, Sicilia: 167, Veneto: 1055, Sardegna: 225, Molise: 113, Basilicata: 142, Valle d'Aosta: 51. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

Nella survey alla popolazione sono state rilevate le esperienze degli utenti dei servizi sanitari rispetto ad alcune attività svolte dagli infermieri. In particolare, sono state considerate attività educative, informative e di orientamento legate alla gestione della terapia, alla prevenzione delle complicanze, agli stili di vita e al

recupero della salute dopo una malattia, riferite alla propria esperienza come paziente o a quella di un familiare (Figura 4.3).

I dati mostrano che le attività più frequentemente riportate dalla popolazione riguardano le indicazioni sulle modalità di assunzione dei farmaci: il 70% dei rispondenti ha dichiarato di aver ricevuto "spesso" o "sempre" questo tipo di spiegazioni da parte degli infermieri. Seguono i consigli per evitare peggioramenti o complicanze, indicati come frequenti dal 64% dei rispondenti, e l'aiuto a comprendere cosa fare per recuperare la salute dopo una malattia, riportato "spesso" o "sempre" dal 54%. Più contenuta, pur restando maggioritaria, è la quota relativa al confronto su abitudini e stili di vita per mantenere o migliorare la salute, pari al 52%.

Nel complesso, il dato appare coerente con il modo in cui gli infermieri dichiarano di distribuire il proprio tempo nei diversi ambiti di attività, mostrando che, nell'esperienza della popolazione, risultano più frequentemente riportate le attività di orientamento, spiegazione e supporto alla gestione concreta dei bisogni di salute e assistenziali della persona. Le attività più direttamente associate alla promozione della salute, come il confronto sugli stili di vita, risultano invece meno frequentemente riportate rispetto agli aspetti legati alla gestione della terapia o alla prevenzione delle complicanze. Anche dal punto di vista dei cittadini, quindi, la componente di prevenzione e promozione della salute emerge, ma risulta più frequentemente riportata quando è collegata a bisogni assistenziali immediati o a indicazioni operative.

La lettura dei dati nei differenti setting assistenziali conferma ulteriormente questa tendenza. Ad esempio, le esperienze riportate nel setting delle Case della Comunità mostrano valori più elevati rispetto al ricovero ospedaliero per il confronto su abitudini e stili di vita, per l'aiuto a capire cosa fare per recuperare la salute e per le indicazioni su come evitare peggioramenti o complicanze, ma con un incremento piuttosto contenuto dell'esperienza di attività di prevenzione e promozione della salute (pari a circa 5-9 punti percentuali considerando le risposte "spesso" e "sempre"). Questo suggerisce che nei contesti territoriali alcune funzioni educative e di accompagnamento vengono riportate con maggiore frequenza dalla popolazione, pur senza segnare una distanza netta rispetto agli altri setting.

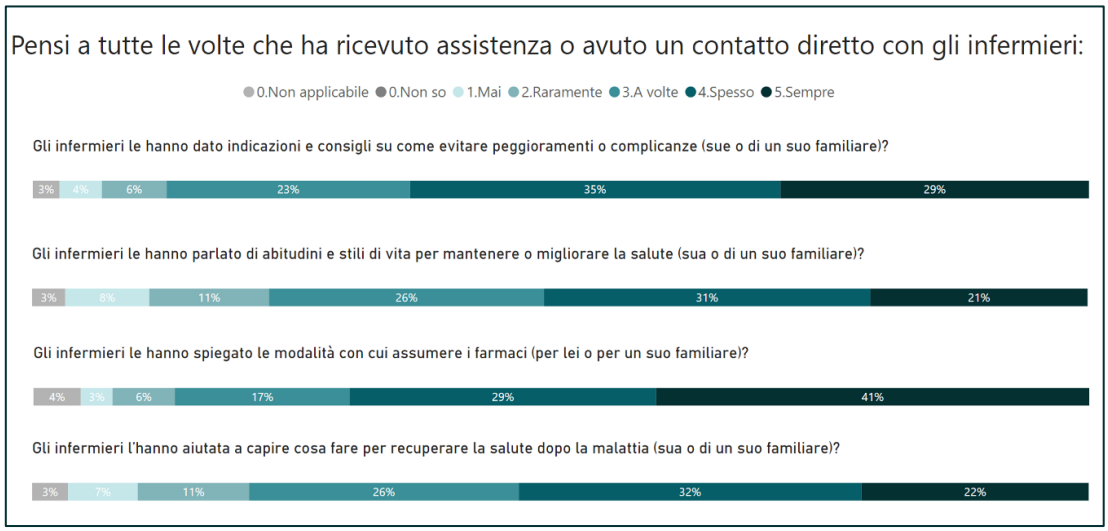


Figura 4.3: Frequenza con cui gli infermieri hanno fornito indicazioni a pazienti e caregivers su peggioramenti/complicanze, stili di vita, modalità di assunzione dei farmaci e recupero della salute. Risposte: 5.217. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026.

La survey rivolta alla popolazione ha permesso di indagare anche le attività svolte dagli infermieri durante le visite in ambulatorio (Figura 4.3). Il quadro che emerge mostra che, durante le visite infermieristiche in ambulatorio, la popolazione riferisce più frequentemente attività di tipo tecnico-operativo e clinico-assistenziale. Le misurazioni e i controlli risultano svolti "spesso" o "sempre" per il 76% dei rispondenti, l'esecuzione di procedure cliniche per il 74% e la raccolta di informazioni per il 71%. Accanto a queste attività, si evidenzia anche una presenza rilevante delle funzioni amministrative e gestionali, indicate come svolte "spesso" o "sempre" dal 68% dei rispondenti. Risultano invece meno frequentemente riportate le attività più direttamente riconducibili all'orientamento, alla prevenzione e alla promozione della salute: le informazioni e le spiegazioni sulla cura sono indicate come svolte "spesso" o "sempre" dal 56% dei rispondenti, l'orientamento nel percorso sanitario dal 51% e le indicazioni sulla prevenzione e sugli stili di vita dal 43%. Il dato suggerisce quindi che, nell'esperienza dichiarata dalla popolazione nel setting ambulatoriale, le attività di prevenzione e promozione della salute non emergano ancora con la stessa frequenza delle attività tecnico-operative e clinico-assistenziali. Questo può indicare che tali attività siano effettivamente meno praticate durante le visite infermieristiche ambulatoriali oppure che, quando presenti, non riescano a tradursi in un'esperienza chiaramente percepita e validata dall'utenza. Il dato richiama inoltre un tema già discusso in letteratura, ovvero il carico amministrativo e documentale associato al lavoro

sanitario, che può incidere sul tempo disponibile per le attività a maggiore contenuto educativo, relazionale e promozionale (Gesner et al., 2022; Moore et al., 2020).

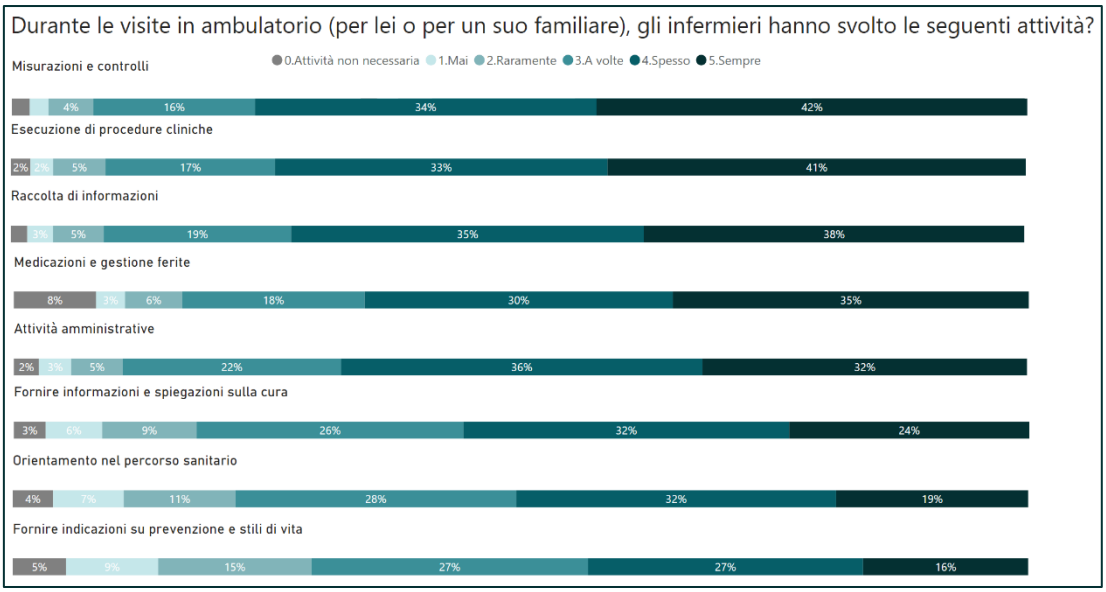


Figura 4.4: Attività svolte dagli infermieri nel setting ambulatoriale secondo pazienti e caregivers. Risposte: 3.361. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026.

A chiusura di questa sezione, l'indagine ha approfondito la comprensione più generale del ruolo infermieristico da parte della popolazione in relazione alle diverse aree di pratica. Dopo aver considerato le attività riferite nei contatti diretti con gli infermieri, è stato chiesto all'intero campione di esprimere il proprio grado di accordo con alcune affermazioni relative al contributo degli infermieri nel recupero dopo la malattia, nella promozione di stili di vita sani e nella prevenzione delle malattie (Figura 4.5).

Il dato restituisce una diversa evidenza delle dimensioni del ruolo infermieristico nell'esperienza e nella rappresentazione della popolazione. Il contributo degli infermieri nel recupero dopo la malattia è quello più chiaramente riconosciuto: il 73% dei rispondenti si dichiara "d'accordo" o "totalmente d'accordo" con questa affermazione. Il consenso si riduce quando il riferimento si sposta sulla promozione di stili di vita sani, che raccoglie il 54% di accordo, e soprattutto sulla prevenzione delle malattie, per la quale la quota di rispondenti "d'accordo" o "totalmente d'accordo" si attesta al 43%.

Questa distribuzione mostra che, nell'esperienza dichiarata dalla popolazione, risultano più frequentemente riportate le attività legate alla gestione di un bisogno

di salute già presente, mentre emergono con minore frequenza quelle orientate alla prevenzione e alla promozione della salute. Il dato può indicare che tali attività siano meno presenti nei contatti con l'utenza oppure che, quando realizzate, non si traducano in un'esperienza chiaramente definita per la popolazione. In questo senso, le azioni rivolte all'intercettazione precoce del rischio, al mantenimento della salute e alla prevenzione di eventi futuri sembrano avere ancora una minore evidenza nell'esperienza degli utenti rispetto agli interventi collegati alla cura e alla gestione della malattia.

La lettura dei dati stratificata per età e titolo di studio dei rispondenti consente di aggiungere alcuni elementi interpretativi. Per età, il riconoscimento del contributo infermieristico alla promozione di stili di vita sani e alla prevenzione delle malattie appare più marcato nella fascia 18-29 anni e, in parte, nelle fasce di età più avanzate. Rispetto al dato complessivo, nella fascia 18-29 anni l'accordo aumenta di circa 4 punti percentuali per la promozione di stili di vita sani e di circa 7 punti per la prevenzione delle malattie. Anche nella fascia 60-74 anni si osservano valori lievemente superiori al dato medio, mentre nelle classi di età centrali il riconoscimento risulta più contenuto, soprattutto rispetto alla prevenzione delle malattie. Per titolo di studio non emerge un andamento lineare: il riconoscimento di queste funzioni non cresce necessariamente all'aumentare del livello di istruzione. Nel complesso, questi risultati indicano che la cultura della prevenzione e della promozione della salute come parte del ruolo infermieristico è presente, ma ancora parziale e non uniformemente diffusa nella popolazione.

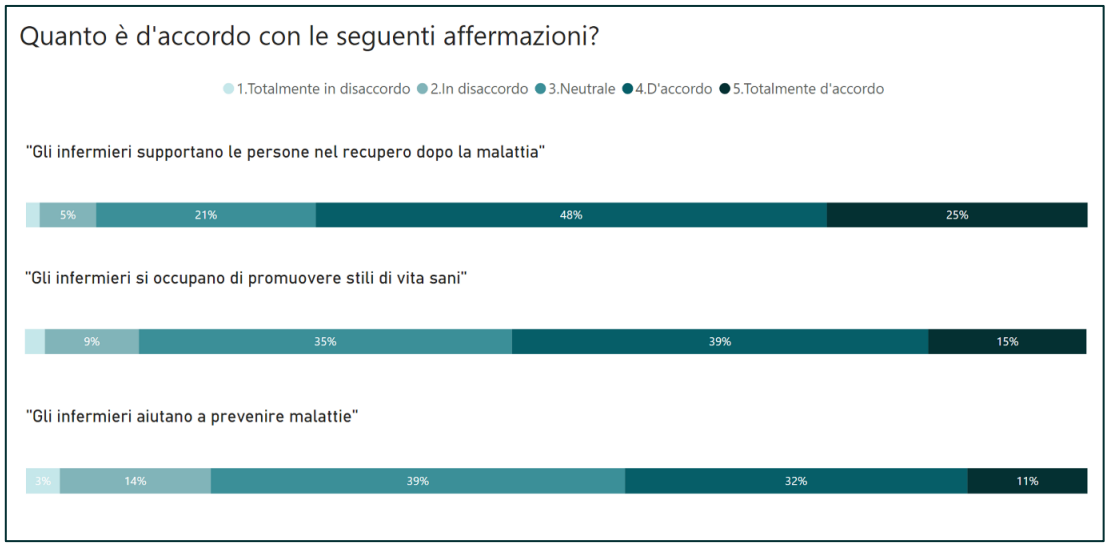


Figura 4.5: Ruolo degli infermieri nel recupero della salute, nella promozione di stili di vita sani e nella prevenzione delle malattie secondo la popolazione. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026.

4.2 L'evoluzione del ruolo nel confronto interprofessionale

La definizione e l'evoluzione del ruolo infermieristico si inseriscono in un processo più ampio di ridefinizione dei confini tra competenze, responsabilità e autonomia professionale. In questa direzione, il *task shifting*, definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una redistribuzione razionale dei compiti tra i team della forza lavoro sanitaria, rappresenta una chiave di lettura rilevante per comprendere come alcune attività possano essere riorganizzate tra professioni e figure di supporto (WHO, 2007). Il *task shifting* assume rilievo quando la redistribuzione delle attività non è intesa come mero trasferimento di compiti, ma come processo organizzativo orientato a valorizzare le competenze disponibili, migliorare l'accessibilità dei servizi e rispondere in modo più adeguato ai bisogni della popolazione. Per essere sostenibile, tale processo richiede chiarezza dei ruoli, adeguati livelli di autonomia, percorsi formativi coerenti e condizioni organizzative capaci di accompagnare il cambiamento. La sezione approfondisce quindi la redistribuzione attuale e potenziale di alcune attività tra professioni e figure di supporto, l'autonomia infermieristica riportata dalla popolazione, la disponibilità degli infermieri ad assumere nuove responsabilità, le preferenze espresse attraverso il *Discrete Choice Experiment* rispetto a differenti modelli di presa in carico e, infine, i principali temi emersi dai commenti aperti sulle ragioni della mancata disponibilità ad assumere nuove responsabilità e sul desiderio di cambiare contesto lavorativo.

Il primo dato riguarda la redistribuzione delle attività in due direzioni: verso il personale di supporto e verso attività precedentemente riservate ai medici. Agli infermieri è stato chiesto quanta parte delle proprie attività potrebbe essere svolta da personale di supporto e con quale frequenza, invece, svolgano attività in passato riservate ai medici (Figura 4.6). Il dato mostra un processo di redistribuzione delle attività in entrambe le direzioni. Da un lato, il 23% degli infermieri ritiene che parte del proprio lavoro potrebbe essere svolta "molto" o "completamente" da personale di supporto; dall'altro, una quota quasi analoga, pari al 22%, dichiara di svolgere "spesso" o "sempre" attività prima riservate ai medici. Considerando anche le risposte intermedie, oltre la metà dei rispondenti riconosce entrambe le dinamiche: il 57% per le attività potenzialmente attribuibili al personale di supporto e il 59% per quelle precedentemente riservate ai medici. Da una parte, quindi, gli infermieri segnalano la possibilità di liberare tempo professionale attraverso una diversa attribuzione di alcune attività al personale di supporto; dall'altra, si osserva una discreta estensione delle responsabilità infermieristiche verso ambiti tradizionalmente più vicini alla competenza medica.

La lettura per setting evidenzia differenze rilevanti. La redistribuzione verso il personale di supporto risulta più frequente nei contesti ospedalieri rispetto a quelli territoriali. Nell'area medica e nell'area chirurgica le quote di infermieri che indicano questa possibilità risultano più elevate, rispettivamente pari al 27% e al 28% considerando le risposte "molto" e "completamente". In alcuni setting territoriali, come l'Infermiere di Famiglia e/o Comunità, il Distretto, l'ADI e le Case della Comunità, i valori risultano invece più contenuti, compresi tra il 17% e il 20%, pur con una certa variabilità tra i diversi contesti territoriali. Anche lo svolgimento di attività prima riservate ai medici varia tra i contesti: risulta più frequente nell'emergenza-urgenza e in alcune strutture territoriali, mentre è meno evidente nei setting in cui il lavoro infermieristico è maggiormente orientato ad attività educative, di prevenzione o formative.

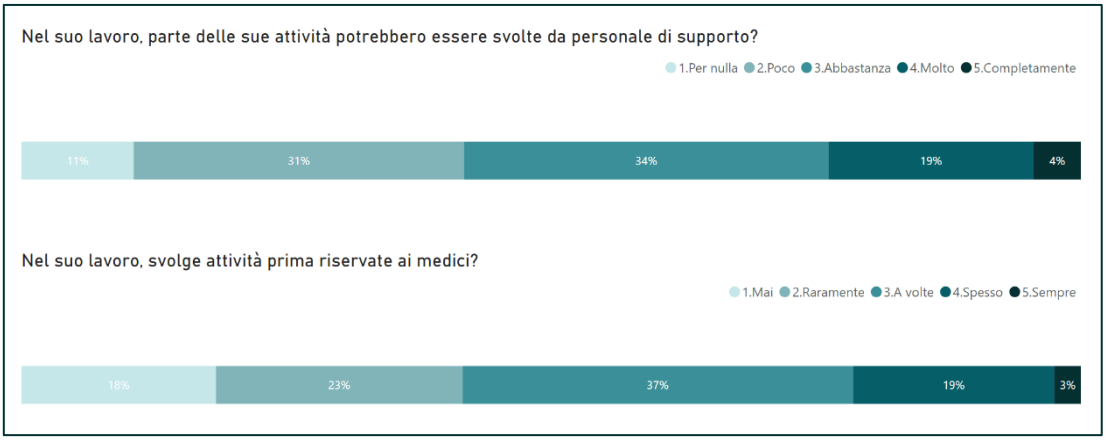


Figura 4.6: Attività potenzialmente attribuibili al personale di supporto e attività precedentemente riservate ai medici svolte dagli infermieri. Risposte: 4.894. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

Per approfondire il livello di autonomia riconosciuto nell'esperienza diretta con gli infermieri, è stato chiesto ai cittadini che avevano ricevuto assistenza o avuto un contatto diretto con la professione se gli infermieri avessero svolto le proprie attività in modo autonomo, anche senza indicazioni del medico (Figura 4.7).

Il dato mostra che una quota rilevante di cittadini riconosce, nella propria esperienza diretta, uno spazio di autonomia nell'attività infermieristica. Il 60% dei rispondenti ha riferito infatti che gli infermieri hanno svolto le proprie attività in modo autonomo "spesso" o "sempre", anche senza indicazioni del medico. A questa quota si aggiunge il 21% di cittadini che ha dichiarato di aver osservato tale autonomia "a volte", mentre le risposte "mai" e "raramente" risultano complessivamente più contenute.

Il dato è particolarmente significativo perché si colloca accanto agli esiti precedentemente discussi: se le attività di prevenzione e promozione della salute emergono con minore evidenza nell'esperienza dichiarata dalla popolazione, l'autonomia professionale nell'attività infermieristica appare invece più chiaramente osservata nei contatti diretti con gli infermieri.



Figura 4.7: Svolgimento autonomo delle proprie attività da parte degli infermieri secondo pazienti e caregivers. Risposte: 5.217. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026.

Accanto alla redistribuzione delle attività e all'autonomia osservata nei contatti con la popolazione, la definizione del ruolo dipende anche dalle condizioni che rendono possibile e sostenibile l'assunzione di nuove responsabilità. Tra queste, la formazione rappresenta un elemento centrale, poiché consente di rafforzare le competenze, sostenere l'autonomia professionale e accompagnare l'evoluzione delle attività entro confini organizzativi e professionali chiari. In questa prospettiva, questo paragrafo approfondisce anche la disponibilità degli infermieri ad assumere nuove responsabilità in presenza di una formazione adeguata e, attraverso la *Discrete Choice Experiment*, le condizioni ritenute più rilevanti per favorire l'evoluzione del ruolo infermieristico. A questa lettura si affianca l'analisi esplorativa dei commenti aperti degli infermieri, utile a comprendere più in profondità le ragioni di cautela o resistenza rispetto all'assunzione di nuove responsabilità e, più in generale, gli elementi che incidono sulla sostenibilità del lavoro nei diversi contesti assistenziali.

È stato dunque chiesto agli infermieri se, a fronte di una formazione adeguata, sarebbero pronti ad assumere nuove responsabilità (Figura 4.8). Il dato mostra una disponibilità all'assunzione di nuove responsabilità, ma con intensità non uniforme. Il 53% degli infermieri si dichiara molto o completamente pronto ad assumere nuove responsabilità se adeguatamente formato; tuttavia, una quota rilevante si colloca su posizioni più caute. Il 32% risponde "abbastanza", mentre il 15% si dichiara "poco" o "per nulla" disponibile. In altri termini, se la maggioranza esprime apertura verso l'evoluzione del ruolo, quasi la metà dei rispondenti non indica una disponibilità piena.

La lettura per setting evidenzia alcune differenze. La disponibilità appare più elevata nei contesti della formazione, della direzione e dell'emergenza-urgenza, mentre risulta più contenuta in alcuni setting territoriali, come l'assistenza domiciliare integrata, le Case della Comunità e le altre strutture territoriali. Anche in questi ambiti, tuttavia, la quota di risposte intermedie resta ampia, suggerendo un atteggiamento di apertura condizionata più che di piena adesione.

L'analisi per età mostra una maggiore disponibilità tra i professionisti più giovani. Tra gli infermieri con 30 anni o meno, il 66% si dichiara "molto" o "completamente" pronto ad assumere nuove responsabilità; nella classe 30-44 anni la quota si attesta al 64%. Il valore scende nelle classi di età successive, arrivando al 45% tra i 45-59 anni e al 44% tra gli over 60. Il dato suggerisce quindi che la disponibilità all'evoluzione del ruolo è presente, ma non può essere data per acquisita in modo uniforme: accanto all'apertura, emerge una componente significativa di cautela, che sarà approfondita più avanti tramite l'analisi dei commenti aperti.

Il dettaglio regionale evidenzia una certa variabilità nella disponibilità ad assumere nuove responsabilità (Figura 4.8). Le quote di infermieri che si dichiarano "molto" o "completamente" pronti a questo avanzamento di responsabilità risultano generalmente più elevate nelle Regioni del Centro-Sud, mentre tendono a essere più contenute in diverse Regioni del Nord. Il quadro non configura tuttavia un gradiente territoriale netto, anche per l'ampia presenza, in tutte le Regioni, di risposte intermedie ("abbastanza").

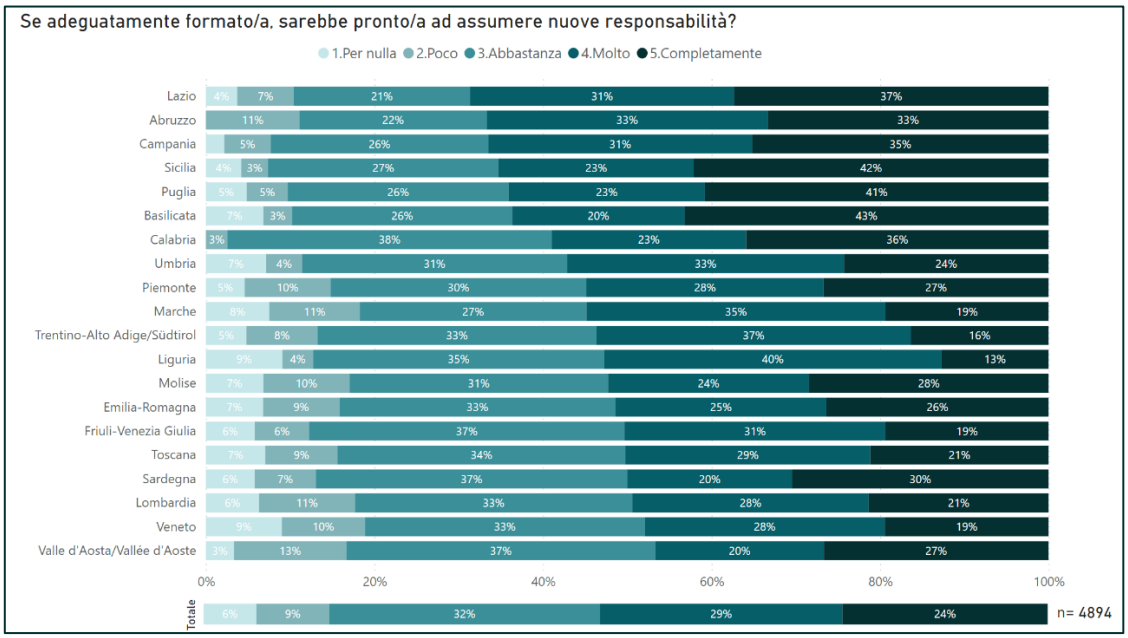


Figura 4.8: Distribuzione regionale delle risposte degli infermieri rispetto alla disponibilità ad assumere nuove responsabilità se adeguatamente formati. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Lazio: 143, Abruzzo: 27, Campania: 182, Sicilia: 95, Puglia: 103, Basilicata: 88, Calabria: 39, Umbria: 70, Piemonte: 412, Marche: 93, Trentino-Alto Adige/Sudtirol: 520, Liguria: 55, Molise: 88, Emilia-Romagna: 751, Friuli-Venezia Giulia: 155, Toscana: 723, Sardegna: 138, Lombardia: 492, Veneto: 699, Valle d'Aosta: 30. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

Attraverso il *Discrete Choice Experiment* (DCE) sono state studiate le preferenze degli infermieri rispetto a uno scenario di organizzazione di una visita di controllo per un paziente cronico (Figura 4.9). L'obiettivo era comprendere quali caratteristiche dello scenario assistenziale incidessero maggiormente sulle scelte degli infermieri e quale combinazione risultasse complessivamente preferita (per una spiegazione completa della metodologia del DCE si veda il paragrafo 2.2.3).

