



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio Sanitari

**L'INFERMIERE DIRIGENTE NEL PANORAMA SANITARIO
ITALIANO: PROSPETTIVE FUTURE NELLE AZIENDE
SANITARIE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA**

**THE NURSE MANAGER IN THE ITALIAN HEALTHCARE
SYSTEM: FUTURE PERSPECTIVES IN THE LOCAL
HEALTH CENTERS OF FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Luca Del Bene

Tesi di Laurea di:
Alessio Bellan

Anno Accademico 2022 – 2023

Al Professore Luca Del Bene per i fondamenti insegnati, per i preziosi consigli, per avermi instradato nell'usare il pensiero critico, per il supporto datomi sempre con gentilezza e disponibilità

A Michela, che con la sua tenacia e determinazione mi sostiene nel raggiungere i miei traguardi e per avere sempre creduto nelle mie capacità

A Roberto per avermi ascoltato nei momenti impegnativi e per la vicinanza anche da chilometri di distanza

Alla mia famiglia per il costante incoraggiamento durante questo cammino

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 – PANORAMICA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA DURANTE IL NOVECENTO	10
1.1 CONCETTI INTRODUTTIVI	10
1.2 INFERMIERISTICA IN ITALIA: EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE	12
1.3 CONSIDERAZIONI SULL’EVOLUZIONE DEL PROFILO	34
CAPITOLO 2 – NASCITA DEL PROFILO DELL’INFERMIERE DIRIGENTE E DESCRIZIONE DEL PROFILO	37
2.1 NOZIONI DI DIRIGENZA E CENNI DI DIRIGENZA IN SANITÀ.....	37
2.2 IL SERVIZIO DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA	43
2.3 L’INFERMIERE DIRIGENTE: RUOLO, FUNZIONI, ATTIVITÀ.....	45
CAPITOLO 3 – PROSPETTIVE FUTURE DELL’INFERMIERE DIRIGENTE NELLE AZIENDE SANITARIE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA	55
3.1 LA PREMESSA: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA E LA MISSIONE SALUTE.....	55
3.2 ELEMENTI PRINCIPALI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA ...	61
3.3 PROSPETTIVE FUTURE DELL’INFERMIERE DIRIGENTE NELLE AZIENDE SANITARIE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA	65
CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE	70
CONCLUSIONI	75
BIBLIOGRAFIA	79
SITOGRAFIA	80
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	82
DELIBERE REGIONE FRIULI VENEZIA-GIULIA DI RIFERIMENTO	90

INTRODUZIONE

Il percorso evolutivo della professione infermieristica in Italia, sviluppatosi principalmente nel corso del Novecento, rappresenta un intricato itinerario caratterizzato da significative novazioni. Questo cammino è stato plasmato e modellato da una sinergia di forze, tra cui i mutamenti profondi verificatisi a livello sociale, le costanti evoluzioni della normativa sanitaria, il progresso delle scienze mediche e gli avanzamenti significativi nel settore della formazione professionale. L'evoluzione della professione infermieristica non può essere disgiunta dalla complessa trama di cambiamenti che hanno caratterizzato il Novecento italiano. Durante questo periodo, l'Italia ha vissuto trasformazioni radicali: l'epoca di controllo autoritario monarchico, il primo dopoguerra con il regime totalitario fascista, il secondo dopoguerra con la nascita della Repubblica e la tutela costituzionale del diritto alla salute, l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale e la sua profonda riforma negli anni Novanta. Questi eventi hanno innescato modificazioni nella percezione e nell'organizzazione del lavoro infermieristico, modellando il contesto in cui gli infermieri svolgevano le proprie attività.

La normativa sanitaria, costantemente in evoluzione nel corso del Novecento, ha giocato un ruolo cruciale nel plasmare la professione infermieristica. Dall'istituzione delle scuole-convitto fino alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale ed alla successiva aziendalizzazione degli anni Novanta, l'ambito

normativo ha influenzato la definizione dei ruoli, delle responsabilità e delle competenze degli infermieri. Questi processi normativi hanno segnato la progressiva autonomia della professione infermieristica, consentendole di assumere un ruolo centrale nella gestione dell'assistenza al malato e nell'erogazione delle cure.