I risultati mostrano che, nello scenario proposto, l'elemento che pesa maggiormente nelle preferenze degli infermieri è il ruolo dei professionisti durante la visita (40,4%), cioè chi svolge quali attività e con quale livello di autonomia. In altri termini, l'avanzamento del ruolo infermieristico rappresenta il nodo principale nella valutazione dello scenario assistenziale. La combinazione ottimale, ovvero la configurazione preferita dagli infermieri, è risultata essere quella in cui l'infermiere conduce la visita in autonomia e il medico viene coinvolto solo in caso di situazioni insolite o problemi specifici.

Il secondo attributo per importanza è la continuità dei professionisti coinvolti nella presa in carico (32,8%). La preferenza per un'équipe stabile, composta dagli stessi professionisti nel tempo, richiama il valore della fiducia, della conoscenza del paziente e della continuità del percorso di cura, elementi particolarmente rilevanti nella gestione delle cronicità. La prenotazione della visita, pur avendo il peso relativo più basso tra i tre attributi, mantiene comunque un'importanza significativa (26,8%): la combinazione ottimale premia infatti un modello in cui l'infermiere contatta proattivamente il paziente per programmare la visita, superando una logica puramente reattiva nella quale è il paziente a dover richiedere autonomamente il controllo.

Nel complesso, dall'analisi emerge una combinazione di tre elementi coerenti tra loro: autonomia infermieristica nella conduzione della visita, continuità dell'équipe assistenziale e presa in carico proattiva. Questa configurazione non rimanda a una semplice sostituzione del medico, ma a un modello organizzativo in cui l'infermiere assume un ruolo più avanzato nel follow-up del paziente cronico, all'interno di un sistema integrato e continuativo.

Questa lettura è particolarmente rilevante perché rafforza quanto emerso anche dalle altre domande della survey agli infermieri rispetto alla disponibilità e alla volontà dei professionisti di partecipare all'avanzamento del ruolo infermieristico. Allo stesso tempo, il DCE mostra che tale disponibilità al *task shifting*, almeno in questo scenario di presa in carico del paziente cronico, si accompagna ad alcune condizioni organizzative rilevanti: una logica di sanità di iniziativa e la continuità relazionale e assistenziale.

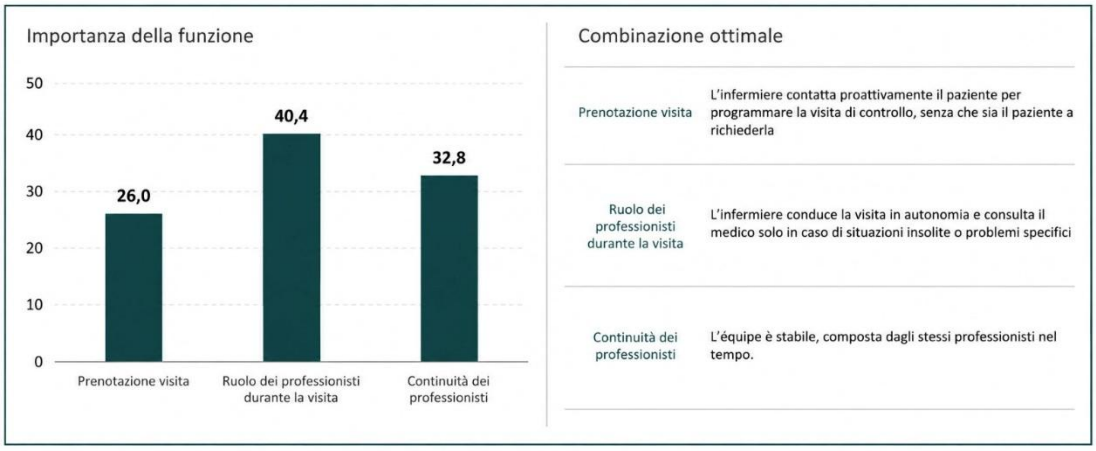


Figura 4.9: Risultati del *Discrete Choice Experiment* (DCE) degli infermieri. Risposte: 6.006. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

Per completare la lettura dei dati relativi allo sviluppo del ruolo infermieristico, è stata condotta un'analisi esplorativa dei commenti aperti relativi alle domande dell'indagine agli infermieri: "Vuole dirci di più sul perché non sarebbe pronto/a ad assumere nuove responsabilità?" e "Vuole raccontarci qualcosa sul perché vorrebbe cambiare contesto lavorativo nei prossimi anni?" (Figura 4.10). Questa analisi è stata condotta con il supporto di MAXQDA e sue estensioni, software per l'analisi qualitativa, *mixed methods* e l'organizzazione sistematica di dati testuali. I testi sono stati preliminarmente separati per domanda e analizzati tramite un'estensione del software, con l'obiettivo di identificare i principali temi ricorrenti, sintetizzare i contenuti emersi e individuare segnali quantitativi utili a orientare la successiva codifica sistematica in MAXQDA Pro. La base esplorata comprende complessivamente 672 commenti/riferimenti numerati, di cui 433 riferiti alla domanda sulle nuove responsabilità e 239 riferiti alla domanda sul cambiamento di contesto lavorativo. Le sintesi prodotte richiamano esplicitamente 384 riferimenti per la domanda sulle nuove responsabilità (pari all'89% della relativa base) e 216 riferimenti per la domanda sul cambiamento di contesto lavorativo (pari al 90% della relativa base), indicando una buona copertura esplorativa del materiale testuale.

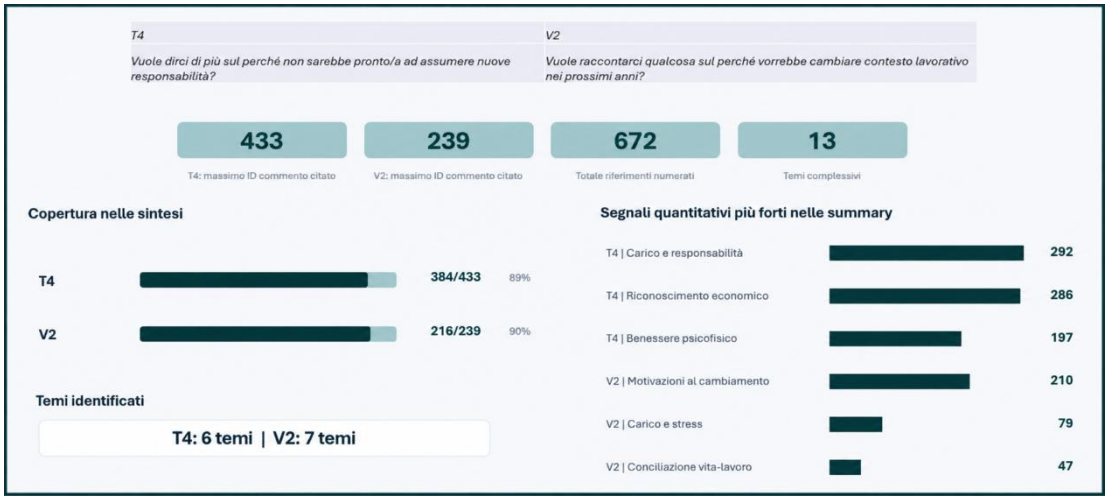


Figura 4.10. Base dell'analisi esplorativa dei commenti aperti: numero di commenti/riferimenti numerati analizzati per ciascuna domanda, numerosità complessiva della base, temi identificati e copertura delle sintesi. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

L'analisi ha identificato tredici temi complessivi, articolati in sei temi per la domanda sulle nuove responsabilità e sette temi per la domanda sul cambiamento di contesto lavorativo. Per la domanda "Vuole dirci di più sul perché non sarebbe pronto/a ad assumere nuove responsabilità?", i segnali quantitativi più rilevanti riguardano il carico di lavoro e le responsabilità (292 riferimenti), il riconoscimento economico e professionale (286 riferimenti) e il benessere psicofisico (197 riferimenti) (Figura 4.11). Il risultato suggerisce che la principale barriera all'assunzione di nuove responsabilità non sia la responsabilità in sé, ma la percezione di un contesto organizzativo, formativo ed economico non sufficientemente adeguato. In particolare, i commenti rimandano a condizioni attuali caratterizzate da carico elevato, personale insufficiente, stanchezza e rischio di errore, mentre le condizioni richieste per assumere nuove responsabilità riguardano soprattutto formazione mirata, tutela, supporto e riconoscimento concreto.

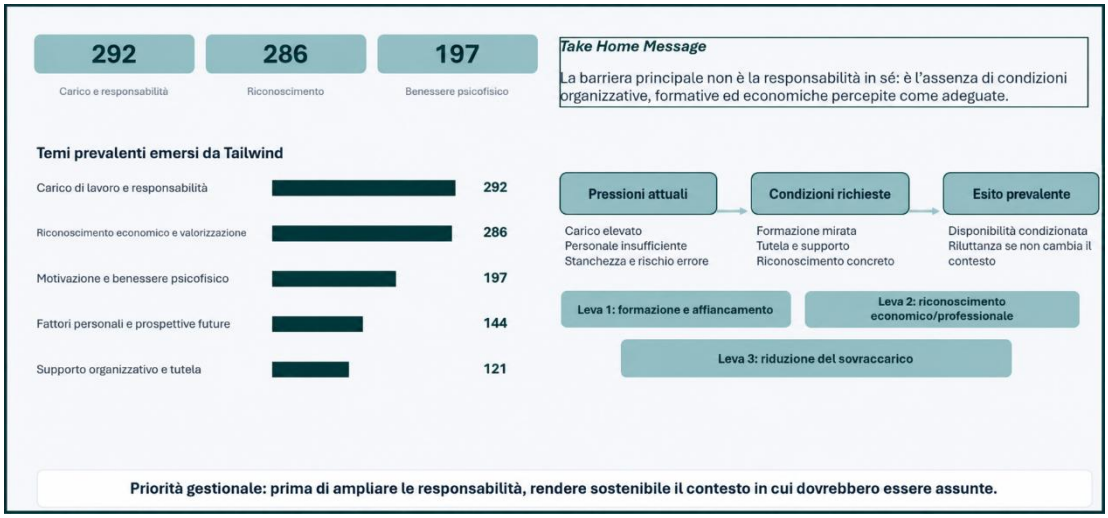


Figura 4.11: Temi prevalenti nella domanda sulle nuove responsabilità: principali temi emersi dai commenti relativi alla disponibilità ad assumere nuove responsabilità, con particolare riferimento al carico di lavoro, al riconoscimento, al benessere psicofisico, al supporto organizzativo e alle condizioni richieste. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

Per la domanda "Vuole raccontarci qualcosa sul perché vorrebbe cambiare contesto lavorativo nei prossimi anni?", i driver principali del desiderio di cambiare contesto lavorativo riguardano il carico di lavoro e lo stress (77 riferimenti), la retribuzione e i fattori economici (57 riferimenti), il mancato riconoscimento professionale (45 riferimenti), i turni e la conciliazione vita-lavoro (36 riferimenti), la salute, l'età e la sostenibilità personale (26 riferimenti), l'organizzazione e la gestione delle risorse (24 riferimenti), la crescita o ricerca di nuove sfide professionali (22 riferimenti) e i problemi relazionali o di clima (22 riferimenti) (Figura 4.12). Nel complesso, il desiderio di cambiamento appare trainato soprattutto da una combinazione di pressione organizzativa, bassa valorizzazione professionale e difficoltà di sostenibilità vita-lavoro.

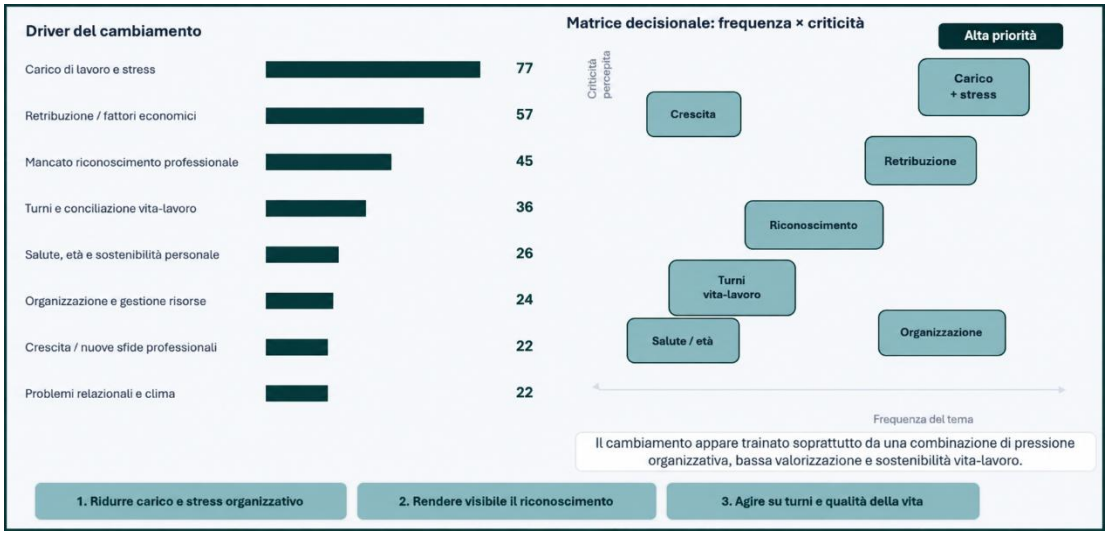


Figura 4.12: Driver del cambiamento di contesto lavorativo: principali fattori associati al desiderio di cambiare contesto, ordinati per rilevanza nelle sintesi e letti in relazione alla frequenza e al livello di criticità emerso. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026.

La figura 4.12 sintetizza i principali fattori associati al desiderio di cambiare contesto lavorativo nei prossimi anni. Il tema più rilevante è rappresentato dal carico di lavoro e dallo stress, che emerge come principale driver di cambiamento e rimanda a una percezione di pressione organizzativa elevata, fatica professionale e sostenibilità ridotta nel tempo. Seguono la retribuzione e i fattori economici, il mancato riconoscimento professionale e la difficoltà di conciliazione tra turni e vita privata. Nel complesso, i risultati indicano che il desiderio di cambiamento non appare riconducibile a un unico fattore, ma a una combinazione di elementi organizzativi, economici e personali. La matrice frequenza per criticità suggerisce che le priorità di intervento riguardano soprattutto la riduzione del carico e dello stress, il rafforzamento del riconoscimento professionale e l'attenzione alla qualità della vita lavorativa. La crescita professionale e la ricerca di nuove sfide emergono invece come componenti meno critiche e potenzialmente più costruttive del cambiamento, distinguendosi dalle motivazioni più direttamente legate al disagio o alla pressione del contesto.

Nel complesso, i risultati restituiscono un'immagine del ruolo infermieristico in evoluzione, ma ancora attraversato da tensioni tra mandato professionale, pratica quotidiana e contesti di lavoro. Da un lato, la prevenzione e la promozione della salute risultano presenti nel linguaggio e nell'esperienza professionale degli

infermieri, ma non sempre trovano piena espressione nella distribuzione del tempo di lavoro e nell'esperienza dichiarata dalla popolazione. Questo suggerisce la necessità di rafforzare la loro integrazione trasversale nei diversi momenti della presa in carico, evitando una lettura per silos tra la cura, la prevenzione e la promozione della salute.

Dall'altro lato, i dati sull'evoluzione del ruolo mostrano una disponibilità significativa, ma non incondizionata, verso l'assunzione di nuove responsabilità e verso modelli di presa in carico più avanzati. La formazione, l'autonomia professionale, la continuità dell'équipe, il riconoscimento concreto e la sostenibilità dei contesti di lavoro emergono come elementi rilevanti per accompagnare tale evoluzione

Lo sviluppo del ruolo infermieristico non riguarda solo l'ampliamento delle attività svolte, ma la possibilità di rafforzare percorsi di presa in carico più continui, accessibili e capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone nei diversi contesti assistenziali.

Capitolo 5. Lo sviluppo del ruolo infermieristico nel sistema sanitario

Negli ultimi anni la professione infermieristica è stata interessata da profonde trasformazioni normative, organizzative e demografiche che hanno modificato il modo di interpretarne il ruolo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Se nei capitoli precedenti l'attenzione è stata rivolta principalmente alla consistenza numerica della professione, alla sua distribuzione sul territorio e alle caratteristiche della popolazione infermieristica, questo capitolo approfondisce le condizioni che consentono di valorizzarne concretamente il contributo all'interno delle Organizzazioni.

Lo sviluppo della professione infermieristica non dipende esclusivamente dalla disponibilità di personale, ma anche dalla capacità del sistema di impiegarne efficacemente le competenze, garantire ambienti di lavoro sostenibili, favorire percorsi di crescita professionale e sviluppare modelli organizzativi coerenti con l'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione.

In questa prospettiva il capitolo analizza tre dimensioni tra loro complementari. La prima riguarda la produttività della forza lavoro, intesa come capacità operativa effettiva delle organizzazioni sanitarie, influenzata da fattori quali assenze, limitazioni lavorative, organizzazione dei turni e sicurezza degli ambienti di lavoro. La seconda approfondisce i percorsi di sviluppo di carriera, analizzando le opportunità di leadership, la presenza infermieristica nei ruoli di direzione e gli elementi che favoriscono la valorizzazione professionale. La terza prende in esame i meccanismi manageriali che caratterizzano le organizzazioni sanitarie, con particolare attenzione agli strumenti di supporto, al benessere organizzativo e alla capacità di sostenere motivazione, coinvolgimento e permanenza dei professionisti.

Nel complesso, l'obiettivo del capitolo è offrire una lettura integrata dello sviluppo del ruolo infermieristico, mettendo in relazione la disponibilità quantitativa della professione con la qualità dei contesti organizzativi nei quali essa opera. Tale prospettiva consente di interpretare la valorizzazione del personale infermieristico non solo come una questione di organici, ma come una leva strategica per la qualità dell'assistenza, la sostenibilità dei servizi e l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.

5.1 La produttività del personale infermieristico nelle Organizzazioni

La produttività del personale infermieristico rappresenta uno degli elementi centrali per comprendere la reale capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Non è infatti sufficiente conoscere il numero complessivo di infermieri disponibili, ma è necessario comprendere quali fattori incidano concretamente sulla loro capacità di garantire continuità assistenziale.

Secondo i dati del registro statistico dei professionisti sanitari di Istat relativi al 2023, il 73,2% degli infermieri italiani opera nel settore pubblico, mentre il restante 26,8% svolge la propria attività nel settore privato (Tabella 5.1). Gli infermieri rappresentano, insieme alle ostetriche, una delle professioni sanitarie maggiormente concentrate nel sistema pubblico, a differenza di altre professioni, quali medici, fisioterapisti, farmacisti e odontoiatri, nelle quali la componente privata assume un peso prevalente. Come evidenziato nel Capitolo 3, inoltre, la distribuzione del personale infermieristico presenta significative differenze territoriali, che contribuiscono a determinare differenti capacità organizzative e assistenziali tra le diverse aree del Paese.

Professione	Pubblico	Privato
Infermieri	297.505 (73,2%)	109.199 (26,8%)
Ostetriche	13.574 (76,3%)	4.215 (23,7%)
Medici	133.196 (46,8%)	151.418 (53,2%)
Fisioterapisti	14.276 (21,6%)	51.771 (78,4%)
Farmacisti	5.277 (5,8%)	85.054 (94,2%)
Odontoiatri	765 (1,5%)	49.820 (98,5%)

Tabella 5.1: Distribuzione professionisti attivi per settore. Fonte dati: Istat, 2023

Questo paragrafo è dedicato ad approfondire le modalità con cui il personale infermieristico viene impiegato all'interno delle organizzazioni sanitarie, anche in relazione agli standard di riferimento e alla sostenibilità dei carichi di lavoro. Vuole inoltre fornire alcune evidenze sui fattori che possono incidere sulla capacità operativa dei servizi, come le assenze, le limitazioni di idoneità allo svolgimento della propria mansione, il rispetto dei turni e la programmazione dei riposi.

Come evidenziato nel terzo capitolo del Rapporto, il numero complessivo di infermieri disponibili nel nostro Paese risulta ancora insufficiente, soprattutto considerando il confronto internazionale. In un contesto caratterizzato da una dotazione professionale limitata, ogni elemento che riduce la disponibilità effettiva degli operatori assume un impatto rilevante sulla sostenibilità dei servizi. Tra questi rientrano le assenze, le limitazioni lavorative conseguenti a problemi di salute e la difficoltà nel garantire una programmazione stabile dei turni e dei riposi.

Un primo indicatore della capacità operativa del sistema è rappresentato dalle assenze del personale, al netto delle ferie. I dati del Conto Annuale (anno di riferimento: 2024) mostrano una percentuale media nazionale pari al 14,7%, con una marcata variabilità territoriale (Figura 5.1). Alcune regioni presentano valori sensibilmente inferiori alla media nazionale, come la Valle d'Aosta (9,4%), il Molise (10,3%) e il Trentino-Alto Adige (10,8%), mentre altre evidenziano livelli particolarmente elevati, tra cui la Calabria (23,9%) e la Toscana (23,0%), con differenze superiori ai dieci punti percentuali rispetto ai territori più virtuosi. Tali differenze suggeriscono come il fenomeno non possa essere interpretato esclusivamente come caratteristica del personale, ma sia probabilmente influenzato anche da fattori organizzativi, gestionali e demografici che meritano ulteriori approfondimenti. Rispetto all'anno precedente, la percentuale media di assenza passa dal 15,7% al 14,7%. Il confronto deve tuttavia essere interpretato con cautela, alla luce delle modifiche introdotte nel Conto Annuale, che possono limitare la piena confrontabilità dei dati tra le due annualità.

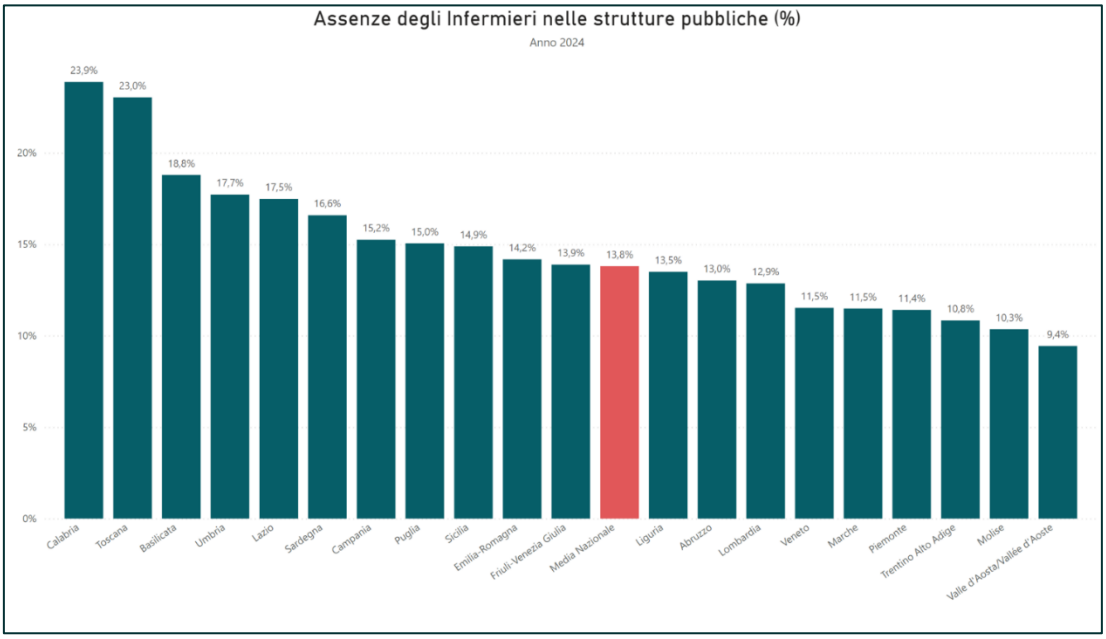


Figura 5.1: Percentuale di assenza degli infermieri nelle strutture pubbliche. Fonte dati: Conto Annuale, 2024

Un ulteriore elemento di interesse riguarda le limitazioni lavorative conseguenti a condizioni di salute (Figura 5.2). Il Conto Annuale evidenzia come mediamente il 12% del personale del comparto presenti limitazioni nello svolgimento delle proprie attività lavorative, anche in questo caso con una forte eterogeneità regionale. Se alcune regioni registrano valori inferiori al 10%, altre raggiungono percentuali particolarmente elevate, come la Liguria (20%) e la Valle d'Aosta (25%). La presenza di lavoratori con limitazioni rappresenta un indicatore di particolare interesse non soltanto per gli aspetti di tutela della salute occupazionale, ma anche perché comporta inevitabili ripercussioni sull'organizzazione dei servizi, sulla distribuzione dei carichi assistenziali e sulla programmazione delle risorse.