I progressi nella formazione professionale hanno rappresentato un pilastro fondamentale nello sviluppo della professione infermieristica. L'incremento delle conoscenze scientifiche, l'adozione di nuove metodologie di insegnamento e la promozione della ricerca hanno contribuito a elevare il profilo professionale degli infermieri. La formazione continua e l'adattamento alle nuove esigenze assistenziali del sistema sanitario hanno reso gli infermieri professionisti sempre più competenti ed esperti nel corso del secolo scorso.

L'obiettivo di questa tesi è analizzare l'evoluzione del profilo dell'infermiere dirigente in Italia, con uno sguardo particolare al percorso che ha portato alla definizione e all'affermazione di tale figura e contestualizzandola alla realtà del Friuli Venezia-Giulia. Attraverso l'esplorazione di diverse epoche, si mira a tracciare una mappa delle trasformazioni della professione, delle normative e dei progressi formativi che hanno plasmato la figura dell'infermiere dirigente. Inoltre, il lavoro si propone di delineare con precisione il profilo dell'infermiere dirigente, esaminando in dettaglio le sue funzioni, responsabilità e competenze all'interno del contesto sanitario italiano. Si approfondiranno i cambiamenti legislativi ed

organizzativi che hanno contribuito a ridefinire il ruolo della dirigenza infermieristica, conferendole sempre maggiore importanza nelle decisioni strategiche all'interno delle Aziende Sanitarie.

Grazie alle considerazioni derivate dallo studio dell'evoluzione storica del profilo dell'infermiere dirigente, si punta a tracciare un percorso ipotetico che consiste nell'esaminare le prospettive future di questa figura, focalizzandosi specificamente sulle dinamiche regionali del Friuli Venezia-Giulia. Si intende esplorare come le nuove impostazioni del Sistema Sanitario Regionale, in linea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, possano influenzare il ruolo dell'infermiere dirigente.

Pertanto, ai fini di suddetta ricerca, la tesi sarà strutturata in quattro parti che si articolano nel seguente modo: nel primo capitolo verrà esplorata l'evoluzione della professione infermieristica in Italia attraverso diverse fasi cruciali, dall'era del Regno d'Italia all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, fino agli anni Duemila. Verranno espresse considerazioni sull'evoluzione del profilo infermieristico, mettendo in luce il passaggio da un ruolo subordinato ed ausiliario a una posizione autonoma e responsabile all'interno del contesto sanitario. Nella seconda parte, composta dal secondo capitolo, verranno approfondite la nascita e la descrizione del profilo dell'infermiere dirigente, esplorando concetti di dirigenza sanitaria e normativi che delineano il contesto in cui opera quest'ultimo. Saranno esaminati il ruolo, le funzioni e le attività dell'infermiere dirigente, gettando le basi per una comprensione profonda di questa figura nel panorama sanitario. La terza

parte, composta dal terzo capitolo, proietta lo sguardo verso il futuro, osservando le prospettive dell'infermiere dirigente nelle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia-Giulia e contestualizzando la discussione alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della Missione Salute, fornendo anche una descrizione degli elementi principali del Sistema Sanitario Regionale. Verranno inoltre esplorate le sfide e le opportunità che attendono l'infermiere dirigente, evidenziando il suo ruolo strategico nella guida del cambiamento e nel contributo al miglioramento continuo del sistema sanitario. La parte finale, composta dal quarto e dal quinto capitolo, presenterà un'analisi derivata dal sunto e dall'elaborazione dei concetti precedentemente studiati.

Per quanto riguarda la descrizione dell'evoluzione del profilo dell'infermiere, la nascita della dirigenza infermieristica ed i concetti inerenti ruolo ed attività di quest'ultima nel contesto del Sistema Sanitario Nazionale, sono state utilizzate fonti bibliografiche derivanti da testi specifici su tali argomenti; ad essi, sono stati integrati i principali riferimenti normativi contestualizzati cronologicamente di volta in volta. Per quanto concerne le prospettive future dell'infermiere dirigente all'interno delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia-Giulia, le fonti principali di analisi sono state le normative correlate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le normative sanitarie specifiche regionali. Dallo studio combinato delle fonti sono successivamente stati dedotti i concetti portati in approfondimento nel presente elaborato.

Nell'ottica futura, questa tesi si propone di ipotizzare le prospettive che caratterizzeranno il ruolo dell'infermiere dirigente, con uno sguardo mirato al contesto regionale del Friuli Venezia-Giulia. L'analisi delle nuove dinamiche organizzative, tecnologiche e assistenziali fornirà una visione sul ruolo strategico dell'infermiere dirigente nel guidare il cambiamento ed il contributo fornito all'interno dei processi di innovazione del sistema sanitario regionale per quanto concerne l'assistenza territoriale ed ospedaliera. Le conclusioni, quindi, si concentreranno sull'evoluzione della dirigenza infermieristica, analizzando quali potranno essere gli sviluppi dell'infermiere dirigente nelle nuove dinamiche sanitarie che verranno a crearsi ed esaminandoli all'interno del contesto specifico del Friuli Venezia-Giulia.

CAPITOLO 1 – PANORAMICA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA DURANTE IL NOVECENTO

1.1 CONCETTI INTRODUTTIVI

Agli inizi del secolo Novecento la professione infermieristica era prevalentemente una attività di tipo ausiliario alla disciplina medica. Con i termini “infermiera” o “infermiere” veniva compreso chiunque prestasse la propria opera all’interno delle degenze ospedaliere, spesso senza una specifica divisione di ruolo delle attività svolte; infatti, i cosiddetti infermieri svolgevano sia mansioni da inservienti, quali ad esempio la pulizia degli ambienti di degenza, le attività di lavanderia, lo svuotamento di sputacchiere e vasi da notte, sia attività dirette sui pazienti indicate dal medico come ad esempio la medicazioni di ferite o la preparazione dei pazienti per gli interventi chirurgici¹. Queste attività venivano svolte in maniera promiscua all’interno delle degenze, alternativamente a seconda delle necessità.

Tra i processi fondamentali che portarono al cambiamento del ruolo dell’infermiere nel contesto sanitario si possono individuare due grandi percorsi: la nascita delle scuole di formazione per gli infermieri e le innovazioni normative. Tali percorsi progredirono in maniera quasi parallela durante tutto il corso del secolo scorso.

¹ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 84

Per quanto concerne la modernizzazione della professione e quindi dell'assistenza erogata dall'infermiere, la figura di riferimento di questa evoluzione è Florence Nightingale (1820-1910), infermiera inglese che fondò nel 1860 la *Nightingale School and Home for Nurses* presso l'ospedale *Saint Thomas* di Londra. Questa istituzione rappresenta la prima scuola per infermiere della storia². Florence Nightingale rappresenta una figura fondamentale: durante la sua carriera ha studiato e sviluppato concetti di assistenza al malato che sarebbero diventati le basi per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica moderna. Sono suoi i contributi per il miglioramento dei servizi igienico-sanitari negli ambienti di assistenza e cura, raggruppati nel libro *Notes on Nursing: What it is and What it is Not* (1859)³; inoltre, ebbe anche un ruolo di consigliere, in qualità di esperta, per lo sviluppo di alcune politiche sanitarie dell'Inghilterra⁴.

A rimarcare l'importanza che la Nightingale ha avuto per dare una svolta alla figura dell'infermiere moderno, tutt'oggi la giornata internazionale dell'infermiere si celebra il 12 maggio, giorno della sua nascita.

Seguendo l'influenza delle azioni della Nightingale, in tutta Europa iniziarono a nascere movimenti per la creazione di scuole di formazione per infermieri, spesso

² SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991, pp. 40-41

³ Ibid. pp. 39-40

⁴ Ibid. p. 37

anche mediante la partecipazione di allieve diplomate alla scuola della Nightingale per quanto concerneva l'assetto organizzativo⁵.