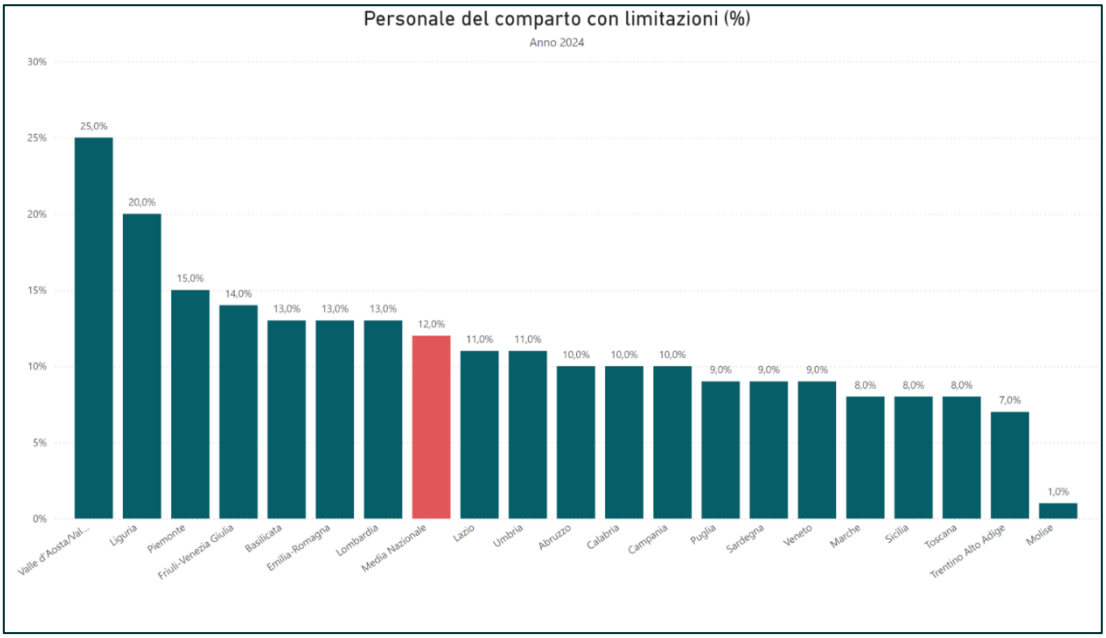


Figura 5.2: Percentuale personale del comparto con limitazioni alla mansione. Fonte dati: Conto Annuale, 2024

Questi dati assumono particolare rilevanza alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione infermieristica italiana descritto nei capitoli precedenti. L'aumento dell'età media della professione non determina esclusivamente un futuro problema di ricambio generazionale, ma comporta già oggi una riduzione della piena capacità operativa della forza lavoro disponibile, con conseguenze dirette sulla sostenibilità organizzativa delle aziende sanitarie.

In base a una serie di approfondimenti svolti mediante interviste semi-strutturate in alcune aziende sanitarie toscane è stato possibile verificare che i processi seguiti per rilevare e gestire il fenomeno risultano ancora notevolmente differenti nelle diverse realtà aziendali. In particolare, le modalità con cui i medici competenti definiscono i criteri di risposta da garantire ai fabbisogni di salute del personale non sono omogenee sia nelle regioni che a livello nazionale determinando quindi problematiche e impatti diversi nelle realtà aziendali.

I dati del Conto Annuale consentono di stimare la diffusione del fenomeno a livello organizzativo. L'indagine agli infermieri italiani permette invece di approfondire il fenomeno direttamente dal punto di vista dei professionisti: il 27% dei rispondenti ha dichiarato di avere una limitazione di idoneità allo svolgimento delle proprie mansioni, permanente o temporanea, mentre il 73% ha riferito di non averne (Figura 5.3). Il fenomeno mostra una forte associazione con l'età: la quota di infermieri senza limitazioni passa dall'84% tra gli under 30 al 59% negli over 60.

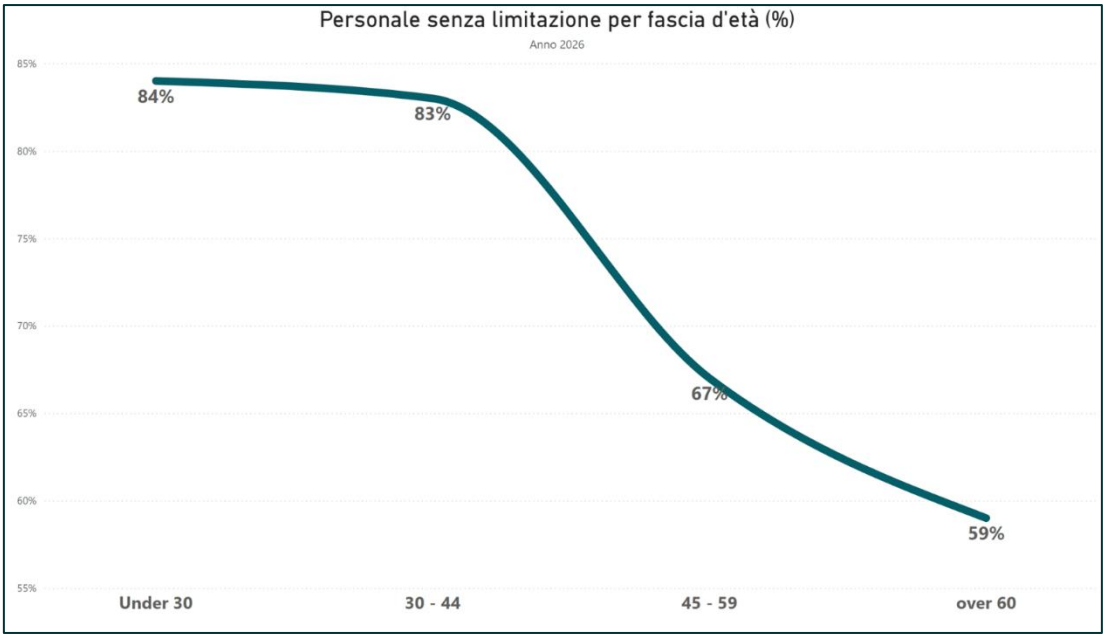


Figura 5.3: Percentuale di infermieri senza limitazioni alla mansione. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Questo dato dovrebbe essere considerato nella programmazione del fabbisogno di personale, integrandolo con quello derivante dal naturale turnover per raggiunti limiti di età. Secondo i dati Istat (2023), gli infermieri con più di 60 anni rappresentano il 9,6% della professione, pari a circa 39.000 professionisti. A questo elemento dovrebbe essere aggiunto anche l'impatto derivante dalla probabilità che

gli infermieri over 60 richiedano una revisione delle attività lavorative svolte: la survey evidenzia infatti come tale quota si attesti intorno al 40%.

Un ulteriore indicatore della qualità organizzativa riguarda la capacità delle aziende di rispettare la programmazione dei turni di lavoro e dei riposi. Nella survey a loro dedicata, circa quattro infermieri su dieci hanno riferito che la programmazione non venga rispettata con regolarità: il 27% ha dichiarato che ciò avviene "a volte", il 12% "raramente" e l'1% "mai". Le differenze tra uomini e donne risultano contenute, mentre emergono alcune variazioni tra le classi di età, con gli infermieri più giovani che riportano una maggiore frequenza di modifiche ai turni programmati. Questo dato potrebbe riflettere una maggiore disponibilità dei professionisti più giovani alla copertura delle esigenze organizzative oppure un loro maggiore coinvolgimento nella gestione delle sostituzioni. Indipendentemente dalle cause, la frequente modifica della programmazione rappresenta un elemento che può incidere negativamente sulla conciliazione tra vita lavorativa e vita privata, sulla soddisfazione professionale e, nel lungo periodo, sulla fidelizzazione del personale.

La sicurezza dell'ambiente di lavoro rappresenta un ulteriore elemento che può incidere sulla capacità operativa delle organizzazioni sanitarie (Figura 5.4). La survey ha evidenziato come il 27% degli infermieri abbia subito almeno occasionalmente molestie o insulti da parte di pazienti o familiari (1% “sempre”, 8% “spesso” e 18% “a volte”), mentre il 17% ha riferito aggressioni fisiche (“1% sempre”, “4% spesso” e “12% a volte”). In entrambi i casi il fenomeno interessa maggiormente i professionisti più giovani, senza differenze significative per genere o area geografica. La survey evidenzia inoltre la presenza di episodi di molestie o comportamenti ostili anche all'interno delle Organizzazioni. Circa un infermiere su dieci ha riferito di aver subito almeno occasionalmente molestie o insulti da parte di colleghi (11,5%) o dei propri superiori (12%), mentre le aggressioni fisiche risultano meno frequenti (7% in entrambi i casi). Pur con intensità diverse, questi fenomeni rappresentano un ulteriore elemento di attenzione per il benessere organizzativo e la sostenibilità del lavoro infermieristico.

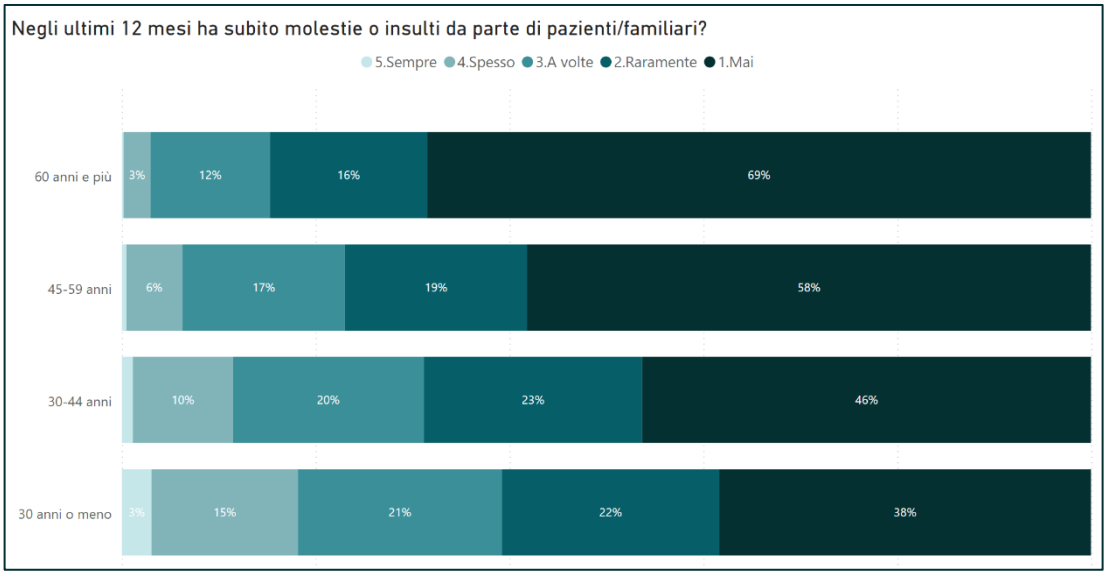


Figura 5.4: Percentuale di infermieri per classe d'età che ha subito molestie o insulti da parte di pazienti o familiari. Risposte: "60 anni o più": 543, "45-59 anni": 3.044, "30-44 anni": 1.859, "30 anni o meno": 589. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Nel complesso, gli indicatori analizzati evidenziano come la disponibilità effettiva della forza lavoro infermieristica sia influenzata da molteplici fattori che vanno oltre la semplice consistenza numerica degli organici. Assenze, limitazioni lavorative e instabilità della programmazione dei turni riducono infatti la capacità produttiva reale delle organizzazioni sanitarie. In un contesto caratterizzato da una cronica carenza di infermieri e da un progressivo invecchiamento della professione, il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e la tutela della salute occupazionale assumono pertanto un ruolo strategico non solo per il benessere dei professionisti, ma anche per la sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale.

5.2 I percorsi di sviluppo di carriera

Il ruolo dell'infermiere in Italia è il risultato di un processo di progressiva trasformazione normativa, formativa e organizzativa che, a partire dagli anni Novanta, ha accompagnato il passaggio da una figura prevalentemente esecutiva a una professione sanitaria intellettuale, autonoma e responsabile (Ministero della Sanità, 1994; Parlamento italiano, 1999). In questo percorso, la Legge n. 251 del 10 agosto 2000 ha rappresentato un passaggio centrale, riconoscendo la dirigenza delle professioni sanitarie e attribuendo a tali figure funzioni di gestione autonoma delle risorse umane e organizzative nell'ambito dell'assistenza. La stessa norma ha inoltre collegato l'accesso ai livelli apicali delle Aziende pubbliche al possesso di

una formazione universitaria avanzata, oggi riconducibile alla laurea magistrale (Parlamento italiano, 2000). Il successivo consolidamento dei percorsi formativi e di sviluppo professionale è stato rafforzato dalla Legge 1/2002, che ha integrato i master e i percorsi post-base nei meccanismi di progressione interna (Parlamento italiano, 2002). Questo impianto normativo costituisce ancora oggi la base per interpretare i percorsi di carriera infermieristica, in coerenza con gli indirizzi FNOPI in materia di leadership, responsabilità ed etica professionale. In parallelo, le riforme strutturali promosse dal PNRR e il D.M. 77/2022 hanno rafforzato la centralità delle professioni sanitarie nei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, individuando nella prossimità, nella continuità di cura e nell'integrazione multiprofessionale alcuni assi portanti del nuovo assetto del Servizio Sanitario Nazionale (FNOPI, 2025; Ministero della Salute, 2022).

In questo scenario, lo sviluppo di carriera infermieristica assume una rilevanza organizzativa più ampia. La presenza di professionisti preparati ad assumere ruoli di coordinamento, direzione e responsabilità gestionale costituisce infatti una condizione essenziale per sostenere la qualità, l'equità e la sostenibilità dei servizi sanitari. La letteratura riconduce la propensione degli infermieri verso ruoli di maggiore responsabilità ad almeno tre dimensioni tra loro interconnesse. In primo luogo, la transizione verso reti di cura territoriali, multiprofessionali e integrate richiede competenze avanzate di lettura dei bisogni, *problem solving*, governo dei processi e pensiero critico. In secondo luogo, in coerenza con i principi del Codice Deontologico, i professionisti esprimono una crescente disponibilità a contribuire alla promozione di buone pratiche, alla qualità delle cure e all'orientamento etico delle scelte organizzative (FNOPI, 2025). Infine, l'investimento individuale nei percorsi accademici superiori, quali lauree magistrali e master universitari, genera l'esigenza di trovare un'effettiva valorizzazione delle competenze acquisite all'interno dei contesti di lavoro (González García et al., 2020).

Parallelamente, i processi di aziendalizzazione della sanità hanno ridefinito il riconoscimento professionale, spostando progressivamente l'attenzione dalle sole logiche gerarchiche alla capacità di incidere sui processi organizzativi, gestionali e assistenziali. I ruoli di coordinamento, direzione e dirigenza consentono oggi di partecipare alla pianificazione aziendale e regionale, alla programmazione delle risorse, al governo dei processi assistenziali e all'utilizzo di strumenti quali budgeting, controllo di gestione e valutazione degli esiti. L'evoluzione della telemedicina, dei servizi digitali e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) rafforza ulteriormente la necessità di competenze dirigenziali e gestionali capaci di governare la prossimità delle cure, l'integrazione tra setting e la continuità assistenziale (Calamandrei et al., 2025).

Le dinamiche evolutive della professione possono essere lette attraverso due canali di sviluppo distinti ma complementari. La prima traiettoria è quella della carriera trasversale, orientata allo sviluppo di competenze cliniche specialistiche,

competenze di processo e capacità di integrazione nei diversi setting assistenziali. Rientrano in questa dimensione figure quali gli specialisti clinici, gli esperti di salute digitale, i coordinatori di percorsi interprofessionali e i professionisti impegnati nei servizi territoriali e di comunità. Tale prospettiva trova una significativa legittimazione nei modelli delineati dal D.M. 77/2022, poiché contribuisce all'eccellenza delle cure, all'integrazione sociosanitaria e all'innovazione nei micro-contesti assistenziali, attraverso logiche di decisione condivisa, responsabilità professionale e leadership diffusa.

La seconda traiettoria è quella della carriera apicale, che coincide con l'accesso formale a ruoli dirigenziali e direzionali, prevalentemente attraverso percorsi concorsuali e selettivi. Questa dimensione richiede competenze macro-gestionali, capacità di programmazione, responsabilità giuridica nella gestione del personale, governo delle risorse economico-finanziarie e orientamento agli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria. La carriera apicale implica inoltre l'esercizio di una leadership consapevole, finalizzata allo sviluppo organizzativo, alla valorizzazione delle competenze professionali e al ricambio generazionale (Institute of Medicine, 2010).

Le motivazioni che orientano i professionisti verso l'una o l'altra traiettoria possono essere diverse, ma le due dimensioni non devono essere lette in modo alternativo. La carriera trasversale sostiene l'efficacia clinica, la flessibilità dei processi assistenziali e l'innovazione nei nuovi nodi della rete territoriale. La carriera apicale, invece, contribuisce a costruire l'infrastruttura di governance, programmazione e sostenibilità economico-organizzativa necessaria affinché tali processi possano tradursi in salute pubblica, continuità assistenziale e qualità dei servizi.

In questa prospettiva, la piena attuazione del D.M. 77/2022 rappresenta uno snodo cruciale per la transizione del Servizio Sanitario Nazionale da un assetto prevalentemente centrato sulla risposta emergenziale a un modello strutturale, integrato e di prossimità. La progettazione della sanità territoriale richiede tuttavia di coniugare gli standard normativi con le differenze geografiche, demografiche, epidemiologiche e organizzative dei singoli contesti locali. La trasformazione in atto non riguarda quindi soltanto la distribuzione delle risorse o l'attivazione di nuovi setting assistenziali, ma coinvolge direttamente la governance dei servizi, il ruolo delle direzioni strategiche, la capacità di programmazione regionale e la valorizzazione delle professioni sanitarie.

Le evidenze emerse dalle interviste ai referenti istituzionali regionali mostrano come l'inserimento e il consolidamento sul territorio di figure chiave, quali l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), siano strettamente connessi alla riorganizzazione dei rapporti tra ospedale e territorio. La pianificazione dei fabbisogni, lo sviluppo di percorsi formativi avanzati, il coordinamento delle reti

assistenziali di microzona e il rafforzamento della continuità ospedale-territorio rappresentano condizioni necessarie per rendere effettiva la presa in carico della cronicità, della fragilità e dei bisogni assistenziali complessi.

In tale quadro emerge un legame diretto tra la capacità proattiva dell'infermiere nei contesti di cura, la sua rappresentanza nei processi decisionali e la possibilità di incidere nei luoghi in cui vengono definite le politiche sanitarie e sociosanitarie. L'accesso del personale infermieristico a ruoli decisionali, di coordinamento e di vertice non costituisce pertanto esclusivamente un tema di avanzamento professionale, ma un fattore abilitante per la qualità, la sostenibilità e la tenuta dei nuovi modelli territoriali, compresi i servizi digitali e le forme innovative di presa in carico.

Questo paragrafo adotta quindi un approccio integrato, mettendo in relazione le evidenze provenienti dalle indagini rivolte agli infermieri e alla popolazione con i contenuti qualitativi emersi dalle interviste alle tecnostrutture a livello regionale. Tale integrazione consente di leggere congiuntamente due dimensioni complementari: da un lato, gli elementi strutturali e istituzionali relativi alla governance, alla dirigenza e alla rappresentanza professionale; dall'altro, il fattore umano, con particolare riferimento alla motivazione, alla disponibilità al cambiamento, alla propensione ad assumere nuove responsabilità e alle condizioni percepite come necessarie per rendere sostenibile tale evoluzione.

L'incrocio tra i dati quantitativi sulla presenza infermieristica nei ruoli di direzione e coordinamento, le evidenze descrittive delle survey, i commenti aperti dei professionisti e le strategie regionali relative alla formazione avanzata permette di costruire una lettura integrata dell'equità organizzativa. In particolare, il capitolo intende analizzare se e in che misura il sistema stia investendo nella valorizzazione della professione infermieristica, considerando il rapporto tra dirigenti e comparto, la presenza di infermieri in posizioni apicali, le possibili barriere verticali all'accesso ai ruoli decisionali e la motivazione interna del personale.

Quest'ultima dimensione viene osservata anche attraverso la disponibilità dichiarata a cambiare setting lavorativo, ad assumere nuove responsabilità in presenza di adeguati percorsi formativi e a indicare le condizioni organizzative, economiche e professionali considerate necessarie per sostenere tale cambiamento. Per comprendere la propensione al cambiamento e la motivazione interna del personale infermieristico, l'analisi del rapporto tra comparto e dirigenti e della presenza in posizioni apicali assume quindi un valore interpretativo centrale. Questo ultimo indicatore può essere letto come una misura della "promessa di carriera" che il sistema è in grado di offrire ai propri professionisti, nonché del legame tra leadership strutturata, qualità degli ambienti di lavoro e capacità delle Organizzazioni di trattenere, valorizzare e responsabilizzare le competenze infermieristiche.

5.2.1 Rapporto dirigenti/comparto

Il rapporto tra dirigenti infermieristici e infermieri del comparto rappresenta un indicatore sintetico delle opportunità di carriera e della presenza di leadership professionale strutturata all'interno dei sistemi sanitari regionali. L'indicatore misura il numero di dirigenti infermieristici ogni 1.000 infermieri del comparto e consente di osservare, in termini comparabili, il grado di consolidamento delle funzioni dirigenziali infermieristiche nei diversi contesti territoriali (Figura 5.5).

Nel dato più recente, la media nazionale si attesta a 2,2 dirigenti ogni 1.000 infermieri del comparto. Il valore segnala un incremento rispetto a quanto rilevato nel precedente Rapporto, nel quale il dato medio nazionale era pari a circa 1,7 dirigenti ogni 1.000 infermieri. L'aumento del valore medio suggerisce un rafforzamento della presenza dirigenziale infermieristica nel Servizio Sanitario Nazionale, pur in un quadro ancora caratterizzato da significative differenze territoriali.

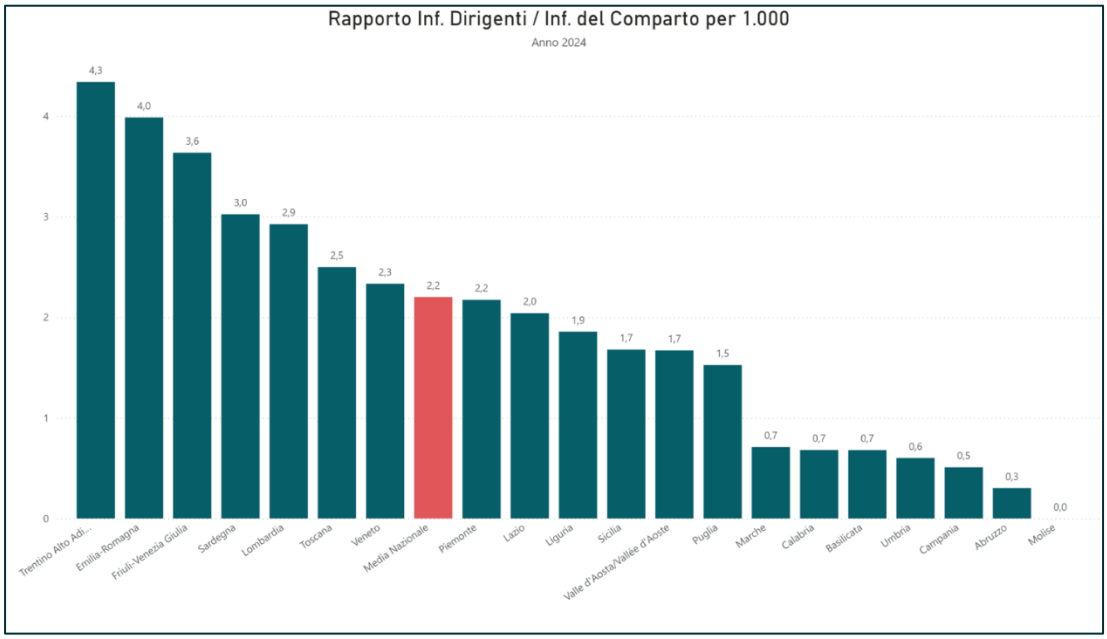


Figura 5.5: Rapporto dirigenti/comparto per 1.000 nel settore pubblico. Fonte Dati: Conto Annuale, 2024

La distribuzione regionale evidenzia infatti una variabilità ampia (Figura 5.6). I valori più elevati si osservano nel Trentino-Alto Adige/Südtirol (4,3), in Emilia-Romagna (4,0), in Friuli-Venezia Giulia (3,6) e in Sardegna (3,0). Seguono Lombardia (2,9), Toscana (2,5), Veneto (2,3) e Piemonte (2,2), che si collocano sopra o in linea con la media nazionale. In una posizione intermedia si trovano Lazio (2,0),

Liguria (1,9), Sicilia e Valle d'Aosta (entrambe 1,7) e Puglia (1,5). I valori più contenuti si registrano invece in Marche, Calabria e Basilicata (0,7), Umbria (0,6), Campania (0,5), Abruzzo (0,3) e Molise (0,0).

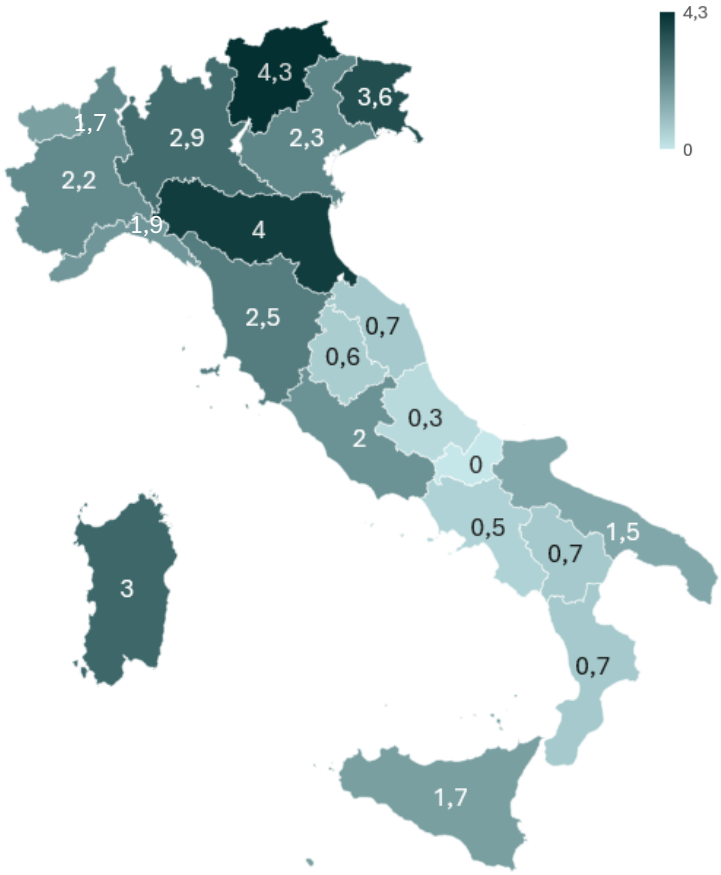


Figura 5.6: Mappa del rapporto dirigenti/comparto per 1.000 nel settore pubblico. Fonte Dati: Conto Annuale, 2024

Il confronto con il precedente Rapporto Professioni Infermieristiche (anno: 2025) conferma la persistenza di un gradiente territoriale. Nel nuovo dato, questa configurazione rimane sostanzialmente stabile, pur con un innalzamento della media nazionale. L'incremento complessivo non elimina tuttavia le disomogeneità territoriali: alcune regioni continuano a presentare una dotazione dirigenziale

molto limitata, con possibili implicazioni sulla capacità di governo dei processi assistenziali, sulla programmazione delle risorse e sulla valorizzazione delle competenze infermieristiche.