1.2 INFERMIERISTICA IN ITALIA: EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE

Dai primi anni del Novecento al primo dopoguerra

In Italia, nei primi anni del Novecento, la percezione della professione dell'infermiere da parte della società era limitata: infatti, tale mestiere era ritenuto sgradevole, con mansioni talvolta umilianti e condizioni di lavoro scadenti⁶. Valutato tale pregiudizio, vi era difficoltà a reperire personale di assistenza al malato; pertanto, le amministrazioni ospedaliere reclutavano persone provenienti dalle classi più basse e meno colte della società⁷.

Vi erano delle distinzioni tra infermieri maschi e infermiere femmine. Il personale maschile veniva solitamente reclutato per le mansioni più fisiche e pesanti all'interno dell'ambiente ospedaliero; tuttavia, queste persone accettavano di lavorare in ospedale non per vocazione morale ma per altre motivazioni, quali ad esempio: l'abbandono del lavoro nelle campagne in favore dello spostamento verso i centri urbani, la rinuncia dei precedenti mestieri per carente abilità o insufficiente rendimento, la chiusura di stabilimenti produttivi. Erano individui abituati a lavori

⁵ Ibid. p. 119

⁶ Ibid. p. 105

⁷ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 82

prettamente manuali per i quali l'occupazione in ospedale, e quindi anche a contatto coi malati, rappresentava un generico lavoro alla stregua di altri⁸.

Anche per quanto concerne il personale femminile, esso veniva reclutato tra ragazze provenienti dalle campagne, ragazze in cerca di un impiego stabile e ragazze emarginate della società. Era possibile, infine, reclutare anche personale proveniente dalle congregazioni religiose, quasi totalmente femminile⁹.

Per accedere alla professione non erano richieste particolari abilità né tantomeno titoli di studio; era quindi presente, tra il personale reclutato, un elevato grado di analfabetismo¹⁰.

In questo contesto, iniziò a manifestarsi in diverse amministrazioni ospedaliere la necessità di creare dei percorsi formativi in linea con il progresso scientifico della medicina e l'evoluzione delle istituzioni ospedaliere¹¹.

In Italia la prima scuola di formazione per infermiere è stata la scuola "Croce Azzurra", fondata a Napoli dall'infermiera inglese Grace Baxter nel 1896; la Baxter, per l'organizzazione dei corsi, si era ispirata al modello formativo della Nightingale¹². Successivamente, iniziarono a nascere molte scuole su tutto il

⁸ SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991, p. 103

⁹ Ibid. p. 104

¹⁰ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 82; SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991, p. 104

¹¹ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 81

¹² SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 199, p. 121

territorio del Regno d'Italia, quali ad esempio: l'Ambulatorio-Scuola "San Giuseppe" a Roma, voluta da Papa Pio X nel 1906¹³; la scuola "Regina Elena", fondata sempre a Roma nel 1907¹⁴; la scuola "Principessa Jolanda", fondata a Milano nel 1912¹⁵; la scuola "Regina d'Italia", fondata a Firenze nel 1914. Nello stesso periodo, più precisamente nel 1908, venne fondata la prima scuola della Croce Rossa Italiana, ovvero la Scuola delle Infermiere Volontarie presso l'ospedale militare del Celio di Roma; qui vi erano corsi focalizzati sull'assistenza di feriti e malati in tempo di guerra e calamità¹⁶.

Queste scuole erano aperte esclusivamente alle donne poiché era opinione comune del tempo che il personale femminile fosse maggiormente predisposto e avesse maggiori accortezze per quanto concerneva il prendersi cura dei malati¹⁷. I percorsi formativi di quest'epoca erano primitivi e, dovuto all'assenza di una linea di indirizzo generale per la didattica, risultavano delle differenze nelle varie scuole a livello di insegnamenti. Inoltre, come precedentemente accennato, la professione veniva ancora ritenuta poco appetibile: i turni di servizio erano lunghi e dal carico di lavoro pesante, le condizioni di vitto e alloggio scadenti, la retribuzione salariale bassa¹⁸.

¹³ Ibid. p. 125

¹⁴ Ibid. p. 129

¹⁵ Ibid. p. 138

¹⁶ Ibid. pp. 138-139

¹⁷ Ibid. pp. 113-114

¹⁸ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, pp. 84-85

Nonostante la nascita delle prime scuole, l'assistenza erogata nei nosocomi risultava scadente, e il personale aveva forti lacune di tipo tecnico e umano: ad esempio, poteva accadere la messa in pratica di prassi e trattamenti derivati da superstizioni o credenze popolari per curare i malati, oppure maltrattamenti agli stessi che nella maggior parte dei casi non venivano denunciati per timore di ripercussioni; o, ancora, il fenomeno delle “mance”, ovvero la richiesta di denaro ai degenti per avere un'assistenza di livello più elevato¹⁹.

Tutti questi fattori contribuirono alla messa in discussione da parte dell'opinione pubblica della qualità dell'assistenza negli istituti ospedalieri, e la figura dell'infermiere venne vista come primo responsabile dello scarso livello del servizio erogato nei nosocomi; si decise, pertanto, l'istituzione di una commissione parlamentare nel 1918-1919 per lo “studio della riforma dell'assistenza infermieristica”²⁰. Tale percorso risultò il preludio delle prime legislazioni in materia, le quali sarebbero state emanate pochi anni dopo.

Infine, in questi anni nacquero anche le prime forme di associazionismo della professione, la cui maggiore esponente sarà l'Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere (ANITI) fondata nel 1919²¹.

¹⁹ SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 199, p. 104

²⁰ ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 85; SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991, p. 158

²¹ SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991, p. 151

Il periodo del regime fascista

Durante il periodo del regime fascista, la gestione dell'area sanitaria era alle dipendenze del Ministero dell'Interno, consolidando la volontà di considerare l'assistenza sanitaria come uno strumento di controllo sociale. In questo contesto, vi è stato un rafforzamento del sistema statale mutualistico di assicurazione e previdenza, con la creazione di diversi Enti mutualistici pubblici suddivisi per categorie lavorative e sociali.

In questo periodo temporale, vi sono state alcune introduzioni normative rilevanti per la storia del profilo professionale dell'infermiere. Nel 1925 venne emanato il Regio Decreto-Legge numero 1832²², convertito successivamente in legge nel 1926²³, con il quale vennero predisposte le scuole convitto per la formazione delle infermiere con un corso teorico-pratico (includendo il tirocinio presso strutture ospedaliere). Al termine di tale percorso formativo, previo superamento di un esame, veniva rilasciato un diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera. Veniva richiesto come titolo di studio minimo per l'accesso al percorso formativo il certificato di quinta elementare. La formazione era affidata a medici, alla infermiera direttrice e alle caposala.

²² Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832, Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici, pubblicato in G.U. n. 257 del 05-11-1925

²³ Legge 18 marzo 1926, n. 562, Conversione in legge, con approvazione complessiva, di decreti Luogotenenziali e Regi aventi per oggetto argomenti diversi, pubblicato in G.U. n.102 del 03-05-1926.

Vi erano ulteriori punti di rilievo: infatti, veniva esplicitata la possibilità di frequentare un terzo anno di insegnamento per l'abilitazione a funzioni direttive con rilascio di certificazione che costituiva titolo preferenziale per l'assegnazione a posizioni direttive; inoltre, veniva indicato che nei successivi anni tutti i posti che si sarebbero resi vacanti di caposala avrebbero dovuto esser coperti da personale in possesso del diploma biennale. Nel 1929 venne emanato il regolamento per il funzionamento delle scuole convitto²⁴.

Con la Legge 1264/1927²⁵, e successivo regolamento²⁶, venne istituita la licenza per l'esercizio di alcune professioni sanitarie ausiliarie tra le quali l'infermiere per coloro in possesso di determinati requisiti ("abbiano esercitato abitualmente e direttamente da almeno due anni le arti e le specialità contemplate"); per l'infermiere venne ammesso l'esercizio generico di tale professione, fornendo la prima distinzione tra infermiera diplomata e infermiere generico.