5.2.2 Le posizioni apicali

L'indagine condotta sui siti web istituzionali delle strutture sanitarie incluse nel campione ha consentito di esaminare complessivamente 846 posizioni apicali (Tabella 5.2). La distribuzione dei profili professionali mostra che 48 posizioni risultano ricoperte da professionisti con background infermieristico, pari al 6% del totale dei profili rilevati. La quota prevalente è rappresentata da professionisti provenienti da altri percorsi formativi e professionali (710 persone, pari all'84%), mentre per 88 posizioni (10%) il background professionale non risulta specificato o non è stato possibile identificarlo sulla base delle informazioni disponibili online.

	Valori Assoluti	Valori in percentuale
Background Infermieristico	48	6 %
Altri Background	710	84%
Non disponibile (ND)	88	10%

Tabella 5.2: Analisi dei profili dirigenziali delle aziende sanitarie pubbliche

A livello territoriale, tramite la revisione dei curricula vitae delle persone identificate, le tre regioni che registrano il maggior numero di infermieri in ruoli apicali sono la Lombardia, con 13 professionisti, e l'Emilia-Romagna, con 9 ed infine, la Liguria con 6 Professionisti (Figura 5.7).

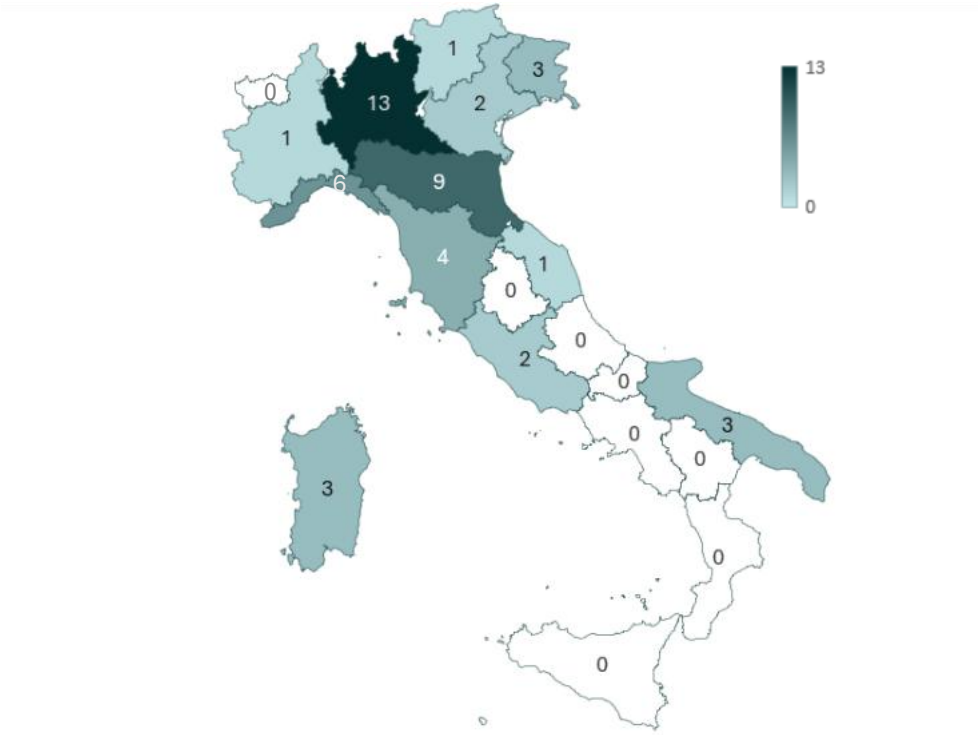


Figura 5.7: Numero infermieri in posizioni apicali nelle aziende sanitarie pubbliche a livello regionale

La densità delle posizioni apicali, che insieme ai valori assoluti tiene conto anche del numero effettivo di posizioni apicali presenti nella regione di riferimento, fa emergere alcune differenze (Figura 5.8). La Liguria registra l'indice più elevato in assoluto (0,20, pari al 20%). La Provincia Autonoma di Bolzano presenta un valore analogo (0,17), ma calcolato su numeri molto contenuti (1 posizione infermieristica su 6 complessive), mentre in Liguria il risultato si basa su una numerosità significativamente maggiore (6 su 30). L'Emilia-Romagna segue con un indice di 0,14 (9 su 65) e il Friuli-Venezia Giulia con 0,12 (3 su 26). La Lombardia, pur presentando il numero assoluto più elevato di posizioni apicali infermieristiche (13), registra un indice pari a 0,08, poiché tale valore è rapportato a un numero complessivo molto più elevato di posizioni apicali (153). Il suo indice risulta pertanto inferiore a quello della Toscana (0,10) e analogo a quello della Sardegna (0,08).

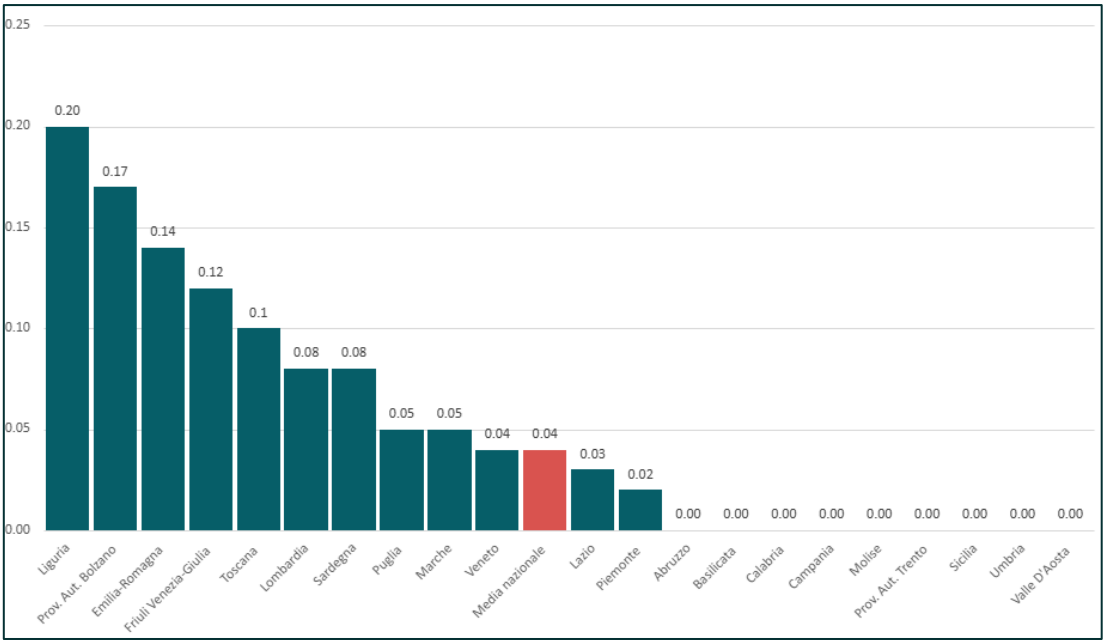


Figura 5.8: Indice di densità degli infermieri in posizioni apicali nelle aziende sanitarie pubbliche

L'analisi congiunta del numero assoluto di posizioni apicali e degli indici di densità evidenzia una differenza rilevante tra le due misure. Il volume complessivo delle posizioni rilevate non coincide necessariamente con la loro incidenza relativa nei diversi contesti regionali. A titolo esemplificativo, la Liguria, pur registrando un numero inferiore di professionisti con background infermieristico in posizioni apicali rispetto alla Lombardia (5 contro 13), presenta un indice di densità più elevato (16,7% contro 8,5%). Questo risultato conferma l'importanza di leggere la presenza nei ruoli apicali non soltanto in termini assoluti, ma anche in rapporto alla dimensione e alla struttura del contesto territoriale di riferimento.

L'analisi per tipologia di azienda mostra che la presenza di professionisti con background infermieristico nei ruoli di vertice si concentra prevalentemente nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL), che rappresentano il 72% dei casi rilevati. Una quota più contenuta si osserva invece nelle Aziende Ospedaliere, pari al 28% del totale. Non si rileva, nel campione analizzato, la presenza di direttori con background infermieristico negli Enti di ricerca e negli IRCCS pubblici. Tale evidenza suggerisce una diversa distribuzione delle opportunità di accesso ai ruoli apicali a seconda della tipologia di ente, con una maggiore concentrazione nei contesti territoriali e aziendali a vocazione generalista rispetto alle strutture maggiormente orientate alla ricerca e all'alta specializzazione. Nella Tabella 5.3 sono invece riportati gli incarichi maggiormente ricoperti dal personale con background infermieristico.

Ruoli	Valori Assoluti	Valori in percentuale
Direttore di Distretto	25	52%
Direttore Socio-Sanitario	10	21%
Direttore Assistenziale	8	17%
Direttore Generale	4	8%
Direttore Tecnico Assistenziale	1	2%

Tabella 5.3: Infermieri in ruoli dirigenziali per tipologia di incarico

Prendendo in esame le caratteristiche demografiche dei 46 professionisti con background infermieristico identificati emergono i seguenti dati:

- Distribuzione di genere: la componente femminile è maggioritaria e si attesta al 57%, rispetto al 43% della componente maschile.

- Età media: l'età media dei direttori con background infermieristico è di 58,8 anni. Questo dato risulta inferiore rispetto all'età media generale dei dirigenti identificati nell'analisi, che è pari a 60,9 anni.

Questi dati restituiscono un quadro di progressivo rafforzamento della presenza infermieristica nei ruoli apicali. Rispetto alla rilevazione effettuata per il precedente Rapporto (anno 2025), le posizioni apicali ricoperte da professionisti con background infermieristico sono passate da 32 a 48, con un incremento pari al 50%. Tale variazione segnala un ampliamento degli spazi di accesso ai livelli decisionali e di vertice, in coerenza con il più generale processo di valorizzazione delle competenze gestionali, organizzative e di leadership della professione infermieristica. L'incremento osservato non consente, da solo, di affermare un superamento delle disomogeneità territoriali e organizzative, ma indica una tendenza positiva nella strutturazione di percorsi di carriera e nel riconoscimento del contributo infermieristico alla governance dei servizi sanitari.

A seguito delle disposizioni introdotte a livello nazionale e comunitario per promuovere la parità di genere, valorizzare le differenze nei contesti organizzativi e rafforzare l'equità nell'accesso ai ruoli di responsabilità, l'Indice del soffitto di cristallo (Glass Ceiling Index, GCI) rappresenta uno strumento utile per analizzare

la rappresentanza di genere nelle posizioni dirigenziali. In ambito sanitario, tale indicatore consente di verificare se la composizione di genere della forza lavoro trovi una corrispondente rappresentanza nei livelli decisionali e di vertice.

Nel presente Rapporto, il Glass Ceiling Index è stato utilizzato in una forma adattata alle finalità descrittive dell'analisi. Considerata la particolare composizione della professione infermieristica, caratterizzata da una netta prevalenza femminile ma con differenze territoriali, l'obiettivo non è tanto identificare quale genere risulti sottorappresentato, bensì misurare l'entità dello squilibrio nella rappresentanza di genere tra il comparto infermieristico e la dirigenza. Per questo motivo, i valori dell'indice inferiori a 1 sono stati trasformati mediante il loro inverso, ottenendo un indicatore sempre maggiore o uguale a 1. In questa configurazione, pertanto, un valore pari a 1 indica una perfetta corrispondenza tra la composizione di genere del comparto e quella della dirigenza, mentre valori progressivamente superiori a 1 indicano un crescente scostamento dalla rappresentanza proporzionale, indipendentemente dal genere sottorappresentato.

A livello nazionale, le donne rappresentano 213.897 unità su 279.990 infermieri del comparto, pari al 76,4%. Tra i dirigenti infermieristici, invece, le donne sono 376 su 616, pari al 61,0%. Il rapporto tra queste due quote restituisce un indice pari a 1,25, sostanzialmente in linea con la media regionale (1,24) (Figura 5.9). Il valore evidenzia quindi uno squilibrio nella rappresentanza di genere tra il comparto infermieristico e la dirigenza. Nel contesto nazionale, tale squilibrio riflette una presenza femminile nei ruoli dirigenziali proporzionalmente inferiore rispetto alla sua presenza nell'insieme della professione infermieristica.

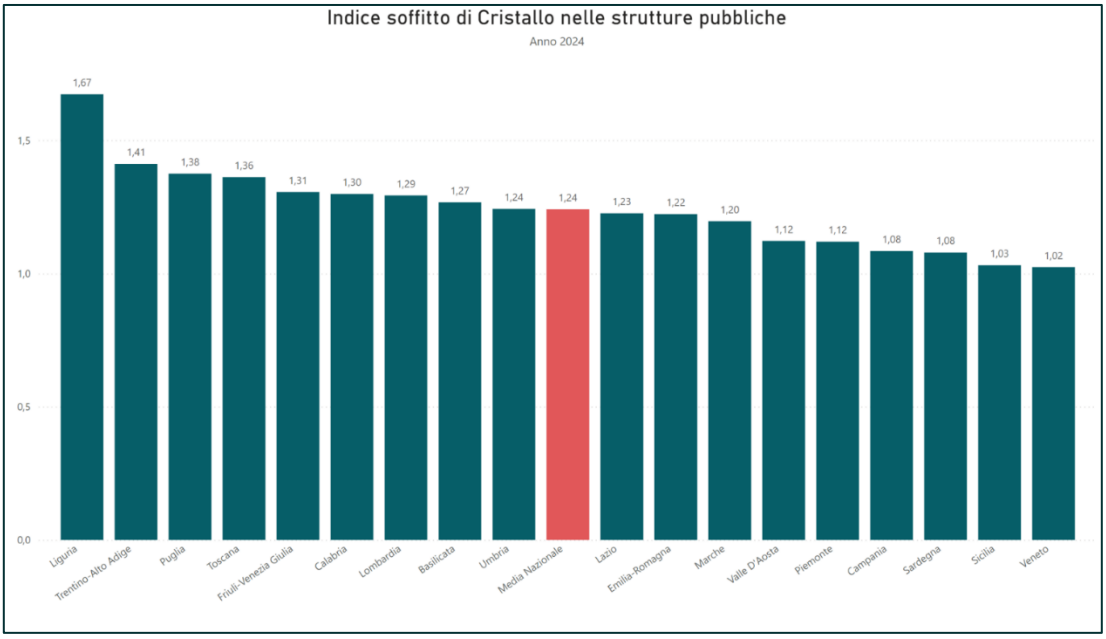


Figura 5.9: Indice del soffitto di cristallo per il personale sanitario infermieristico nelle strutture pubbliche. Fonte Dati: Conto Annuale, 2024

La distribuzione regionale mostra valori compresi tra 1,02 del Veneto e 1,67 della Liguria. I valori più elevati si osservano in Liguria (1,67), Trentino-Alto Adige/Südtirol (1,41), Puglia (1,38), Toscana (1,36), Friuli-Venezia Giulia (1,31), Calabria (1,30) e Lombardia (1,29). Più vicine alla condizione di equilibrio risultano invece Veneto (1,02), Sicilia (1,03), Campania e Sardegna (entrambe 1,08), Piemonte e Valle d'Aosta (entrambe 1,12). Nel complesso, tutte le Regioni presentano valori superiori a 1, indicando che permane un certo grado di squilibrio nella rappresentanza di genere tra comparto e dirigenza, seppure con intensità differenti.

5.2.3 Valorizzazione del ruolo e riforma del contesto territoriale

Come emerso dalle interviste ai referenti regionali, la riforma del contesto territoriale sta ridefinendo in modo significativo il ruolo dell'infermiere nei servizi di prossimità, pur con livelli di maturità organizzativa differenti tra i contesti regionali e provinciali analizzati. La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) emerge come uno degli assi principali della trasformazione: la sua presenza è richiamata in dodici contesti, distribuiti tra Nord (Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia), Centro (Umbria, Marche, Lazio, Toscana) e Sud (Calabria). L'IFeC viene collocato prevalentemente nelle Case della Comunità, nei servizi di assistenza domiciliare,

nei Punti Unici di Accesso, nelle Centrali Operative Territoriali e nei percorsi di presa in carico della cronicità. Il dato suggerisce che la valorizzazione del ruolo infermieristico non sia più letta soltanto in termini di incremento numerico del personale, ma come elemento strutturale della riorganizzazione dei modelli territoriali. Le funzioni attribuite all'IFeC variano tuttavia in modo rilevante. In sei contesti (Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte, Umbria, Marche e Lazio) viene sottolineato un ruolo proattivo nella gestione della cronicità, nella prevenzione, nell'educazione sanitaria e nel case management. Alcune regioni tendono a distinguere nettamente l'IFeC dall'assistenza domiciliare tradizionale, come nel caso della Liguria, che lo orienta alla medicina proattiva e di iniziativa. Altre, come Umbria e Marche, tendono invece a integrare maggiormente le funzioni di IFeC e ADI. Il Friuli-Venezia Giulia mira a orientare tutti gli infermieri territoriali verso il profilo IFeC, mentre la Toscana integra le funzioni dell'infermiere della Casa della Comunità con quelle dell'IFeC per evitare frammentazioni organizzative. Questa eterogeneità mostra che la figura è ampiamente riconosciuta, ma non ancora stabilizzata in un modello operativo uniforme.

La continuità assistenziale ospedale-territorio rappresenta il secondo asse della riforma. Le Centrali Operative Territoriali sono indicate come snodo cruciale in nove contesti, prevalentemente del Nord (Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) e del Centro (Umbria e Lazio). In Piemonte risultano attive 43 COT, mentre il Veneto dispone di un'esperienza consolidata, evoluta verso un modello hub and spoke. In Lombardia la COT è descritta come nucleo di IFeC dedicato alle dimissioni e alla presa in carico, mentre nel Lazio è prevista una presenza costitutiva dell'IFeC nelle COT aziendali e distrettuali. In Sicilia e Calabria, invece, le COT risultano ancora in fase sperimentale o di attivazione. Nel complesso, le COT appaiono come un'infrastruttura organizzativa centrale per rendere effettiva la transizione tra ospedale e territorio, ma la loro capacità di incidere sulla continuità assistenziale dipende dal livello di integrazione con i professionisti territoriali, con i medici di medicina generale e con i sistemi informativi.

Le politiche di valorizzazione professionale risultano articolate lungo più direttrici. In sei contesti (Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte, Veneto e Lazio) emergono iniziative orientate a rafforzare l'autonomia infermieristica, gli incarichi professionali o la presenza infermieristica nei livelli direzionali e di coordinamento. La Provincia Autonoma di Trento richiama la figura del Direttore Assistenziale come leva per rafforzare il posizionamento infermieristico. La Valle d'Aosta ha trasformato il servizio infermieristico in Struttura Complessa e valorizza il modello del Primary Nursing. La Liguria investe sugli incarichi di funzione e sperimenta modelli ad alta autonomia, come le automediche infermieristiche. Il Piemonte richiama esplicitamente autonomia professionale e competenze avanzate. Il Veneto punta al riconoscimento di incarichi

professionali specifici per l'IFeC, mentre il Lazio ha istituito la figura del dirigente infermieristico di distretto. Queste esperienze indicano che la valorizzazione della professione tende a concretizzarsi quando il ruolo infermieristico viene collegato a responsabilità organizzative, competenze avanzate e riconoscimento formale nei modelli di governance.

La formazione costituisce una condizione abilitante ricorrente. Percorsi specifici per l'IFeC, iniziative di formazione regionale o piani di sviluppo delle competenze sono richiamati in nove contesti. Nel Nord emergono esperienze in Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte e Veneto; nel Centro in Umbria e Marche; nel Sud in Calabria e Sicilia. Tuttavia, la qualità e la struttura di tali percorsi non sono omogenee. Alcuni contesti hanno attivato percorsi accademici o regionali consolidati, mentre altri segnalano corsi ancora privi di tirocinio sul campo o fabbisogni formativi non pienamente coperti. La formazione appare quindi non solo come requisito tecnico, ma come strumento necessario per sostenere l'autonomia, rendere effettivi i nuovi ruoli territoriali e accompagnare il cambiamento culturale richiesto dalla riforma.

Accanto agli elementi di sviluppo, emergono criticità trasversali. La carenza di personale è richiamata in cinque contesti (Lombardia, Sicilia, Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Toscana) e rappresenta uno dei principali ostacoli alla piena attuazione dei nuovi modelli. In alcuni casi la redistribuzione del personale dall'ospedale al territorio viene descritta come forzata o oggetto di resistenze da parte delle direzioni aziendali, che tendono a riportare i professionisti nei setting ospedalieri. Altri contesti, come Provincia Autonoma di Trento, Marche e Lazio, puntano invece a un incremento netto delle risorse umane territoriali, anche attraverso finanziamenti PNRR o ministeriali. Ne deriva un quadro nel quale la riforma richiede non solo nuove funzioni, ma anche una reale capacità di programmazione del fabbisogno e di stabilizzazione delle risorse.

Le strategie di esternalizzazione rappresentano un ulteriore indicatore della diversa capacità dei sistemi regionali di sostenere i nuovi servizi territoriali. Alcuni contesti limitano fortemente il ricorso a forme esternalizzate, come Provincia Autonoma di Trento, Toscana, Umbria e Veneto, quest'ultimo con una gestione dell'ADI quasi interamente riportata in forma diretta. Altri ricorrono a modelli misti o esternalizzazioni più rilevanti: la Liguria utilizza temporaneamente cooperative per fronteggiare la carenza di personale, la Lombardia segnala criticità legate all'esternalizzazione degli Ospedali di Comunità, la Sicilia esternalizza gran parte dell'assistenza domiciliare e il Lazio ricorre stabilmente a provider privati per cure intermedie e ADI. Questo elemento mostra come la valorizzazione del ruolo infermieristico sia strettamente collegata alla natura pubblica, integrata e continuativa dei modelli organizzativi: laddove prevale una logica prestazionale o frammentata, il rischio è che l'autonomia professionale venga indebolita o ricondotta a singole prestazioni anziché a processi di presa in carico.

La digitalizzazione e la telemedicina sono riconosciute come fattori abilitanti, ma con criticità ancora rilevanti. La telemedicina o il telemonitoraggio sono citati in nove contesti, con esperienze nel Nord, nel Centro e nel Sud. Tuttavia, l'interoperabilità tra sistemi ospedalieri e territoriali resta problematica in almeno quattro contesti (Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Toscana), mentre in altri casi emergono ostacoli legati al digital divide o alle resistenze del personale. Anche in questo ambito, il ruolo infermieristico territoriale risulta centrale: l'efficacia degli strumenti digitali dipende dalla capacità degli infermieri di usarli dentro percorsi assistenziali integrati, non come tecnologie isolate.

Nel complesso, i risultati qualitativi indicano che la riforma territoriale sta aprendo spazi significativi di valorizzazione per la professione infermieristica, ma in modo diseguale tra i diversi contesti. Il Nord appare più frequentemente associato a modelli formalizzati, COT già attive, incarichi professionali, strutture infermieristiche consolidate e percorsi avanzati di autonomia. Il Centro mostra esperienze rilevanti, soprattutto nell'integrazione tra ADI, IFeC, formazione e governance distrettuale. Nel Sud emergono sia traiettorie di sviluppo, come in Calabria, sia criticità più marcate, come in Sicilia, dove la riorganizzazione territoriale appare ancora fragile. La principale evidenza trasversale è che la valorizzazione dell'infermiere non può essere separata dalla riforma organizzativa del territorio: richiede risorse dedicate, formazione, riconoscimento formale, integrazione multiprofessionale, strumenti digitali interoperabili e modelli di continuità assistenziale capaci di rendere effettiva la prossimità delle cure.

5.3 I meccanismi operativi manageriali a supporto della professione infermieristica

I numeri e i dati presentati nei paragrafi precedenti illustrano come le condizioni di lavoro del personale infermieristico presentino certamente una certa complessità, sia per la tipologia di attività svolte, sia per il contesto in evoluzione del sistema sanitario in cui operano.

Malgrado queste complessità generali, non vi è dubbio che, almeno per il personale che non svolge la sua attività in regime libero professionale ma che opera all'interno di una Organizzazione, sia pubblica che privata, sia in un setting ospedaliero che territoriale, le modalità con cui sono gestite le risorse umane contino e facciano la differenza nel garantire il benessere del personale e la sua soddisfazione nel ruolo.

Nell'ambito dell'indagine rivolta agli infermieri, una parte dei quesiti è stata destinata a comprendere e misurare la loro valutazione della qualità e dell'efficacia dei meccanismi manageriali presenti nelle Organizzazioni di appartenenza, anche

per indagare quanto questi siano significativi per sostenere la motivazione professionale.

Gli infermieri che hanno risposto all'indagine e che svolgono il loro ruolo all'interno delle Organizzazioni sono 7.443, pari a circa il 97% dei rispondenti. Come mostrato in figura 5.10, quasi un infermiere su quattro (24%) ha dichiarato che la propria Organizzazione non favorisce il benessere del personale. Ancora più critica è la valutazione relativa alla capacità dell'Organizzazione di essere proattiva e di offrire supporto in situazioni di difficoltà, per la quale la percentuale di giudizi negativi sale al 28%. Migliora leggermente la valutazione degli interventi aziendali volti a favorire l'equilibrio vita-lavoro, per la quale la percentuale dei rispondenti totalmente insoddisfatti scende al 23%. È tuttavia interessante constatare come in realtà le Aziende siano complessivamente in grado di rispettare i turni di lavoro, quesito in cui la quota di infermieri totalmente insoddisfatti si riduce drasticamente al 3%. Questi dati possono essere interpretati come indicativi di una valutazione complessivamente positiva della capacità organizzativa e operativa delle Aziende, che appare tuttavia ancora carente in termini di supporto professionale ed emotivo al personale.