Tali principi inoltre verranno ripresi nel Testo Unico Leggi Sanitarie del 1934²⁷, dove venne avvalorato il fatto che il diploma di infermiera costituiva il titolo

²⁴ Regio Decreto-Legge 21 novembre 1929, n. 2330, Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici, pubblicato in G.U. n. 26 del 01-02-1930

²⁵ Legge 23 giugno 1927, n. 1264, Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n.176 del 01-08-1927

²⁶ Regio Decreto-Legge 31 maggio 1928, n. 1334, Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 154 del 04-07-1928

²⁷ Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie, pubblicato in G.U. n.186 del 09-08-1934 - Suppl. Ordinario n. 186

preferenziale per l'assegnazione in servizio presso gli ospedali comuni, nelle istituzioni pubbliche di beneficenza e negli altri enti morali; per gli effetti del Regio Decreto numero 1631 del 1938²⁸, recante le “Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali”, si comprendeva l'infermiera diplomata all'interno del “personale sanitario di assistenza immediata ed ausiliaria”.

Con il Regio Decreto numero 1310/1940²⁹, recante la “Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici”, venivano espresse nel dettaglio sotto forma di elenco le attività pratiche di competenza delle due categorie citate dalla normativa. Le attività dell'infermiere generico, in ambito ospedaliero, rientravano sotto diretta responsabilità dell'infermiera professionale, e tutte le attività sulla persona in cura avvenivano sotto le dirette dipendenze del medico ordinante l'esecuzione.

Durante questo periodo, si rileva una prima evoluzione per quanto concerne il profilo dell'infermiere; infatti, sia per accedere alle scuole convitto, sia per accedere all'impiego negli ospedali iniziano ad essere richiesti dei requisiti minimi, e le mansioni iniziano ad essere delineate in maniera più precisa, separando ciò che non risultava essere attività di assistenza ai pazienti. Inoltre, per quanto riguarda la

²⁸ Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631, Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, pubblicato in G.U. n. 245 del 25-10-1938

²⁹ Regio Decreto 2 maggio 1940, n. 1310, Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici, pubblicato in G.U. n. 225 del 25-09-1940

formazione, vi sono i primi criteri omogenei di argomenti di insegnamento presso le scuole convitto.

Dal secondo dopoguerra all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale

Dal termine della II Guerra Mondiale vi furono dei radicali cambiamenti per quanto riguarda la salute pubblica e conseguentemente per i professionisti del settore sanitario. Anzitutto, nel 1945 venne istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (ACIS)³⁰, posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri, effettuando così un primo scorporamento dal Ministero dell'Interno per quanto riguardava le tematiche di salute ma senza ancora una totale indipendenza. Nel 1948 entrò in vigore la Costituzione della Repubblica Italiana³¹; l'articolo 32 sancisce la tutela della salute da parte dello Stato italiano come fondamentale diritto dell'uomo, segnando un imprescindibile caposaldo a cui fare riferimento per tutti i professionisti della salute. Sempre nel 1948 venne istituita la World Health Organization (WHO), l'Organizzazione mondiale della sanità, la quale tra i principali obiettivi ha quello di “portare tutti i popoli al più alto grado possibile di salute” intesa come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo in un'assenza di malattia o d'infermità”³². Iniziò ad esserci, pertanto, una

³⁰ Decreto Luogotenenziale 12 luglio 1945, n. 417, Istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica, pubblicato in G.U. n. 144 del 31-07-1945

³¹ Costituzione della Repubblica Italiana, pubblicata in G.U. n. 298 del 27-12-1947

³² <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>

nuova concezione della salute come bene di primaria importanza per la società che, come tale, aveva necessità di essere potenziato e protetto.