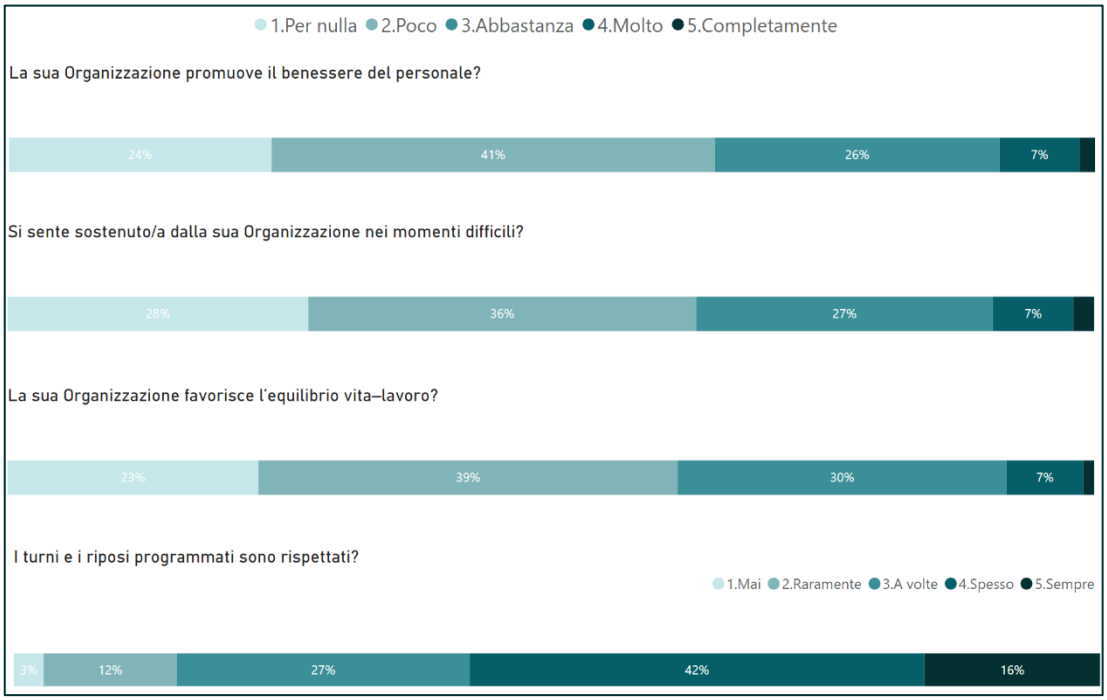


Figura 5.10: Benessere organizzativo. Risposte: 5.897. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Per quanto riguarda l'analisi a livello regionale (Figura 5.11), sul fronte della promozione del benessere lavorativo del personale da parte della propria

Organizzazione (Figura 5.11), si presenta un quadro non omogeneo per le Regioni appartenenti a diverse macro aree geografiche. Il Trentino-Alto Adige e la Liguria riportano percentuali più alte di attenzione al benessere dei professionisti, mentre nel resto del Nord si rileva una valutazione maggiormente concentrata nelle fasce intermedie. Nel Centro Italia prevalgono valutazioni più basse, fatta eccezione per la Toscana. Infine, il Sud e le Isole offrono il quadro più eterogeneo: in Abruzzo il 40% dei rispondenti riporta che la propria Organizzazione promuove il benessere del personale "Molto" o "Completamente" (secondo valore più alto tra le Regioni), mentre per la Sicilia e Sardegna questo dato scende rispettivamente al 25% e al 24%.

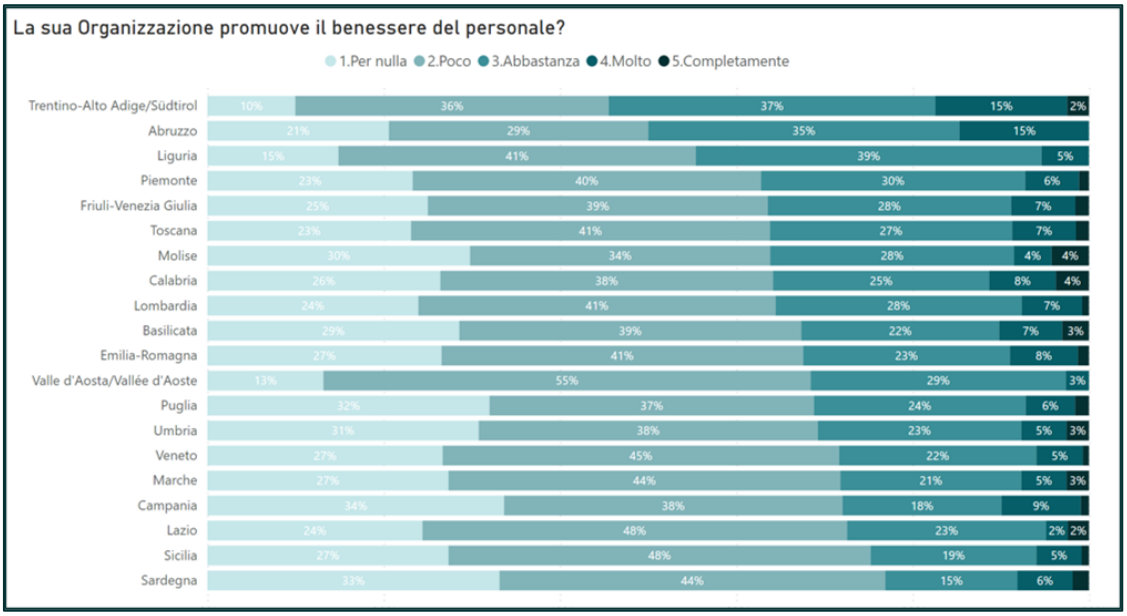


Figura 5.11: Distribuzione regionale degli infermieri rispetto alla promozione del benessere del personale da parte della propria Organizzazione Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Trentino-Alto Adige: 602; Abruzzo: 34, Liguria: 74, Piemonte: 524, Friuli-Venezia Giulia: 192, Toscana: 801, Molise: 94, Calabria: 53, Lombardia: 627, Basilicata: 98, Emilia-Romagna: 934, Valle d'Aosta: 38, Puglia: 125, Umbria: 78, Veneto: 836, Marche: 117, Campania: 211, Lazio: 164, Sicilia: 117, Sardegna: 160. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri 2026.

Analizzando la distribuzione dei dati, emerge una importante variabilità territoriale nella valutazione dei professionisti. Il Trentino-Alto Adige/Südtirol registra la situazione complessivamente più favorevole: presenta infatti la percentuale più bassa di risposte negative "Per nulla" (9%) e quote rilevanti nelle categorie positive come "Abbastanza" (39%) e "Molto" (17%). Al contrario, la situazione appare più critica in altre aree geografiche: la Sicilia evidenzia il valore più alto in assoluto per l'opzione

"Per nulla" (32%), segnalando un disagio percepito. Infine, in regioni come le Marche e la Valle d'Aosta si osserva una forte concentrazione centrale, con ben il 50% delle preferenze orientate verso il giudizio "Poco", evidenziando un ampio margine di miglioramento organizzativo. Da sottolineare la realtà dell'Abruzzo dove emerge una situazione piuttosto equilibrata. Le opinioni dei professionisti si dividono esattamente a metà: il 50% esprime un giudizio negativo o scarso (con il 38% che risponde "Poco" e il 12% "Per nulla"), mentre l'altro 50% si orienta verso valutazioni positive (il 35% "Abbastanza" e il 15% "Molto"). Questo posiziona la regione su standard intermedi.

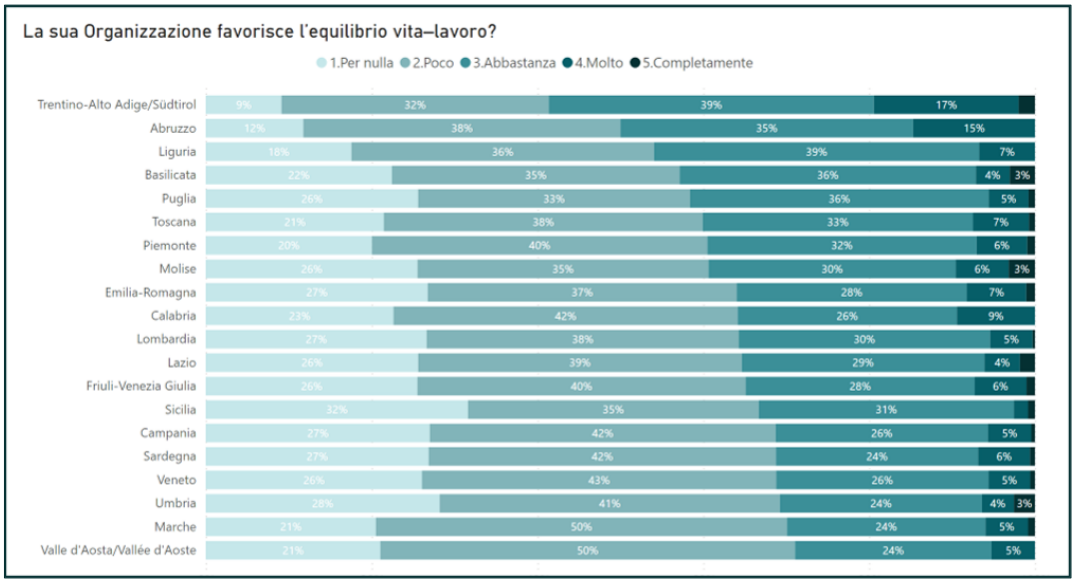


Figura 5.12: Distribuzione regionale delle risposte degli infermieri rispetto alla capacità della propria Organizzazione di favorire l'equilibrio vita-lavoro. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Trentino-Alto Adige: 602; Abruzzo: 34, Liguria: 74, Basilicata: 98, Puglia: 125, Toscana: 801, Piemonte: 524, Molise: 94, Emilia-Romagna: 934, Calabria: 53, Lombardia: 627, Lazio: 164, Friuli-Venezia Giulia: 192, Sicilia: 117, Campania: 211, Sardegna: 160, Veneto: 836, Umbria: 78, Marche: 117, Valle d'Aosta: 38. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri 2026.

In questa prospettiva, una leva significativa in mano al management aziendale per sviluppare le competenze e per sostenere la motivazione al ruolo è certamente la formazione. Tuttavia, il 30% dei 7.234 rispondenti è risultato essere insoddisfatto su questo aspetto, reputando che l'impegno della propria Organizzazione nella formazione come strumento di sviluppo non sia adeguato (Figura 5.13). Rispetto al riconoscimento della formazione come strumento di sviluppo, il quadro appare nel complesso molto simile a livello regionale (Figura 5.14). Esistono ampi margini di miglioramento come dimostra la variabilità presente nel confronto

tra le regioni, in particolare, tra il Nord e il Sud Italia, dove la quota di giudizi negativi passa dal 26% al 35%. Al contrario, non emergono differenze significative nel confronto tra istituzioni pubbliche e private, né tra i diversi setting assistenziali.



Figura 5.13: Formazione come strumento di sviluppo nell'Organizzazione. Risposte: 7.234. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

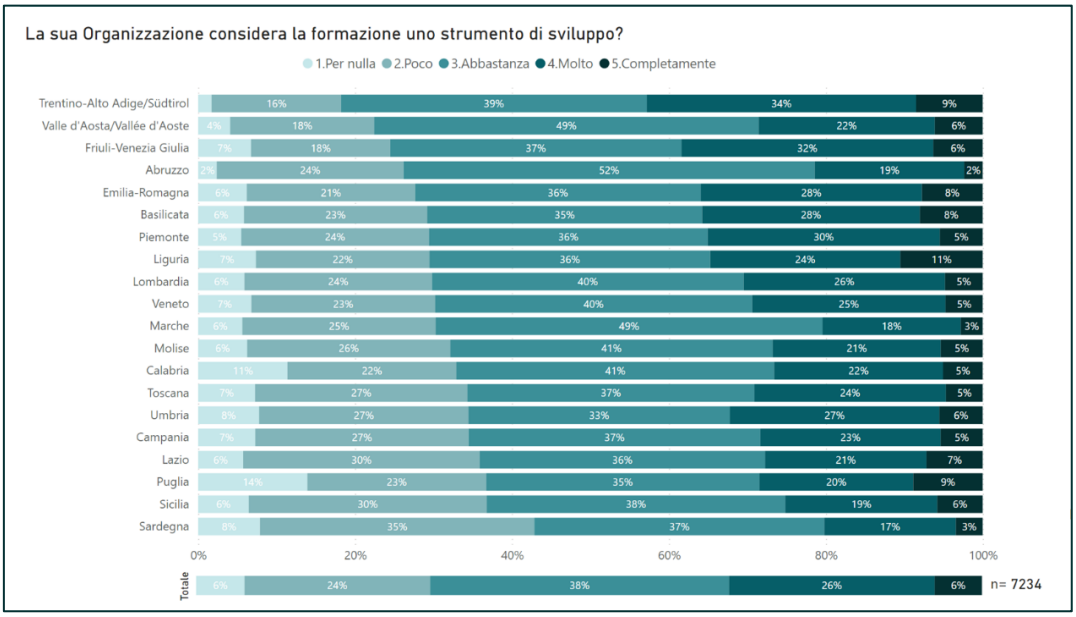


Figura 5.14: Distribuzione regionale delle risposte degli infermieri in relazione al riconoscimento, da parte della propria Organizzazione, della formazione come strumento di sviluppo. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Trentino-Alto Adige: 752; Valle d'Aosta: 49, Friuli-Venezia Giulia: 237, Abruzzo: 42, Emilia-Romagna: 1146, Basilicata: 137, Piemonte: 656, Liguria: 95, Lombardia: 745, Veneto: 987, Marche: 142, Molise: 112, Calabria: 79, Toscana: 979, Umbria: 90 , Campania: 261, Lazio: 209, Puglia: 158, Sicilia: 155 , Sardegna: 203. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri 2026.

Oltre alla formazione, un'altra leva fondamentale nella dinamica organizzativa aziendale riguarda gli spazi e le opportunità per il proprio sviluppo professionale

e di carriera. A questo tema erano dedicati alcuni quesiti del questionario dell'indagine rivolta agli infermieri. Quasi un rispondente su cinque ha valutato nulle le opportunità di sviluppo professionale offerte dalla propria Organizzazione, mentre il 46 % le ha giudicate scarse (Figura 5.15). Pertanto, oltre il 60 % dei rispondenti ha espresso una valutazione negativa su questo aspetto. Si registra inoltre una certa variabilità a livello regionale e tra setting assistenziali, che sarà oggetto di approfondimento per comprendere cosa caratterizza i contesti che registrano livelli di soddisfazione più elevati. L'età dei rispondenti rappresenta un ulteriore elemento di differenziazione da attenzionare: gli infermieri con meno di 30 anni e quelli con più di 60 anni riportano una minore soddisfazione rispetto alle opportunità di sviluppo professionale, con una quota di giudizi negativi superiore di circa 10 punti percentuali rispetto alle altre fasce d'età.



Figura 5.15: Opportunità di sviluppo personale nell'Organizzazione. Risposte: 7.234. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Tra gli strumenti di natura manageriale più efficaci per orientare i comportamenti dei professionisti ed attivare processi di miglioramento continuo finalizzati alla creazione di valore per l'utenza rientrano certamente i meccanismi di valutazione della performance e, tra questi, i sistemi di rilevazione sistematica dei feedback di pazienti e utenti. Il 43% dei rispondenti ha dichiarato che la propria Organizzazione raccoglie i feedback dell'utenza, mentre il 56% ha risposto negativamente o ha dichiarato di non esserne a conoscenza di questa informazione (Figura 5.16). Non sono emerse differenze significative tra Organizzazioni pubbliche e private, mentre si osserva una certa variabilità tra i diversi setting assistenziali. Ad esempio, la presenza di questi strumenti è riportata dal 65% degli infermieri che operano nelle strutture di long-term care, a fronte del 31% di quelli impiegati nei servizi di pronto soccorso.

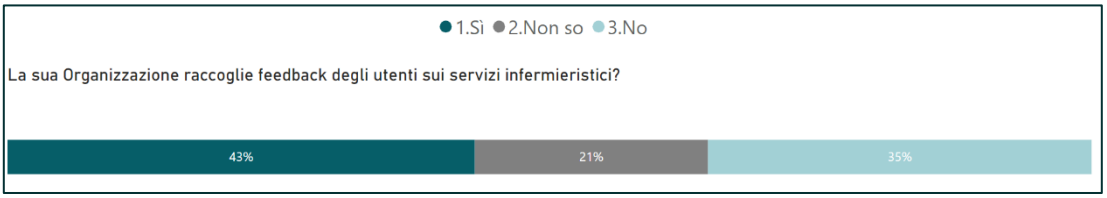


Figura 5.16: Raccolta feedback utenti da parte dell'Organizzazione. Risposte: 7.122. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

Le esperienze sviluppate nell'ambito della collaborazione tra Scuola Superiore Sant'Anna e alcune regioni quali il Veneto e la Toscana nella raccolta dei PREMs (Patient Reported Experience Measures), hanno consentito di monitorare in modo approfondito la valutazione dell'assistenza infermieristica, sia in termini quantitativi che qualitativi, fornendo al management uno strumento strategico per valorizzare il ruolo infermieristico, e di conseguenza garantire elevati livelli di soddisfazione dell'utenza (Moschetti et al., 2025).

Gli ultimi quesiti di questa sezione si riferiscono al grado di coinvolgimento del personale infermieristico nel processo di programmazione e controllo aziendale. Conoscere gli obiettivi aziendali rappresenta un fattore fondamentale per sentirsi parte dell'Organizzazione, nonché contribuire con consapevolezza al raggiungimento dei risultati e al conseguimento della strategia aziendale. Solo il 24% dei dipendenti infermieri ha dichiarato di non conoscere gli obiettivi della propria unità organizzativa; percentuale che purtroppo sale al 43% quando si considerano invece i risultati della propria unità (Figura 5.17). Questo dato evidenzia, pertanto, anche un tema relativo al livello di trasparenza e conoscenza interna dei risultati di performance. Non emergono differenze particolarmente rilevanti tra i diversi setting assistenziali, fatta eccezione per gli infermieri che operano nelle Direzioni infermieristiche e nell'ambito della formazione, i quali riportano livelli più elevati di conoscenza sia degli obiettivi sia dei risultati della propria unità organizzativa, un dato coerente con il maggiore coinvolgimento atteso nei processi di programmazione e gestione aziendale. Al contrario, emerge un marcato gradiente legato all'età: la conoscenza degli obiettivi della propria unità organizzativa passa dal 67% tra gli infermieri con meno di 30 anni all'81% tra quelli con più di 60 anni, mentre la conoscenza dei risultati aumenta dal 42% al 67% nelle stesse fasce di età. Questi dati suggeriscono l'opportunità di rafforzare il coinvolgimento dei professionisti più giovani nei processi di programmazione, comunicazione e condivisione dei risultati organizzativi, favorendone una maggiore partecipazione alla vita dell'Organizzazione e una più precoce integrazione nella cultura aziendale.

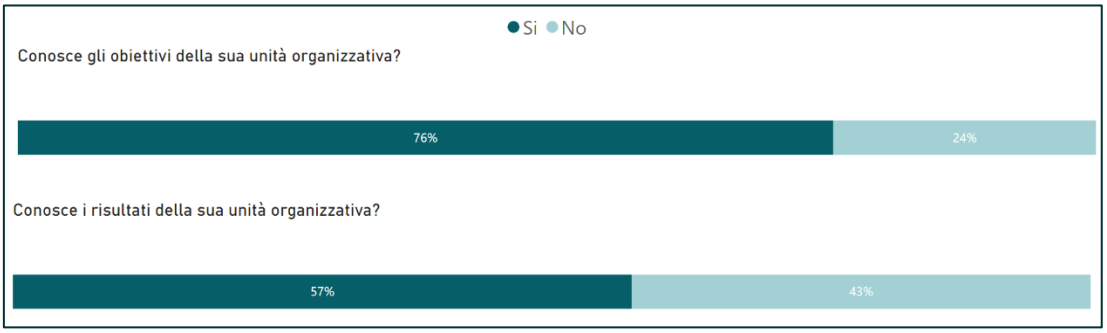


Figura 5.17: Conoscenza obiettivi e risultati dell'unità organizzativa. Risposte: 7.094. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

5.4 Le relazioni tra i professionisti

Nel quadro dell'analisi organizzativa, le relazioni professionali rappresentano una dimensione centrale per comprendere il funzionamento concreto dei servizi e la qualità degli ambienti di lavoro. L'organizzazione dell'assistenza, infatti, dipende anche dalla capacità dei professionisti di cooperare, condividere informazioni, coordinare le decisioni e costruire continuità nei percorsi di cura. In particolare, per la professione infermieristica, la qualità delle relazioni con i colleghi, con gli altri servizi e con la componente medica costituisce un elemento rilevante sia per la sicurezza e la qualità dell'assistenza, sia per il benessere professionale e la tenuta dei team. Per questo motivo, l'indagine rivolta agli infermieri ha incluso una specifica sezione dedicata alle relazioni professionali. L'obiettivo è osservare, dal punto di vista dei professionisti, il grado di efficacia percepita della comunicazione nei principali ambiti di interazione quotidiana: all'interno della propria unità operativa, nei rapporti con infermieri di altre unità o servizi e nella collaborazione con i medici. Tale dimensione consente di integrare la lettura degli assetti organizzativi con il vissuto operativo dei professionisti, restituendo informazioni utili sulla qualità della collaborazione interprofessionale e sulla capacità delle Organizzazioni di sostenere processi assistenziali coordinati.

La qualità delle relazioni professionali è stata quindi analizzata attraverso alcuni indicatori relativi alla comunicazione degli infermieri con i colleghi della propria unità, con gli infermieri di altre unità o servizi e con i medici, provenienti dalla survey anticipata nei capitoli precedenti (Figura 5.18). Nel complesso, il quadro che emerge è positivo: la maggioranza dei rispondenti dichiara di comunicare efficacemente con le principali figure professionali con cui interagisce nel contesto lavorativo.

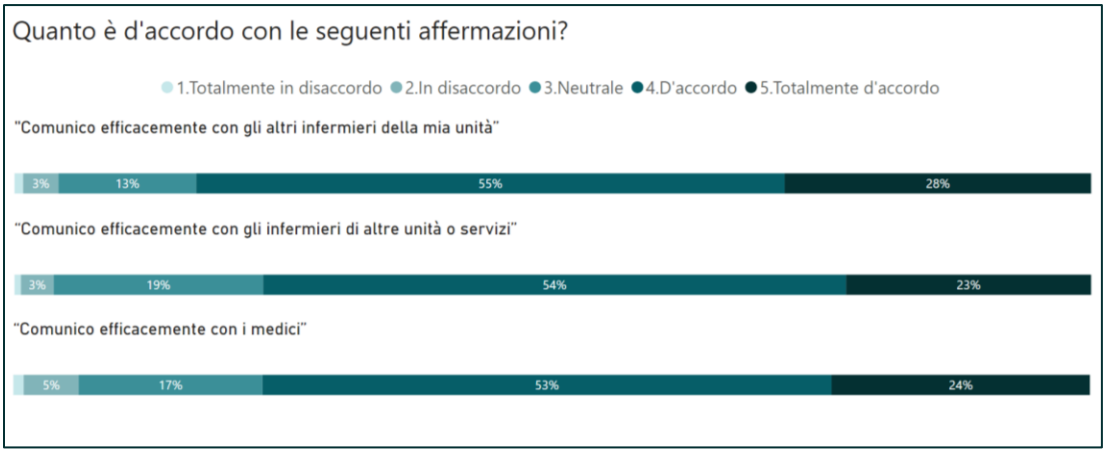


Figura 5.18: Efficacia della comunicazione tra professionisti. Risposte: 7.402. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

L'indicatore più favorevole riguarda la comunicazione con gli altri infermieri della propria unità: il 55% dei rispondenti si è dichiarato "d'accordo" e il 28% "totalmente d'accordo" con l'affermazione di avere una comunicazione efficace in questo contesto, per un totale dell'83% di valutazioni positive. La quota di risposte neutrali è pari al 13%, mentre il disaccordo rimane contenuto. Il dato suggerisce che, all'interno delle équipe più prossime, la comunicazione tra pari rappresenti un punto di forza generalmente consolidato.

La comunicazione con gli infermieri di altre unità o servizi presenta un profilo leggermente meno favorevole, pur mantenendosi ampiamente positiva: il 54% dei rispondenti si è dichiarato "d'accordo" e il 23% "totalmente d'accordo" con l'affermazione di avere una comunicazione efficace con gli infermieri di altre unità o servizi, per un totale del 77% di valutazioni positive. Aumenta tuttavia la quota di risposte neutrali (19%), suggerendo che la comunicazione tra unità o servizi risulti meno omogenea e maggiormente influenzata da variabilità organizzative, differenze tra contesti o criticità di coordinamento.

Un andamento analogo si osserva nella comunicazione con i medici: il 53% dei rispondenti si è dichiarato "d'accordo" e il 24% "totalmente d'accordo" con l'affermazione di avere una comunicazione efficace con i medici, per un totale del 77% di valutazioni positive. Anche in questo caso la quota di risposte neutrali rimane rilevante (17%), mentre il disaccordo si mantiene su livelli contenuti. Nel complesso, il dato restituisce una percezione positiva della comunicazione interprofessionale, sebbene meno consolidata rispetto a quella all'interno del gruppo infermieristico della propria unità.

Nel complesso, i risultati indicano che la comunicazione appaia più solida all'interno della stessa unità organizzativa e leggermente meno robusta quando

coinvolge interlocutori esterni alla propria équipe immediata, siano essi infermieri di altre unità o medici. La differenza tra comunicazione intra-unità e comunicazione interprofessionale/inter-unità rappresenta un elemento rilevante per la lettura organizzativa del dato: pur in presenza di valutazioni prevalentemente positive, permane uno spazio di miglioramento nella continuità comunicativa tra servizi, unità operative e professioni sanitarie diverse.

A integrazione dei dati dell'indagine, il tema delle relazioni professionali è stato approfondito attraverso interviste rivolte ai referenti regionali. In particolare, il focus dell'approfondimento qualitativo ha riguardato il ruolo dell'infermiere all'interno del team multidisciplinare, con particolare attenzione alle modalità con cui i modelli organizzativi regionali stanno ridefinendo l'integrazione tra professionisti, la collaborazione nei percorsi assistenziali e il grado di autonomia riconosciuto alla professione infermieristica. Le interviste hanno consentito di esplorare non solo la qualità percepita delle relazioni tra infermieri, medici e altri professionisti sanitari, ma anche le condizioni organizzative che facilitano o ostacolano una partecipazione strutturata dell'infermiere nei processi decisionali, nella presa in carico, nella prevenzione, nella gestione della cronicità e nella continuità assistenziale. In questo senso, il materiale qualitativo raccolto permette di leggere i risultati della survey in una prospettiva più organizzativa e istituzionale, evidenziando come la comunicazione professionale non dipenda esclusivamente dalle competenze individuali, ma anche dalla presenza di modelli di équipe chiari, protocolli condivisi, strumenti di coordinamento e riconoscimento esplicito del contributo infermieristico nei percorsi multiprofessionali. Questo tema comprende anche le dinamiche di collaborazione e integrazione tra l'infermiere e gli altri professionisti della salute (ad esempio., medici di medicina generale, assistenti sociali, OSS, psicologi) nel contesto territoriale. Include aspetti quali la formalizzazione di protocolli di *task sharing* o *task shifting*, la definizione dei confini di competenza, e il ruolo di nuove figure come l'assistente infermiere o il laureato magistrale ad indirizzo clinico.

L'analisi dei report delle tecnostrutture regionali evidenzia come l'integrazione multiprofessionale rappresenti un tema centrale e trasversale, pur con livelli di maturità e formalizzazione differenti tra i contesti territoriali. Nello specifico ricorrono tredici contesti regionali o provinciali, distribuiti tra Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia), Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) e Sud/Isole (Calabria, Sicilia). Il ruolo dell'infermiere, e in particolare dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, viene esplicitamente valorizzato in almeno otto contesti: quattro del Nord (Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Valle d'Aosta), tre del Centro (Umbria, Toscana, Marche) e uno del Sud (Calabria). In questi casi, l'infermiere viene descritto come figura cardine per il rafforzamento dei servizi territoriali, per il funzionamento delle Case della Comunità, per la gestione della

cronicità e per la continuità ospedale-territorio. Le esperienze più avanzate si concentrano prevalentemente nel Nord. In quattro contesti settentrionali (Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta) emergono riferimenti alla valorizzazione dell'autonomia infermieristica, alle competenze avanzate, ai ruoli espansi o a modelli organizzativi nei quali l'infermiere assume funzioni proattive nei percorsi assistenziali. A queste si aggiungono esperienze del Centro, come Umbria e Marche, dove l'Infermiere di Famiglia e Comunità o l'infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vengono descritti come figure con rilevanti funzioni di coordinamento, integrazione e autonomia operativa. Complessivamente, quindi, il riconoscimento del ruolo infermieristico appare diffuso, ma più strutturato nei contesti in cui sono già presenti modelli organizzativi espliciti, come case management, primary nursing, équipe territoriali e protocolli condivisi.

Permangono tuttavia criticità rilevanti sul piano della collaborazione multiprofessionale e della continuità assistenziale. In quattro contesti viene segnalato un nodo critico nel rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG): tre del Nord (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria) e uno del Sud/Isole (Sicilia). Le criticità riguardano soprattutto la mancata o disomogenea collaborazione, la difficoltà di condivisione dei piani assistenziali, l'inserimento non sempre agevole dei MMG nei nuovi setting territoriali e, in alcuni casi, il permanere di vincoli prescrittivi che limitano l'autonomia operativa infermieristica. In senso opposto, almeno tre contesti (Provincia Autonoma di Trento, Veneto e Calabria) descrivono modelli di collaborazione più consolidati o in via di formalizzazione tra servizi territoriali, MMG e ambulatori infermieristici.

Il *task sharing* tra medico e infermiere rappresenta uno degli ambiti di maggiore disomogeneità. Solo in un numero limitato di contesti emergono forme già formalizzate o chiaramente orientate alla formalizzazione: la Liguria risulta il caso più esplicito per l'adozione di protocolli e procedure standardizzate; la Provincia Autonoma di Trento insiste sulla necessità di una perimetrazione chiara delle competenze e delle responsabilità; le Marche hanno inserito il tema nella pianificazione strategica, demandandone l'attuazione al livello locale; la Valle d'Aosta evidenzia come il passaggio al primary nursing abbia favorito il riconoscimento del valore clinico e dell'autonomia infermieristica. Nel complesso si tratta di quattro contesti (tre del Nord e uno del Centro) nei quali il tema appare formalizzato, avanzato o almeno esplicitamente espresso in fase di pianificazione.

Al contrario, in sette contesti (Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Calabria) non risultano protocolli formali di *task sharing* attivi o strutturati a livello regionale. La distribuzione geografica di questa criticità è trasversale: tre contesti del Nord, due del Centro e due del Sud/Isole. Questo dato suggerisce che l'autonomia infermieristica è spesso riconosciuta nella pratica o nei modelli organizzativi, ma non sempre tradotta in dispositivi formali, protocolli

regionali, responsabilità esplicitamente definite e strumenti omogenei di governance professionale.

Anche l'introduzione delle nuove figure professionali mostra un quadro differenziato. Per l'assistente infermiere, sei contesti (Valle d'Aosta, Lombardia, Marche, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Lazio) risultano in fase di recepimento, pianificazione o riflessione organizzativa, con una maggiore concentrazione nel Nord (quattro contesti) rispetto al Centro (due contesti). Calabria e Umbria segnalano invece un dibattito ancora limitato o non ancora tradotto in assetti organizzativi regionali, mentre la Sicilia dichiara di non aver ancora avviato una riflessione specifica. Il tema appare quindi presente nell'agenda di molte regioni, ma ancora non pienamente stabilizzato sul piano dei confini di competenza, della collocazione nei setting assistenziali e del rapporto con il personale infermieristico.

Per il laureato magistrale a indirizzo clinico, il quadro appare ancora più incerto. Tre contesti del Nord (Lombardia, Provincia Autonoma di Trento e Liguria) mostrano una traiettoria più definita: la Lombardia identifica questa figura come potenzialmente adatta a incarichi complessi di gestione clinica infermieristica, la Provincia Autonoma di Trento ha attivato un percorso magistrale con indirizzo territoriale e orientato alle cure primarie, mentre in Liguria viene richiamato il ruolo dell'Università nell'avvio di questi percorsi. In sette contesti, invece, prevalgono incertezza o attesa di chiarimenti: Umbria, Veneto, Lazio, Calabria, Sicilia, Valle d'Aosta e Marche. Anche in questo caso la criticità è distribuita in modo trasversale (due contesti del Nord, tre del Centro e due del Sud/Isole), e riguarda soprattutto la collocazione organizzativa, la differenziazione delle competenze, il riconoscimento contrattuale ed economico e la ricaduta effettiva nei servizi. È necessario, tuttavia, prendere atto del fatto che diverse interviste sono state condotte in una finestra temporale antecedente o a cavallo della riforma in tal senso.

La formazione emerge come leva abilitante per l'evoluzione del ruolo infermieristico e per l'effettiva integrazione multiprofessionale. In quattro contesti (Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Calabria e Marche) vengono richiamate iniziative formative, percorsi universitari, co-progettazioni o necessità di accompagnamento culturale e professionale. La Provincia Autonoma di Trento rappresenta il caso più strutturato, con una laurea magistrale ad indirizzo territoriale e percorsi di alta formazione per l'Infermiere di Famiglia e Comunità. La Lombardia richiama la co-progettazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la gestione delle patologie croniche e la mappatura delle competenze; la Calabria segnala l'attivazione dei nuovi ordinamenti didattici per la laurea magistrale clinica; le Marche sottolineano la necessità di un lavoro culturale connesso all'introduzione dell'assistente infermiere. Al contrario, la Sicilia segnala una carenza di formazione specifica nei processi di trasferimento del personale verso nuovi setting, come gli Ospedali di Comunità.

Infine, alcuni modelli organizzativi e strumenti operativi appaiono già presenti in più contesti. Gli ambulatori infermieristici sono richiamati in quattro contesti (Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Calabria e Marche), distribuiti tra Nord, Centro e Sud. La telemedicina o il telemonitoraggio sono invece citati in tre contesti (Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta e Toscana), con prevalenza del Nord ma presenza anche nel Centro. Questi elementi indicano che, accanto alle criticità di formalizzazione e coordinamento, esistono esperienze operative che possono costituire basi concrete per rafforzare l'integrazione multiprofessionale e il ruolo infermieristico nei nuovi modelli territoriali.

Si ringraziano tutti i professionisti che hanno partecipato alle interviste per il loro prezioso contributo: Dott.ssa Serafina Fiorillo (Calabria); Dott.ssa Paola De Lucia (Friuli Venezia-Giulia); Dott. Pierpaolo Parenti (Lazio); Dott.ssa Monica Cirone (Liguria); Dott. Gianmario Pedretti (Lombardia); Dott.ssa Sonia Tonucci (Marche); Dott.ssa Elisabetta Siletto e Dott. Alessio Rizzo (Piemonte); Dott Pasquale Iozzo (Sicilia); Dott.ssa Monica Marini (Toscana); Dott. Andrea Ziglio (Trentino Alto-Adige); Dott. Alessandro Verducci e Dott. Giancarlo Marcheggiani (Umbria); Dott.ssa Laura Pilati (Valle D'Aosta); Dott.ssa Elena Fanton (Veneto).

5.5 Il senso di appartenenza degli infermieri

Accanto agli indicatori relativi alle condizioni di lavoro e all'organizzazione dei servizi, l'indagine agli infermieri italiani ha approfondito alcune dimensioni più ampie legate al rapporto che i professionisti instaurano con il sistema sanitario. Il senso di appartenenza al Servizio Sanitario Regionale (SSR), l'identificazione con la propria Organizzazione e il riconoscimento nella comunità professionale rappresentano infatti elementi in grado di restituire una lettura complessiva del livello di fiducia, coinvolgimento e identificazione dei professionisti nei diversi contesti nei quali esercitano la propria attività.

Pur riferendosi a livelli differenti, questi tre indicatori consentono di cogliere come gli infermieri percepiscano il sistema nel quale operano, l'Organizzazione di appartenenza e, più in generale, la professione infermieristica. Il confronto tra tali dimensioni permette inoltre di comprendere se eventuali elementi di criticità riguardino prevalentemente il contesto organizzativo o coinvolgano anche l'identità professionale.

I risultati (Figura 5.19) evidenziano come oltre la metà degli infermieri (54%) abbia dichiarato di provare poco o nessun orgoglio nei confronti del proprio SSR, delineando un quadro di diffusa disaffezione verso il sistema. Emergono marcate differenze territoriali: i livelli di appartenenza risultano più elevati nelle regioni del Nord e del Centro, in particolare in Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna e

Toscana, mentre le percentuali di disaffezione aumentano progressivamente nelle regioni del Sud e delle Isole, raggiungendo i valori più elevati in Calabria, Sardegna e Sicilia. Anche il titolo di studio sembra associarsi a una diversa percezione del sistema sanitario: il senso di appartenenza cresce progressivamente passando dal diploma ai livelli di formazione più elevati, fino alla laurea magistrale e al dottorato di ricerca. Gli infermieri che esercitano in libera professione mostrano invece i livelli di identificazione più bassi nei confronti del SSR.

Entrando nel dettaglio territoriale regionale (Figura 5.20), le risposte variano notevolmente lungo la penisola. Il Trentino-Alto Adige/Südtirol registra la situazione meno negativa, presentando la percentuale più bassa di risposte "Per nulla" (14%) affiancata da quote più elevate nelle fasce positive, come il 34% di "Abbastanza" e l'8% di "Molto". All'estremità opposta si collocano le regioni meridionali e insulari: in Sicilia e in Sardegna i dati che si riscontrano sono negativi, rispettivamente con il 50% e il 49% di risposte "Per nulla", mentre in Calabria il 49% sceglie "Per nulla" e il 34% "Poco", evidenziando un divario e un forte senso di insoddisfazione verso le istituzioni regionali.

Tra i professionisti che operano all'interno di organizzazioni sanitarie, il senso di appartenenza risulta leggermente più elevato quando il riferimento è quello della propria Azienda. La quota di infermieri che ha dichiarato di provare poco o nessun orgoglio nei confronti della propria Organizzazione si attesta infatti al 47%, valore inferiore rispetto a quello osservato per il SSR. Le differenze tra settore pubblico, privato e privato accreditato risultano relativamente contenute, suggerendo come il rapporto con la propria Organizzazione sia influenzato più dalle specifiche esperienze lavorative che dalla natura giuridica dell'ente.

L'identificazione con la comunità professionale infermieristica appare invece l'elemento più solido tra quelli analizzati. Gli infermieri che hanno dichiarato di riconoscersi “poco” o “per nulla” nella comunità professionale sono il 38%, evidenziando come oltre sei professionisti su dieci mantengano un forte senso di appartenenza alla professione. La disaffezione risulta maggiore tra i liberi professionisti, tra gli uomini e nella fascia di età compresa tra i 30 e i 44 anni, mentre gli infermieri più giovani e quelli con maggiore anzianità professionale mostrano livelli di identificazione più elevati.

Nel complesso emerge un quadro coerente e particolarmente significativo. Il senso di appartenenza aumenta progressivamente passando dal SSR (54% di poco o nessun orgoglio), alla propria Organizzazione (47%), fino alla comunità professionale infermieristica (38%). Questo andamento suggerisce come le principali criticità percepite dagli infermieri sembrino riguardare soprattutto il rapporto con il sistema sanitario e, in misura minore, con le Organizzazioni nelle quali operano, mentre l'identità professionale rimane complessivamente più solida. Pur in presenza delle difficoltà organizzative e delle criticità evidenziate nei capitoli

precedenti, la professione continua quindi a rappresentare il principale elemento di riconoscimento e appartenenza per gli infermieri italiani, confermandosi un patrimonio sul quale investire per sostenere l'evoluzione futura del Servizio Sanitario Nazionale.

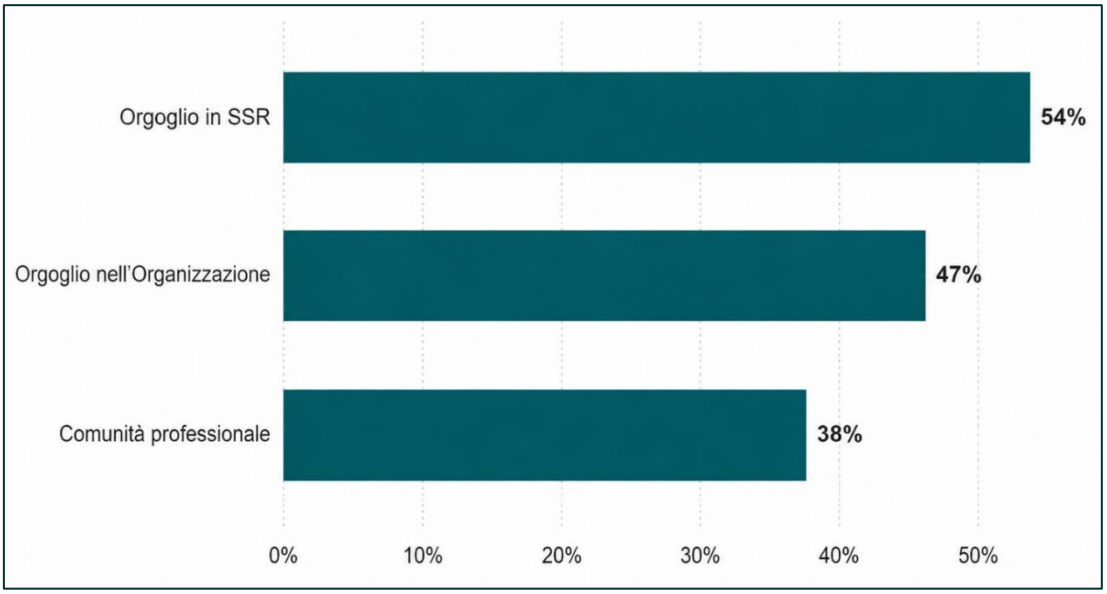


Figura 5.19: Percentuale di infermieri che dichiarano poco e nessun senso di appartenenza rispetto al proprio Servizio Sanitario Regionale, alla propria Organizzazione e alla comunità professionale infermieristica. Risposte: 7.402. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

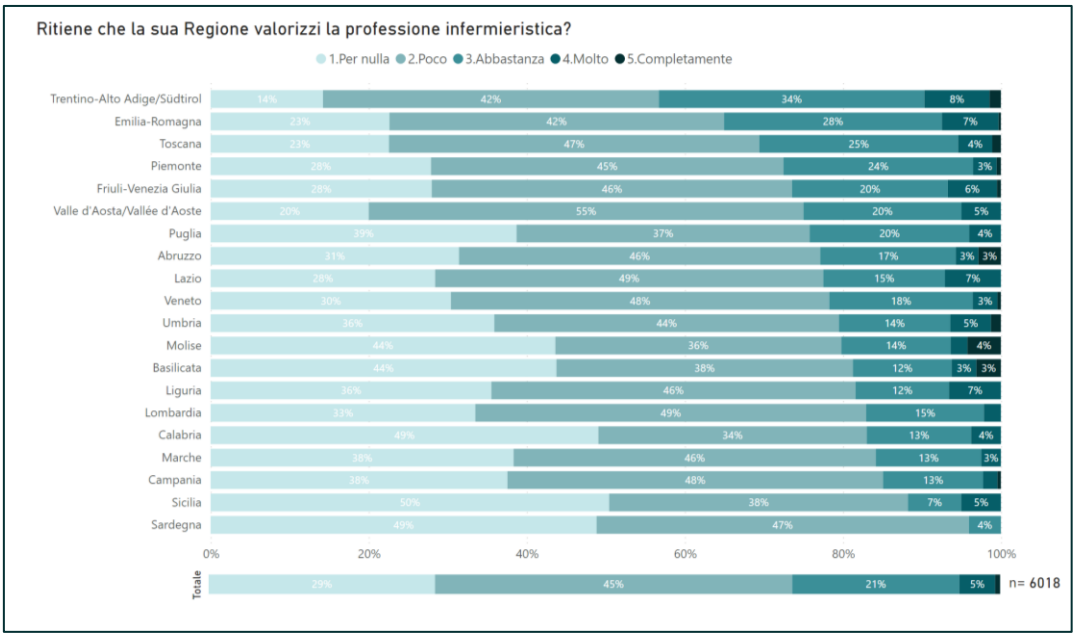


Figura 5.20 Distribuzione Regionale della valorizzazione della professione infermieristica. Trentino-Alto Adige: 619; Emilia-Romagna: 950, Toscana: 811, Piemonte: 538, Friuli-Venezia Giulia: 193, Valle d'Aosta: 40, Puglia: 124, Abruzzo: 35, Lazio: 169, Veneto: 865, Umbria: 78, Molise: 94, Basilicata: 96, Liguria: 76, Lombardia: 645, Calabria: 53, Marche: 120, Campania: 221, Sicilia: 119, Sardegna: 172. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri 2026.

In conclusione, l'analisi di questo capitolo mette in luce alcune peculiarità territoriali, evidenziando come l'attenzione verso il benessere organizzativo si sviluppi secondo modalità differenti lungo la penisola. Da un lato, si osserva una certa variabilità nella distribuzione della leadership: se alcune regioni del Centro-Nord presentano una presenza più elevata di dirigenti ogni mille infermieri, gran parte delle aree meridionali si colloca al di sotto della soglia dell'1,0, indicando spazi di crescita. Tale distribuzione si riflette anche nei ruoli di vertice, con una quota significativa delle posizioni apicali concentrata in cinque regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana e Friuli-Venezia Giulia). Dall'altro lato, i tassi di assenza e le percentuali di limitazioni rispondono a dinamiche operative locali piuttosto che a uno schema geografico rigido: si passa così da contesti caratterizzati da particolari pressioni — come la Valle d'Aosta (con un minore ricorso alle assenze ma una maggiore presenza di limitazioni) o la Calabria (con tassi di assenteismo più marcati) — a realtà come il Molise, che mantengono entrambi gli indicatori su livelli contenuti. Nel complesso, la gestione dei carichi di lavoro e la valorizzazione della professione appaiono strettamente connesse alle specificità organizzative locali, offrendo interessanti spunti per un approfondimento suddiviso per macroaree geografiche.

Capitolo 6: La relazione con la popolazione

Questo capitolo si concentra sulla relazione tra la popolazione italiana e gli infermieri, considerando due prospettive complementari. Da un lato, vengono analizzate le esperienze degli utenti dei servizi sanitari, includendo sia i pazienti sia i caregiver che hanno avuto un contatto recente con l'assistenza infermieristica. Dall'altro, viene considerato il punto di vista della popolazione nel suo complesso, includendo anche i cittadini che non hanno avuto interazioni recenti con gli infermieri, ma che esprimono comunque preferenze e aspettative relativamente alla professione infermieristica.

La scelta di considerare il punto di vista della popolazione risponde a un principio ormai consolidato nella valutazione dei servizi sanitari: la qualità dell'assistenza non può essere compresa pienamente senza considerare l'esperienza di chi riceve il servizio (Spezia et al., 2025a). L'assistenza infermieristica è un servizio ad alta intensità relazionale, nel quale il valore prodotto non dipende soltanto dalla correttezza tecnica delle prestazioni, ma anche dal modo in cui la persona viene ascoltata, informata, supportata e coinvolta dagli infermieri nelle decisioni relative al proprio percorso di cura. Gli infermieri sono infatti i professionisti più presenti e più vicini alla quotidianità dei pazienti e delle loro famiglie. In questa prospettiva, guardare il servizio con "gli occhi di pazienti e caregiver" non rappresenta un elemento accessorio, ma una condizione necessaria per comprendere attraverso le valutazioni dell'utenza la reale qualità dell'assistenza fornita. La centralità del punto di vista di pazienti e famiglie si inserisce così nel più ampio modello della *person-centred care*, ovvero dell'assistenza centrata sulla persona, secondo cui i servizi sanitari devono essere innanzitutto rispettosi e rispondenti ai bisogni e alle preferenze delle persone assistite (Institute of Medicine, 2001).

Questo approccio è coerente con diverse linee guida e iniziative di valutazione e governo dei sistemi sanitari promosse da organismi internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'OCSE (Larson et al., 2019). Ad esempio, quest'ultima, attraverso l'iniziativa PaRIS, ha recentemente promosso lo sviluppo di misure riferite direttamente da pazienti e caregiver, relative alle loro esperienze ed esiti di cura (indicatori PREMs e PROMs), con l'obiettivo di analizzare ciò che conta realmente per le persone e rendere i sistemi sanitari più centrati sugli effettivi bisogni della popolazione (OECD, 2019). Nel contesto italiano, questa prospettiva è stata sviluppata in modo significativo dal Laboratorio Management e Salute (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, attraverso un'esperienza ormai ventennale nella definizione di misure e nella raccolta di dati riportati dagli utenti dei servizi sanitari, nonché nella loro integrazione nei sistemi di valutazione della performance. Queste esperienze mostrano come la raccolta e l'utilizzo sistematico

di tali dati possano sostenere processi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari, favorire il confronto tra professionisti e utenti e rendere disponibili informazioni utili per manager e decisori (De Rosis et al., 2020). Inoltre, è stato recentemente dimostrato anche l'impatto di diversi modelli organizzativi di assistenza infermieristica sull'esperienza degli utenti (De Rosis et al., 2021).

Le esperienze degli utenti assumono un ulteriore valore quando vengono lette insieme all'autovalutazione degli infermieri. La sola prospettiva interna alla professione, infatti, rischia di restituire una rappresentazione parziale e autoreferenziale della qualità dell'assistenza infermieristica. Come evidenziato in precedenza, invece, questa valutazione spetta a chi usufruisce dei servizi. Per questo motivo, nel capitolo, il punto di vista degli utenti viene confrontato, ove possibile, con quello dei professionisti, integrando i dati raccolti nelle due indagini alla popolazione e agli infermieri. Il confronto non intende contrapporre le due prospettive, ma verificare quanto esse siano allineate e dove, invece, emergano differenze significative. Proprio queste differenze rappresentano informazioni preziose: permettono di capire se il valore che gli infermieri attribuiscono al proprio lavoro viene effettivamente riconosciuto da chi riceve assistenza e indicano le aree in cui è necessario intervenire per rendere la qualità della relazione assistenziale effettivamente riconosciuta dagli utenti.

In modo analogo, considerare la popolazione nel suo complesso — e non soltanto gli utenti dei servizi sanitari — consente di ampliare ulteriormente la lettura del riconoscimento sociale della professione infermieristica. La relazione tra cittadini e infermieri viene così analizzata su due piani: da un lato, come esperienza concreta di assistenza vissuta da pazienti e caregiver; dall'altro, come rappresentazione più generale del ruolo, del valore e delle competenze attribuite agli infermieri dalla società. Questa prospettiva è particolarmente rilevante in una fase in cui si discute dell'evoluzione del ruolo infermieristico, dell'ampliamento delle responsabilità professionali e dello sviluppo di nuovi modelli di presa in carico. Comprendere cosa la popolazione riconosce agli infermieri, quali competenze attribuisce loro e quanto sia disponibile ad accettare un ruolo più avanzato permette infatti di individuare il contesto sociale e culturale di partenza per le trasformazioni future della professione.

Seguendo questa impostazione, il paragrafo 6.1, "La relazione con l'utenza", segue l'approccio già utilizzato nel primo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche (anno 2025), nel quale era stata analizzata l'esperienza di assistenza infermieristica degli utenti sanitari nel setting specifico del ricovero ospedaliero, utilizzando i dati dell'Osservatorio PREMs del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. In questo secondo Rapporto, l'analisi considera le esperienze di pazienti e caregiver in diversi setting assistenziali. Vengono quindi approfonditi aspetti quali la comunicazione, il rispetto e la fiducia negli infermieri riportati dagli utenti.

Il paragrafo 6.2, "Il riconoscimento del ruolo da parte della popolazione", analizza quanto la popolazione italiana comprenda il ruolo degli infermieri e ne riconosca il contributo alla salute della collettività. Vengono inoltre approfonditi il livello di fiducia della popolazione verso l'autonomia professionale degli infermieri, la disponibilità dei cittadini a considerare l'infermiere come professionista di riferimento per alcuni bisogni di salute e l'accettazione di un possibile avanzamento del ruolo e delle responsabilità infermieristiche, in particolare nei contesti della prevenzione, della promozione della salute e della gestione delle patologie croniche.

Per prima cosa, è quindi necessario distinguere, all'interno del campione dei rispondenti all'indagine alla popolazione italiana, coloro che hanno avuto interazioni recenti con gli infermieri (negli ultimi tre anni), come pazienti, come caregiver o in entrambi i ruoli, da coloro che non hanno avuto esperienze recenti di assistenza infermieristica (Figura 6.1). Ai partecipanti del primo gruppo (52% del totale) sono state rivolte le domande relative all'esperienza di assistenza infermieristica (paragrafo 6.1), mentre all'intero campione sono state somministrate le domande dedicate al riconoscimento del ruolo degli infermieri (paragrafo 6.2).

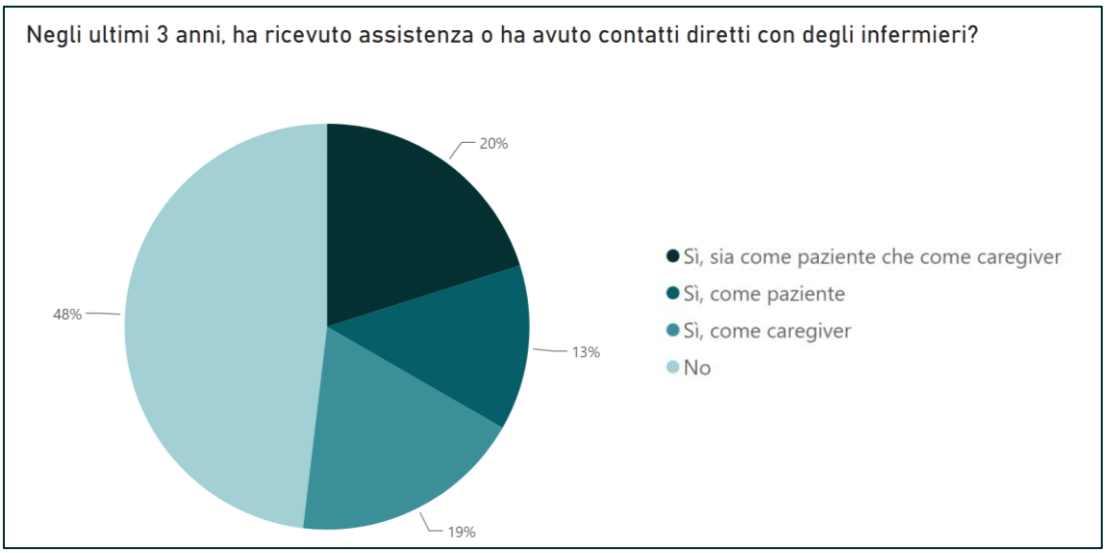


Figura 6.1: Struttura del campione dell'indagine alla popolazione italiana in base all'esperienza di assistenza infermieristica. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Tra i rispondenti che hanno avuto esperienze di assistenza infermieristica, i setting più frequenti per i pazienti sono stati l'ambulatorio specialistico o diagnostico

(44%), il ricovero ospedaliero (43%) e l'ambulatorio del medico di medicina generale (42%). Per i caregiver, invece, le interazioni con gli infermieri si sono concentrate soprattutto nel ricovero ospedaliero (58%), nel pronto soccorso (49%) e nelle RSA (36%). È stato inoltre rilevato se l'ultima interazione con gli infermieri fosse avvenuta nell'ambito di servizi pubblici o privati. Il dato evidenzia una maggiore assistenza infermieristica nel privato man mano che ci si sposta verso setting assistenziali più territoriali: circa il 15% in ambulatori non ospedalieri, intorno al 30% nell'assistenza domiciliare, e circa il 40% nelle strutture residenziali e riabilitative.

6.1 La relazione con l'utenza

I risultati relativi all'esperienza di assistenza infermieristica indipendentemente dal setting assistenziale sono riportati in Figura 6.2. Il primo ambito considerato riguarda la comunicazione. La comunicazione tra infermieri e assistiti rappresenta una componente essenziale, perché non permette soltanto di trasmettere informazioni, ma sostiene anche la partecipazione attiva degli utenti e l'espressione dei loro bisogni, dubbi e necessità (Kwame & Petrucka, 2021). Nel complesso, la valutazione degli utenti è positiva: il 76% ha riferito che gli infermieri hanno avuto un atteggiamento empatico e disponibile all'ascolto "spesso" o "sempre", mentre il 71% ha riportato di aver ricevuto risposte chiare alle proprie domande. Il confronto con la survey agli infermieri, tuttavia, fa emergere differenze significative (Figura 6.3): circa il 90% dei partecipanti ha infatti dichiarato di comunicare efficacemente con i pazienti.

Una dinamica simile emerge rispetto al tema del rispetto del paziente, elemento centrale dell'assistenza infermieristica perché incide sul sentirsi riconosciuti come persone e non soltanto come destinatari di prestazioni sanitarie (Dutra et al., 2022). L'83% degli utenti ha riferito di essere stato trattato "spesso" o "sempre" con rispetto e dignità da parte degli infermieri, a fronte del 96% degli infermieri che dichiara di assistere il paziente rispettandolo come persona. Pur non riducendo il valore delle valutazioni complessivamente positive espresse dagli utenti, queste differenze suggeriscono la presenza di un certo grado di autoreferenzialità nella percezione degli infermieri e indicano la necessità di rafforzare la qualità della relazione assistenziale, affinché sia pienamente riconosciuta dagli utenti.

Anche la fiducia negli infermieri, fondamentale nel sostenere l'adesione alle indicazioni ricevute, la sicurezza percepita e la disponibilità dell'utente ad affidarsi al professionista (Rørtveit et al., 2015), è risultata essere abbastanza elevata. Il 77% degli utenti dichiara di essersi fidato "spesso" o "sempre" delle indicazioni e dei consigli degli infermieri.

Più contenuto è risultato invece il supporto da parte degli infermieri nell'affrontare paure e ansie legate al proprio stato di salute o a quello di un familiare, indicato come presente "spesso" o "sempre" dal 64% degli utenti. Il supporto emotivo rappresenta una componente fondamentale dell'assistenza centrata sulla persona, poiché aiuta pazienti e caregiver a gestire l'incertezza, la vulnerabilità e il carico psicologico connessi alla malattia e ai percorsi di cura (Bradshaw et al., 2022). Questo risultato richiama quindi l'attenzione sulla necessità di un presidio più esplicito e sistematico di questa dimensione. Il dato invita infatti a riflettere su quanto il tema del supporto emotivo sia oggi effettivamente sviluppato nei percorsi di formazione e aggiornamento degli infermieri, così come nelle attività di audit e monitoraggio della qualità dei servizi, e su come possa essere maggiormente attenzionato all'interno di questi strumenti. Allo stesso tempo, va considerato che tale supporto richiede tempo, continuità e condizioni organizzative favorevoli, che potrebbero essere più difficilmente garantibili in contesti caratterizzati da scarsità di personale ed elevati carichi di lavoro.

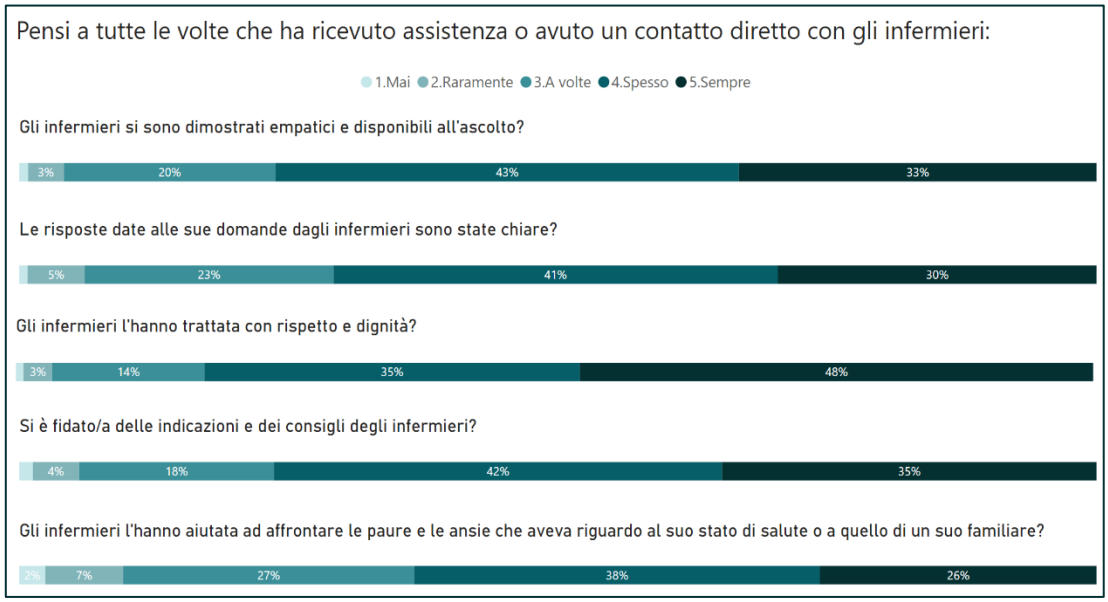


Figura 6.2: Esperienza di assistenza infermieristica (indipendentemente dal setting assistenziale). Risposte: 5.217. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

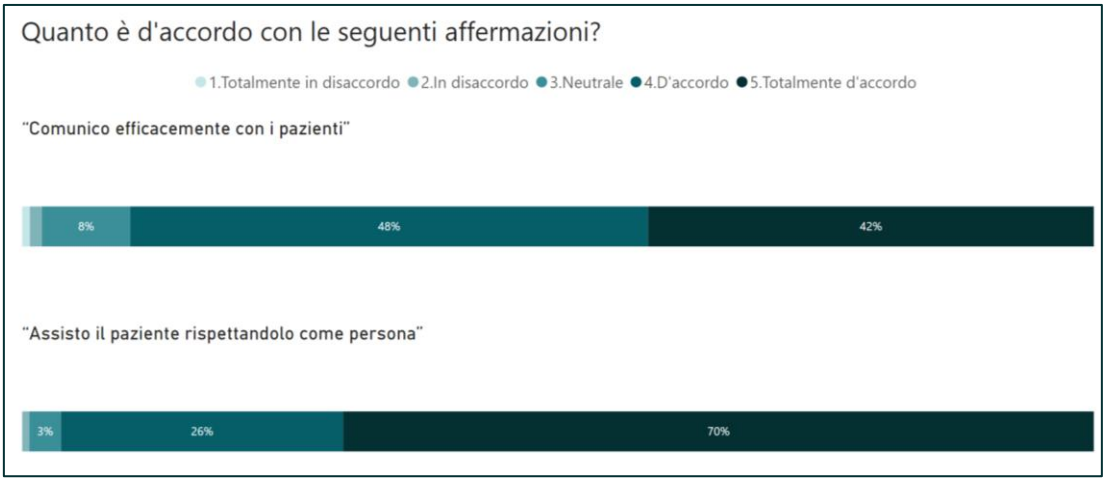


Figura 6.3: Relazione con i pazienti riportata dagli infermieri. Risposte: 7.402. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Infermieri, 2026

I risultati riferiti a specifici setting assistenziali permettono di approfondire ulteriormente alcuni aspetti della relazione tra utenti e infermieri (Figura 6.4). Un primo elemento riguarda il rispetto del paziente durante il ricovero ospedaliero. La domanda relativa al fatto che gli infermieri parlavano tra loro davanti al paziente, come se non fosse presente, rappresenta una sorta di indicatore sentinella, perché traduce in un comportamento concreto un tema rilevato in precedenza in termini generali. Dai dati emerge uno scostamento significativo: se, infatti, l'83% degli utenti ha dichiarato di essersi sentito in generale trattato con rispetto e dignità, solo il 43% dei pazienti ricoverati ha riferito che questo comportamento degli infermieri non si è mai o raramente verificato durante il proprio ricovero, mentre il 30% ha dichiarato che è accaduto "spesso" o "sempre". Questa evidenza invita quindi a una lettura più approfondita del tema del rispetto del paziente, mostrando come indicatori riferiti a comportamenti concreti possano far emergere criticità meno evidenti rispetto alle valutazioni generali della relazione assistenziale.

Altre domande riferite ai diversi setting forniscono ulteriori indicazioni di dettaglio. Sempre per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, il 62% dei rispondenti ha dichiarato che gli infermieri hanno fornito "spesso" o "sempre" informazioni chiare su come gestire il rientro a casa. In pronto soccorso, invece, il 56% ha riportato che gli infermieri si sono occupati "spesso" o "sempre" di rivalutare lo stato di salute o il dolore proprio o di un familiare, mentre una quota analoga ha segnalato un'adeguata gestione di situazioni di nervosismo o conflitto da parte degli infermieri.

Particolarmente rilevante è infine il tema della continuità assistenziale: nel setting domiciliare e nelle strutture residenziali o riabilitative, circa un utente su due ha

riferito che gli infermieri non sono rimasti in contatto in maniera continuativa con il medico di medicina generale. Questo dato evidenzia un'area di intervento significativa, soprattutto nell'attuale fase di rafforzamento dei modelli di assistenza territoriale, in cui il raccordo tra infermieri e medici di medicina generale rappresenta un nodo centrale per sostenere la continuità e la prossimità della presa in carico.



Figura 6.4: Esperienza di assistenza infermieristica in specifici setting assistenziali. Risposte: Ricovero ospedaliero – gli infermieri parlavano tra loro davanti al paziente come se non fosse presente: 1.451; Ricovero ospedaliero – informazioni sul rientro a casa: 3.449; Pronto soccorso – rivalutazione dello stato di salute/dolore: 3.086; Pronto soccorso – gestione di situazioni di nervosismo o conflitto: 2.815; Assistenza domiciliare – contatto con il medico di medicina generale: 1.204; Strutture residenziali o riabilitative – contatto con il medico di medicina generale: 1.741. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Popolazione, 2026

Un ulteriore livello di analisi riguarda le differenze tra sottogruppi del campione degli utenti dei servizi sanitari, considerando l'esperienza complessiva di assistenza infermieristica. Mentre non sono emerse differenze statisticamente significative tra i diversi setting assistenziali, per le principali variabili socio-demografiche si osservano variazioni tutto sommato contenute. Le valutazioni risultano leggermente più positive tra gli uomini rispetto alle donne (76% contro

70%) e tra i rispondenti più anziani, con la differenza maggiore tra la fascia 60-74 anni e quella 30-44 anni (81% contro 69%). Coerentemente, anche le persone in pensione hanno riportato esperienze più positive rispetto ad altre categorie occupazionali. La stratificazione per titolo di studio, invece, non ha fatto emergere differenze rilevanti.

La differenza più marcata riguarda lo stato di salute auto-riferito dai partecipanti (Figura 6.5). La quota di esperienze positive aumenta progressivamente al migliorare dello stato di salute: passa dal 58% tra chi dichiara uno stato di salute "pessimo" all'80% tra chi lo considera "ottimo". Questo dato è coerente con la letteratura, che indica come, nelle valutazioni generali di esperienza e soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari, uno stato di salute peggiore possa associarsi a valutazioni più critiche (Covinsky et al., 1998; Crow et al., 2002; Spezia et al., 2025b). Quando invece l'analisi si concentra su specifici setting assistenziali o su singole dimensioni dell'esperienza, la relazione tra stato di salute e valutazione dell'assistenza può risultare più complessa e, in alcuni casi, assumere anche un andamento diverso (Paddison et al., 2012). In ogni caso, questo risultato segnala la presenza di un sottogruppo già fragile, rappresentato dalle persone con peggiori condizioni di salute, che riporta un'esperienza di assistenza infermieristica meno positiva. Si tratta quindi di un elemento da attenzionare con particolare cura: proprio gli utenti potenzialmente più vulnerabili, e verosimilmente più esposti a percorsi assistenziali complessi o ricorrenti, sembrano restituire una valutazione più critica della relazione con gli infermieri. Il risultato evidenzia l'importanza di rafforzare continuità, ascolto e supporto relazionale soprattutto per questo gruppo, per il quale la qualità dell'assistenza infermieristica può incidere in modo particolarmente rilevante sull'esperienza complessiva di cura.

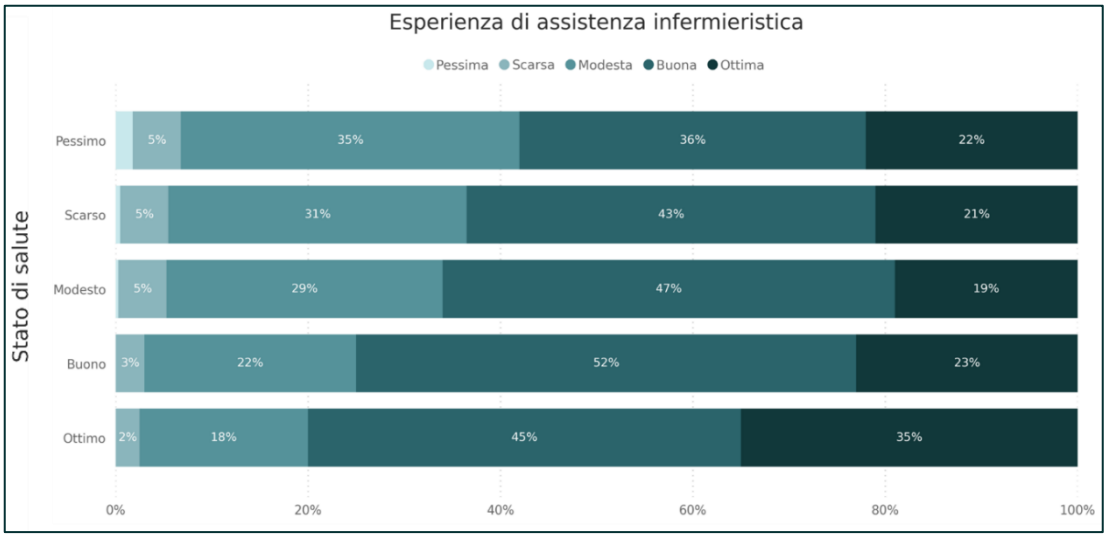


Figura 6.5: Esperienza di assistenza infermieristica in relazione allo stato di salute. Risposte: Stato di salute "Pessimo": 91, Stato di salute "Scarso": 214, Stato d salute "Modesto": 1096, Stato di salute "Buono": 2753, Stato di salute "Ottimo": 1063. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Infine, per quanto riguarda l'analisi a livello regionale (Figura 6.6), emergono differenze complessivamente contenute nell'esperienza di assistenza infermieristica. La quota di esperienze positive ("buona" o "ottima") varia infatti tra circa il 69% e l'83% nelle diverse Regioni. Si osserva comunque un lieve gradiente territoriale, coerente con quanto emerso nell'analisi per macro-area, con valutazioni tendenzialmente più positive nelle Regioni del Nord e leggermente più contenute in quelle del Sud e delle Isole. Nel complesso, tuttavia, la distribuzione dei risultati appare relativamente omogenea, suggerendo una certa trasversalità dell'esperienza di assistenza infermieristica sul territorio nazionale.

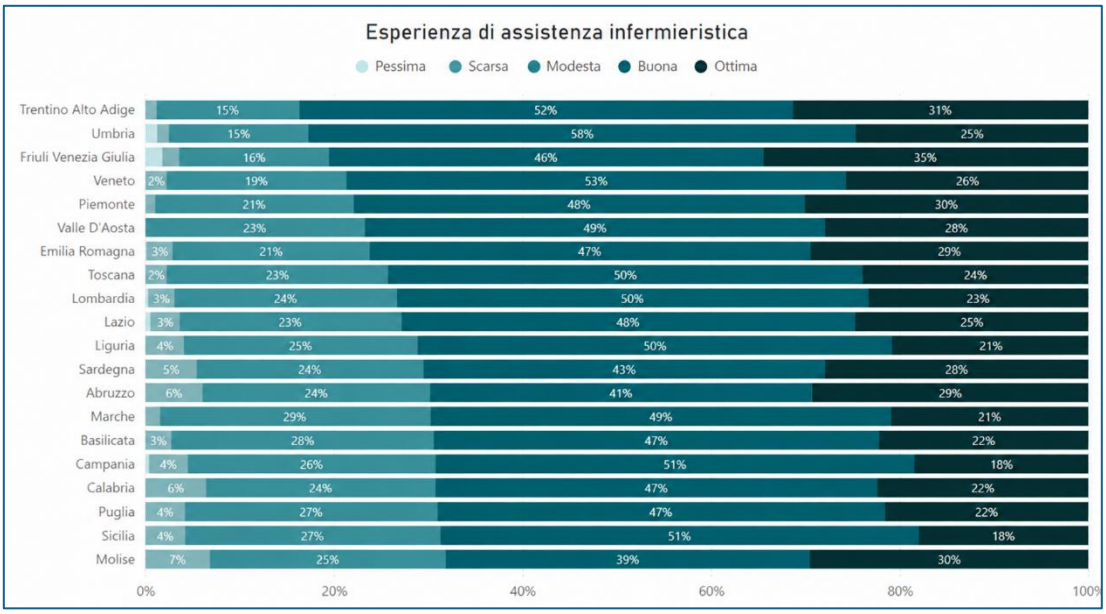


Figura 6.6: Esperienza di assistenza infermieristica nelle Regioni italiane. Risposte per Regione nell'ordine riportato in figura: Trentino Alto Adige: 86; Umbria: 81; Friuli Venezia Giulia: 113; Veneto: 404; Piemonte: 376; Valle D'Aosta: 43; Emilia Romagna: 417; Toscana: 354; Lombardia: 834; Lazio: 549; Liguria: 149; Sardegna: 129; Abruzzo: 116; Marche: 129; Basilicata: 36; Campania: 514; Calabria: 156; Puglia: 310; Sicilia: 377; Molise: 44. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Popolazione, 2026.

Nel complesso, le evidenze emerse restituiscono una valutazione positiva della relazione tra infermieri e utenza. Le esperienze riportate da pazienti e caregiver mostrano risultati favorevoli su diverse dimensioni della relazione assistenziale, come comunicazione, ascolto, rispetto e fiducia, e appaiono sostanzialmente trasversali ai diversi setting, alle aree geografiche e nella maggioranza dei sottogruppi della popolazione. Questo dato conferma quanto già osservato nella prima edizione del Rapporto sulle Professioni Infermieristiche (anno: 2025) rispetto al setting del ricovero ospedaliero, estendendo l'evidenza a una pluralità di contesti assistenziali e all'intero territorio nazionale.

L'analisi offre anche indicazioni operative sulle aree da rafforzare: il supporto emotivo, la continuità della presa in carico, l'attenzione ad alcuni comportamenti quotidiani nel rispetto dei pazienti, e, più in generale, la necessità di un confronto sistematico tra il punto di vista degli infermieri e quello degli utenti, al fine di ridurre il rischio di autoreferenzialità nelle valutazioni dei professionisti. Sono inoltre portati all'attenzione alcuni gruppi e situazioni di maggiore vulnerabilità, in particolare gli utenti con peggiori condizioni di salute, che hanno riportato esperienze di assistenza infermieristica meno positive.

In conclusione, la relazione con l'utenza emerge come un punto di forza della professione infermieristica, da riconoscere e valorizzare. In un contesto caratterizzato da criticità organizzative, carichi di lavoro elevati e crescente complessità dei bisogni assistenziali, la qualità della relazione tra infermieri, pazienti e caregiver costituisce non solo un indicatore centrale dell'esperienza assistenziale, ma anche una risorsa professionale e organizzativa su cui investire per sostenere la professione infermieristica stessa.

6.2 Il riconoscimento del ruolo da parte della popolazione

In primo luogo, è stato considerato il riconoscimento generale del ruolo degli infermieri da parte della popolazione (Figura 6.7). Il quadro che emerge è complessivamente positivo: l'85% dei rispondenti concorda sul fatto che gli infermieri abbiano un ruolo importante per la salute della popolazione. Inoltre, il 63% dichiara che sarebbe felice se un proprio figlio o una propria figlia intraprendesse un percorso di studi per diventare infermiere. Questo dato risulta particolarmente interessante se confrontato con quanto emerso dall'indagine rivolta agli infermieri, nella quale la quota di professionisti che esprime la stessa posizione è molto più bassa, pari al 22%. Questi risultati indicano una buona immagine pubblica della professione infermieristica. Nella stessa direzione va letto il fatto che solo il 44% dei rispondenti concorda con l'affermazione secondo cui il lavoro degli infermieri è riconosciuto e valorizzato dalla società: il dato suggerisce infatti che la popolazione percepisce la necessità di un maggiore riconoscimento sociale del ruolo infermieristico.

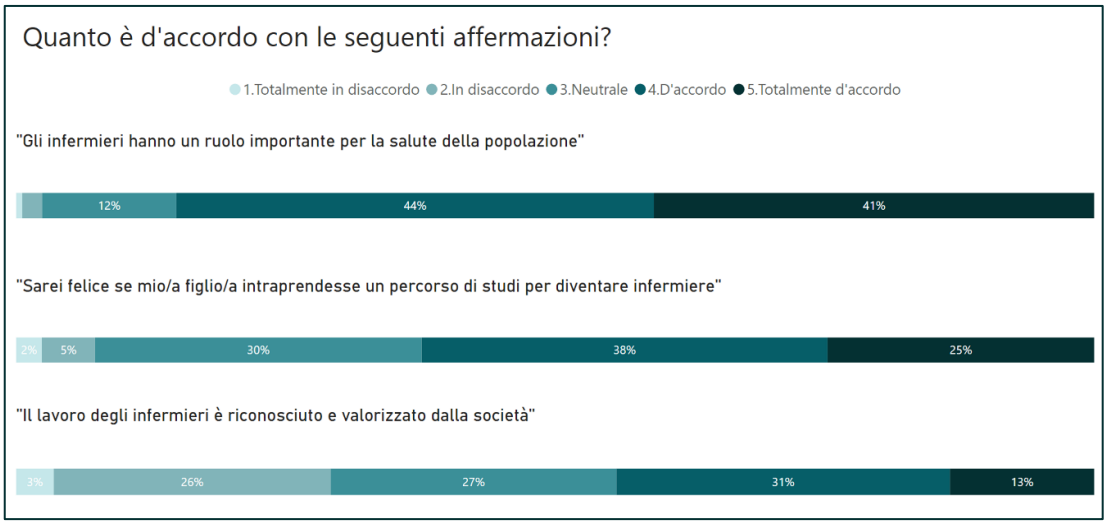


Figura 6.7: Riconoscimento del ruolo degli infermieri. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Quando si passa dal riconoscimento generale del ruolo alle attività e alle funzioni specifiche degli infermieri, il quadro diventa più articolato (Figura 6.8). Da un lato, si osserva una buona apertura da parte della popolazione verso alcuni modelli di presa in carico: il 60% dei rispondenti sarebbe interessato ad avere un infermiere di riferimento che segua nel tempo la propria salute e quella della propria famiglia, il 58% vorrebbe avere la possibilità di richiedere una visita domiciliare da parte di un infermiere e il 48% sarebbe interessato a effettuare una videochiamata con un infermiere in caso di problemi di salute di minore entità. Dall'altro lato, quando il ruolo infermieristico viene messo più direttamente in relazione con quello del medico o con una possibile evoluzione delle responsabilità professionali, emergono maggiori resistenze. Il 65% dei rispondenti concorda con l'affermazione secondo cui gli infermieri lavorano solo su indicazione del medico nella cura della malattia. Inoltre, sebbene il 77% riconosca che serva una laurea per fare l'infermiere, rimane una quota non trascurabile di popolazione che esprime disaccordo o incertezza su questo punto. Anche la disponibilità verso forme più avanzate di autonomia infermieristica appare più contenuta: il 49% preferirebbe poter contattare un infermiere per piccoli problemi di salute senza passare dal medico, mentre solo il 39% si fiderebbe se un infermiere potesse prescrivere esami di controllo o vaccini.



Figura 6.8: Riconoscimento del ruolo degli infermieri in attività specifiche. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Queste evidenze sono ulteriormente corroborate dalla domanda rivolta ai cittadini sul professionista sanitario di fiducia per problemi di salute minori o quotidiani, sia nella situazione attuale sia in quella desiderata per il futuro (Figura 6.9). In entrambi i casi, la quota di rispondenti che indica l'infermiere come professionista di riferimento rimane molto contenuta. Il dato più rilevante riguarda però il forte peso attribuito al medico specialista, che aumenta addirittura nella prospettiva desiderata per il futuro (passando dal 19% al 33%). Questo risultato suggerisce che, anche per bisogni di salute a bassa intensità assistenziale, una parte consistente della popolazione identifichi nello specialista il principale punto di riferimento. Pertanto, in questo quadro, se pure il ruolo del medico di medicina generale non risulta ancora pienamente consolidato nelle preferenze espresse dalla popolazione, anche per bisogni di salute minori, appare ancora più difficile immaginare un pieno riconoscimento dell'infermiere come professionista di riferimento per gli stessi bisogni.

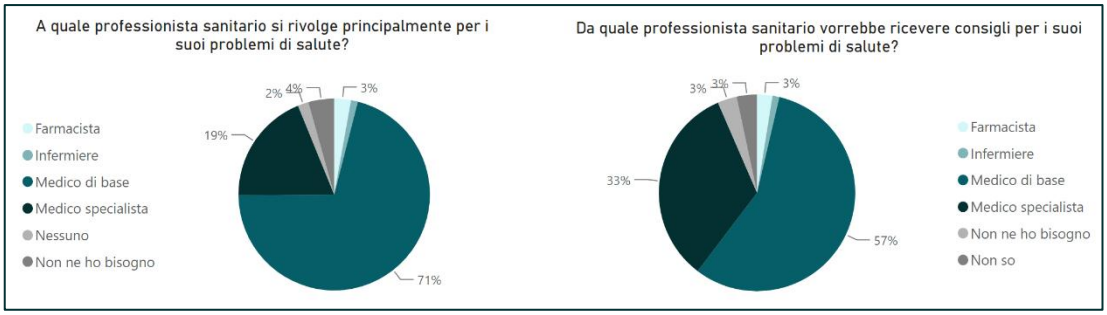


Figura 6.9: Professionista sanitario di riferimento attuale e desiderato. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Analizzando i dati per sottogruppi della popolazione, definiti sulla base delle principali variabili socio-demografiche, non emergono differenze particolarmente marcate nel riconoscimento del ruolo degli infermieri. Fa eccezione l'età, per la quale si osserva un gradiente inverso: al crescere dell'età diminuisce il livello di riconoscimento. Ad esempio, il livello massimo di riconoscimento del ruolo degli infermieri riguarda il 36% dei rispondenti tra 18 e 29 anni, contro il 20% dei rispondenti con più di 60 anni.

Un'altra differenza rilevante riguarda l'aver avuto o meno una recente esperienza di assistenza infermieristica (Figura 6.10). Le persone che sono entrate recentemente in contatto con gli infermieri tendono infatti a mostrare un maggiore riconoscimento del loro ruolo. Questo effetto è particolarmente evidente tra chi ha vissuto l'esperienza sia come paziente sia come caregiver: in questo gruppo, il riconoscimento massimo raggiunge il 36%, contro il 21% tra chi non ha avuto esperienze recenti di assistenza infermieristica.

Questi dati suggeriscono che, da un lato, le generazioni più giovani mostrano una maggiore apertura e familiarità rispetto al ruolo degli infermieri; dall'altro, il contatto diretto con l'assistenza infermieristica contribuisce a rendere più visibili e comprensibili le competenze professionali, rafforzandone il riconoscimento da parte della popolazione.

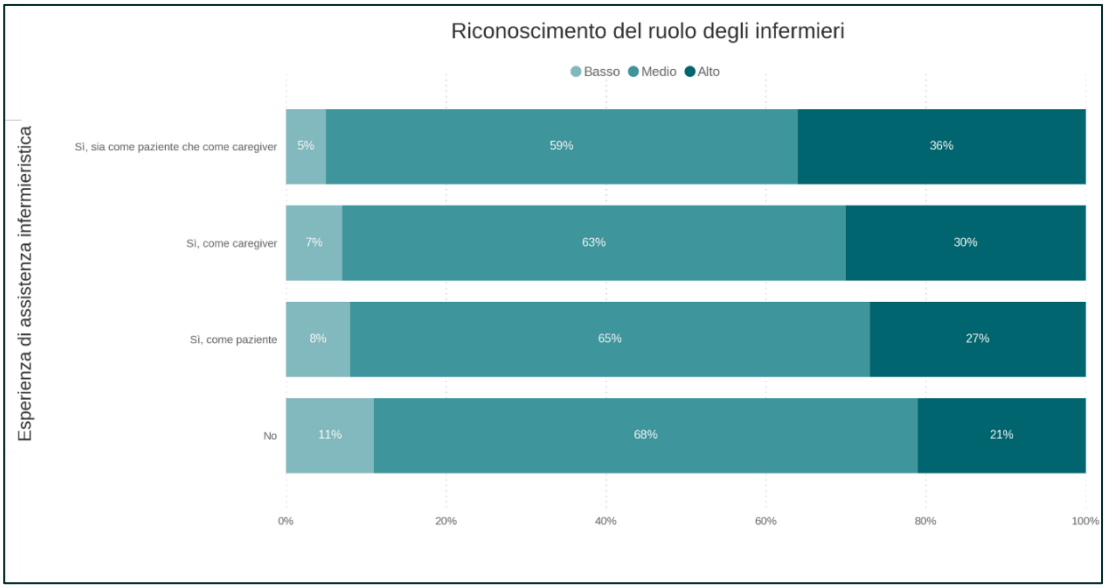


Figura 6.10: Riconoscimento del ruolo degli infermieri in base ad esperienza di assistenza infermieristica. Risposte: Esperienza sia come paziente che come caregiver: 2.021, Esperienza solo come caregiver: 1.868, Esperienza solo come paziente: 1.328, Nessuna esperienza di assistenza infermieristica (negli ultimi tre anni): 4.836. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Per quanto riguarda l'analisi a livello territoriale (Figura 6.11), le differenze risultano complessivamente contenute. In tutte le Regioni, la grande maggioranza dei rispondenti si colloca su un livello intermedio di riconoscimento del ruolo, con valori compresi tra il 63% e il 79%, mentre le quote di riconoscimento basso e alto mostrano variazioni relativamente contenute. Non emerge nemmeno un chiaro gradiente territoriale, ma piuttosto un quadro sostanzialmente omogeneo tra le Regioni, che suggerisce come la comprensione e il riconoscimento del ruolo infermieristico rappresentino un tema trasversale all'intero territorio nazionale.

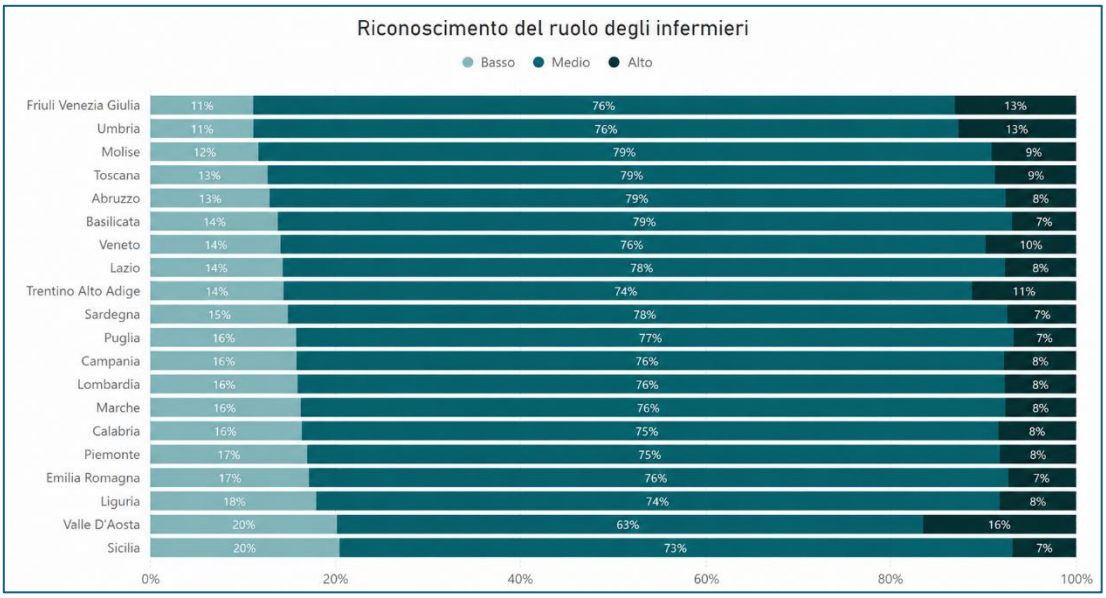


Figura 6.11: Riconoscimento del ruolo degli infermieri nelle Regioni italiane. Risposte per Regione, nell'ordine riportato in figura: Friuli-Venezia Giulia: 215; Umbria: 143; Molise: 77; Toscana: 614; Abruzzo: 224; Basilicata: 87; Veneto: 817; Lazio: 963; Trentino Alto Adige: 180; Sardegna: 269; Puglia: 653; Campania: 936; Lombardia: 1.689; Marche: 252; Calabria: 311; Piemonte: 719; Emilia Romagna: 752; Liguria: 256; Valle D'Aosta: 79; Sicilia: 805. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche – Survey Popolazione, 2026.

Infine, attraverso il *Discrete Choice Experiment* — DCE — sono state studiate le preferenze dei cittadini rispetto a uno scenario di organizzazione di una visita di controllo per un paziente cronico (Figura 6.12). L'obiettivo era comprendere quali caratteristiche dello scenario assistenziale incidessero maggiormente sulle scelte della popolazione e quale combinazione risultasse complessivamente preferita. Per una spiegazione completa della metodologia del DCE si veda il paragrafo 2.2.3; per i risultati del DCE nell'indagine agli infermieri (costruito sullo stesso scenario) si veda il paragrafo 4.2.

I risultati mostrano che, nello scenario proposto, l'elemento che pesa nettamente di più nelle preferenze dei cittadini è il ruolo dei professionisti durante la visita (63,4%), cioè chi svolge la visita e con quale livello di autonomia. A differenza di quanto emerso nella survey agli infermieri, la combinazione ottimale per la popolazione non è quella in cui l'infermiere conduce la visita in autonomia, ma quella in cui il medico conduce la visita e l'infermiere svolge attività di supporto, come misurazioni e raccolta di dati.

Il secondo attributo per importanza è la continuità dei professionisti coinvolti nella presa in carico (31,3%). Anche per i cittadini, quindi, rimane rilevante la presenza di professionisti di fiducia che seguano il paziente nel tempo, richiamando il valore della relazione continuativa e della conoscenza del percorso di cura,

particolarmente importante nella gestione delle cronicità. La prenotazione della visita, invece, ha un peso molto più contenuto (5,3%): la combinazione ottimale premia comunque un modello in cui i professionisti contattano proattivamente il paziente per programmare la visita, ma questo elemento incide molto meno sulla scelta rispetto al ruolo svolto da medico e infermiere durante il controllo.

Nel complesso, dall'analisi emerge una combinazione in cui i cittadini preferiscono una presa in carico proattiva e continuativa, ma all'interno di un modello ancora fortemente centrato sul medico come figura principale nella conduzione della visita. Il dato suggerisce quindi che, per la popolazione, la continuità assistenziale e la sanità di iniziativa sono elementi apprezzati, ma non sufficienti a modificare le preferenze rispetto alla sostituzione del medico da parte dell'infermiere nello svolgimento della visita di controllo.

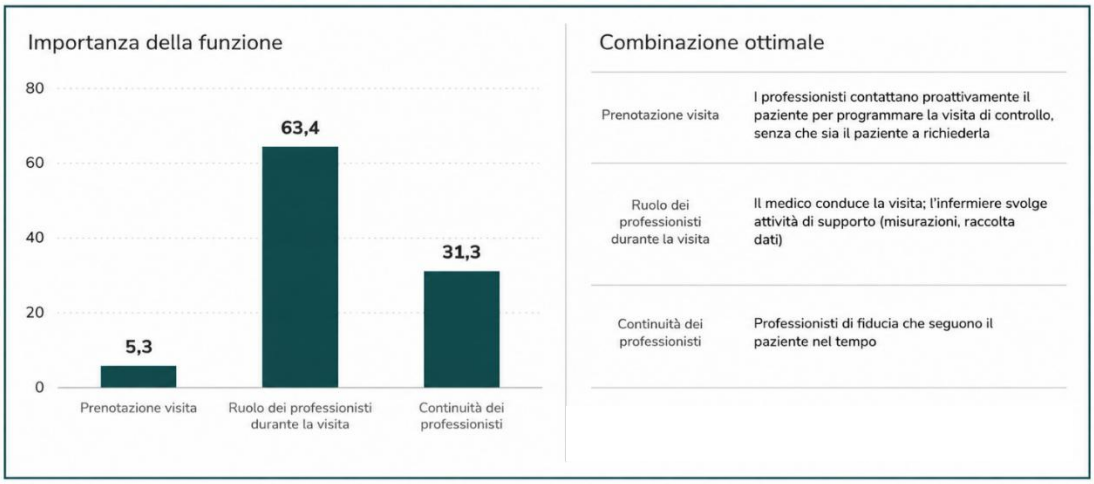


Figura 6.12: Risultati del *Discrete Choice Experiment* (DCE) della popolazione. Risposte: 10.053. Fonte dati: Rapporto Professioni Infermieristiche - Survey Popolazione, 2026

Nel complesso, le evidenze presentate in questo paragrafo offrono una lettura inedita e particolarmente rilevante del riconoscimento del ruolo infermieristico da parte della popolazione italiana. Grazie alla disponibilità di dati strutturati su un campione rappresentativo a livello nazionale, è stato possibile affiancare alla valutazione generale dell'immagine della professione un approfondimento su quanto i cittadini conoscano, comprendano e siano disponibili ad accettare un possibile avanzamento del ruolo degli infermieri.

Il quadro che emerge mostra una distanza tra riconoscimento generale e riconoscimento operativo del ruolo. Da un lato, la popolazione attribuisce agli

infermieri un ruolo importante per la salute collettiva e ne riconosce un'immagine pubblica positiva; dall'altro, quando si entra nel merito delle attività specifiche, dell'autonomia professionale e del rapporto con il medico, emergono alcune resistenze e incertezze. In questo senso, il riconoscimento simbolico della professione appare più forte rispetto all'accettazione concreta di modelli assistenziali in cui l'infermiere assuma un ruolo più avanzato.

Questa distanza risulta ancora più significativa se letta in relazione a quanto emerso dall'indagine rivolta agli infermieri. Mentre i professionisti mostrano una maggiore disponibilità all'avanzamento del ruolo e all'assunzione di nuove responsabilità, la popolazione appare oggi più cauta, soprattutto quando tale evoluzione implica una ridefinizione del rapporto tra infermiere e medico. Il DCE conferma questa dicotomia: nello stesso scenario della visita di controllo per il paziente cronico, i cittadini continuano a preferire un modello in cui il medico conduce la visita e l'infermiere svolge funzioni di supporto, a differenza di quanto osservato tra gli infermieri, che si dichiarano in maggioranza pronti ad assumere la guida della visita.

Questi risultati indicano una condizione essenziale da considerare nei processi di evoluzione del ruolo infermieristico. Se l'avanzamento delle responsabilità sarà sviluppato sul piano organizzativo e normativo, dovrà necessariamente essere accompagnato da un investimento culturale e comunicativo rivolto alla popolazione, capace di rendere più visibili le competenze degli infermieri, i loro percorsi formativi e il contributo specifico che possono offrire, specialmente negli ambiti della prevenzione, della promozione della salute e della gestione della cronicità. Solo in questo modo la trasformazione del ruolo potrà essere non solo tecnicamente realizzabile, ma anche socialmente sostenibile, grazie alla fiducia della popolazione nella professione infermieristica e al pieno riconoscimento del suo valore.

Capitolo 7. Conclusioni e sviluppi futuri

Il Rapporto restituisce un quadro articolato della professione infermieristica in Italia, integrando fonti, metodi e prospettive differenti. La lettura congiunta degli indicatori tecnico-strutturali, delle prime indagini nazionali a elevata numerosità campionaria rivolte agli infermieri e alla popolazione e degli approfondimenti qualitativi sull'assistenza infermieristica nei sistemi sanitari regionali consente di costruire una rappresentazione quanto più globale della professione, fondata sull'integrazione di punti di osservazione complementari.

Il Rapporto presenta così lo stato dell'arte sulle condizioni organizzative, professionali e sociali entro cui il ruolo infermieristico viene oggi esercitato e riconosciuto nel nostro Paese, approfondendone al contempo le prospettive di sviluppo, lette sia dall'interno, attraverso il punto di vista degli infermieri nei diversi contesti organizzativi e nel sistema sanitario, sia dall'esterno, attraverso l'esperienza degli utenti dei servizi sanitari e, più in generale, la visione dei cittadini.

Le evidenze raccolte rafforzano la consapevolezza che l'assistenza infermieristica non possa essere considerata esclusivamente una questione settoriale o interna alla sola professione. Al contrario, essa emerge come una componente strettamente connessa e strategica per la sostenibilità presente e futura del Servizio Sanitario Nazionale. Il Rapporto evidenzia le principali opportunità e sfide che caratterizzeranno la professione nei prossimi anni, legate alla capacità del sistema di rispondere efficacemente all'evoluzione dei bisogni della popolazione attraverso un'assistenza infermieristica di alta qualità e di accompagnare la transizione verso i nuovi modelli assistenziali fondati su prossimità, territorialità e continuità della presa in carico.

Il Rapporto mette a disposizione una base di evidenze ampia e rigorosa a supporto del confronto tra i molteplici attori coinvolti – professionisti, organizzazioni sanitarie, istituzioni, rappresentanze della professione, decisori e cittadini. L'obiettivo è di fornire uno strumento di lavoro che possa orientare le scelte di programmazione e le politiche di sviluppo della professione infermieristica e, più in generale, del Servizio Sanitario Nazionale.

In questa prospettiva si collocano gli sviluppi futuri del Rapporto. Le evidenze presentate nelle pagine precedenti costituiscono infatti la prima fase di un percorso più ampio, che proseguirà con un approfondimento specifico a livello regionale. Nell'autunno del 2026 sarà presentato un documento dedicato, con una lettura di dettaglio dei risultati su base regionale, orientata a restituire il posizionamento dei

diversi sistemi sanitari regionali rispetto alle dimensioni e agli indicatori più rilevanti per la professione infermieristica.

Tali indicatori, costruiti a partire dai dati raccolti in questo Rapporto, non avranno la funzione di produrre classifiche o di semplificare la complessità dei contesti, ma di mettere a disposizione una base comune di confronto. L'obiettivo sarà leggere differenze e variabilità territoriali, individuare punti di forza e aree di criticità, e valorizzare le buone pratiche che emergeranno dall'analisi.

Questa seconda fase avrà quindi l'obiettivo di facilitare l'utilizzo delle evidenze nei tavoli di programmazione regionali, a supporto di interventi e processi di miglioramento della qualità dei servizi. Si tratterà, in questo senso, di uno strumento di lavoro per il *benchmarking*, inteso non come esercizio classificatorio, ma come spazio di confronto informato, capace di sostenere riflessioni condivise sia all'interno dei singoli sistemi sanitari regionali sia tra sistemi diversi.

Il Secondo Rapporto sulle Professioni Infermieristiche e la collaborazione tra FNOPI e Scuola Superiore Sant'Anna non si esauriscono quindi nell'analisi dei risultati presentati in questo documento, ma si pongono l'obiettivo di generare un impatto duraturo, attraverso una riflessione condivisa e l'utilizzo delle evidenze prodotte per sostenere l'evoluzione della professione e il miglioramento della qualità del sistema sanitario del nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, *344*, e1717. https://doi.org/10.1136/bmj.e1717
- Bradshaw, J., Siddiqui, N., Greenfield, D., & Sharma, A. (2022). Kindness, listening, and connection: Patient and clinician key requirements for emotional support in chronic and complex care. *Journal of Patient Experience*, *9*, 23743735221092627. https://doi.org/10.1177/23743735221092627
- Calamandrei, C., Orlandi, C., Pennini, A., Porcelli, B., & Casati, G. (2025). *Manuale di management per le professioni sanitarie* (5ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M.-M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, *13*(4), 223–229. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00071.x
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, *6*(32), 1–244. https://doi.org/10.3310/hta6320
- De Rosis, S., Barchielli, C., Vainieri, M., & Bellé, N. (2022). The relationship between healthcare service provision models and patient experience. *Journal of Health Organization and Management*, *36*(9), 1–24. https://doi.org/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*, Article 315. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05099-4

- Dutra, P. E. P., Quagliato, L. A., & Nardi, A. E. (2022). Improving the perception of respect for and the dignity of inpatients: A systematic review. *BMJ Open*, *12*(5), e059129. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059129
- FNOPI. (2025). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf
- Gesner, E. J., Dykes, P. C., Zhang, L., & Gazarian, P. K. (2022). Documentation burden in nursing and its role in clinician burnout syndrome. *Applied Clinical Informatics*, *13*(5), 983–990. https://doi.org/10.1055/s-0042-1757157
- González García, A., Pinto-Carral, A., Sanz Villorejo, J., & Marqués-Sánchez, P. (2020). Nurse manager core competencies: A proposal in the Spanish health system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9), Article 3173. https://doi.org/10.3390/ijerph17093173
- Istat (2023). *Registro statistico dei professionisti sanitari di Istat.* https://www.istat.it/tavole-di-dati/i-professionisti-sanitari-attivi-anni-2021-2023/
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10027
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/12956
- Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna, & Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). *Rapporto professioni infermieristiche* (M. Vainieri & L. Taddeucci, a cura di). Edizioni Campano. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-FNOPI-S.ANNA-ok.pdf
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, *20*, Article 158. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2
- Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, *97*(8), 563–569. https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201

- Mastrillo A, Bevacqua L, Cenerelli E. Corsi di laurea delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'anno accademico 2025–2026.
- Ministero della Salute. (2022). Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, (144).
- Ministero della Sanità. (1994). Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739: Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, (6).
- Moore, E. C., Tolley, C. L., Bates, D. W., & Slight, S. P. (2020). A systematic review of the impact of health information technology on nurses' time. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *27*(5), 798–807. https://doi.org/10.1093/jamia/ocz231
- Moschetti M., De Rosis S., & Nuti S. (2025). *Making Patient Measures Count: Bridging Patient-Reported Nursing Care Indicators and Health System Performance for People-centered Management in Tuscany*. EHMA conference 2025. https://ehmaconference.org/wp-content/uploads/2025/07/Making-patient-measures-count_bridging-patient-reported-nursing-care-indicator-in-Tuscany-ID-272.pdfv
- OECD. (2019). *Measuring what matters: The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) initiative*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/2148719d-en
- OECD (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en
- Paddison, C. A. M., Elliott, M. N., Parker, R. A., Staetsky, L., Lyratzopoulos, G., Campbell, J. L., & Roland, M. (2012). Should measures of patient experience in primary care be adjusted for case mix? Evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Quality & Safety*, *21*(8), 634–640. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000737
- Parlamento Italiano. (1999). Legge 26 febbraio 1999, n. 42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, (50).
- Parlamento Italiano. (2000). Legge 10 agosto 2000, n. 251: Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della

prevenzione e della professione ostetrica. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, (208).

- Parlamento Italiano. (2002). Legge 8 gennaio 2002, n. 1: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale*, (8).
- Rørtveit, K., Sætre Hansen, B., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., & Severinsson, E. (2015). Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship: A systematic review of qualitative studies. *Open Journal of Nursing*, *5*(3), 195–209. https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53024
- Spezia, N., Masella, C., Colturi, C., Melfa, G., Ullo, I., Pianca, S., Costantino, M. L., & Casagrande, G. (2025). Unlocking Patient and Professional Value Through Patient Experience: Preliminary Development and Validation of the Patient Experience Assessment of In-Center Hemodialysis (PEACHD) Survey. *Journal of patient experience*, 12, 23743735251314653. https://doi.org/10.1177/23743735251314653
- Spezia, N., De Rosis, S., & Nuti, S. (2025). The relationship between Sense of Community and perceived service quality: Rethinking the role of local communities in sustaining rural health and social care. *BMC Health Services Research*, *25*(1), Article 716. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12817-3
- VERBI Software. (2026). *MAXQDA* (Version 26) [Computer software]. https://www.maxqda.com
- World Health Organization. (2007). *Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines*. https://iris.who.int/items/b5c624db-537c-4e80-83f2-269f063fb8bb
- World Health Organization. (2025). *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236

Appendice

I report completi delle indagini agli infermieri e alla popolazione italiana sono disponibili in formato digitale sul sito web della FNOPI.