Per quanto riguarda la professione infermieristica, con il Decreto Legislativo del Capo Provvisorio Dello Stato n. 233/1946 recante le disposizioni per la “Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse”³³, e successivo regolamento attuativo³⁴, vennero costituiti gli Ordini Professionali, con i relativi albi, dei professionisti sanitari; tuttavia, non venne costituito un ordine professionale delle infermiere e degli infermieri generici. Tali categorie verranno inserite all'interno dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie visitatrici e delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI), istituiti nel 1954 in ogni provincia includendo anche altre due professioni sanitarie ausiliarie³⁵. L'anno successivo i Collegi verranno riuniti all'interno di una Federazione Nazionale. Con tale provvedimento, per esercitare la professione infermieristica, diventa obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale. Nel 1954 venne istituita la scuola per infermiere generiche e infermieri generici presso “ospedali, le Università con Facoltà di medicina e chirurgia, gli ospedali

³³ Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, pubblicato in G.U. n. 241 del 23-10-1946

³⁴ Decreto del Presidente Della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, pubblicato in G.U. n.112 del 16-05-1950 - Suppl. Ordinario

³⁵ Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia, pubblicata in G.U. n. 262 del 15-11-1954

militari principali e secondari e gli altri enti pubblici che esercitano l'assistenza sanitaria e che sono in possesso dei mezzi occorrenti”, con corso di durata annuale e rilascio di certificazione abilitante all’esercizio³⁶. Per quanto concerne la formazione delle infermiere professionali, invece, nel 1956 venne introdotto come requisito minimo per l’accesso alle scuole-convitto il titolo di studio di “licenza di scuola media inferiore o di scuole di avviamento o altro titolo di studio equipollente”³⁷.

Un passaggio molto importante per tutte le professioni sanitarie lo si ha nel 1958 con la nascita del Ministero della Sanità³⁸, il quale ha come primaria funzione quella di “provvedere alla tutela della salute pubblica”. Si tratta della prima volta che in Italia la salute pubblica viene gestita in maniera indipendente, per una direzione unica ed articolata delle politiche sanitarie; in questo senso, il Ministero della Sanità rappresenta quindi una principale fonte di riferimento istituzionale per tutte le professioni sanitarie.

Nel 1960 venne emanato dalla Federazione IPASVI il primo codice deontologico della professione, il quale consiste in un atto di autodisciplina della categoria

³⁶ Legge 29 ottobre 1954, n. 1046, Istituzione di scuole per infermiere ed infermieri generici, pubblicata in G.U. n. 262 del 15-11-1954

³⁷ Legge 13 dicembre 1956, n. 1420, Titolo di studio obbligatorio per l'ammissione alle scuole-convitto professionali per infermiere, istituite a norma del regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, pubblicato in G.U. n. 327 del 31-12-1956

³⁸ Legge 13 marzo 1958, n. 296, Costituzione del Ministero della sanità, pubblicata in G.U. n. 90 del 14-04-1958

professionale contenente dei presupposti che orientano la pratica della professione ispirandosi ai “principi del diritto e della morale umana”³⁹.

Nel 1965 venne istituita presso l’Università degli studi di Roma della Scuola speciale per dirigenti dell’assistenza infermieristica, con lo scopo di formare personale dirigente da impiegare nei servizi infermieristici ospedalieri e di sanità pubblica e insegnante da impiegare nelle scuole professionali⁴⁰. Si trattava della prima volta che veniva regolamentata tale figura, tracciando un ulteriore passaggio evolutivo del profilo professionale.

Nel 1971 diventò possibile l’accesso anche per gli uomini alle scuole-convitto professionali per infermieri e venne abrogato l’obbligo di internato⁴¹.

Negli anni Settanta vi fu l’inizio del processo di decentramento delle funzioni statali e vennero formalmente istituite le Regioni italiane in maniera progressiva, come peraltro già costituzionalmente previsto nel 1948⁴². Seguendo questo filone evolutivo, nel 1972 la formazione della professione infermieristica diventò di competenza delle Regioni⁴³.

³⁹ <https://www.opibz.it/wp-content/uploads/2019/05/Codice-Deontologico-1960.pdf>

⁴⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n. 775, Modificazioni allo statuto dell’Università degli studi di Roma, pubblicato in G.U. n. 173 del 13-07-1965

⁴¹ Legge 25 febbraio 1971, n. 124, Estensione al personale maschile dell’esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta, pubblicata in G.U. n. 83 del 03-04-1971

⁴² Costituzione della Repubblica Italiana, parte II, Titolo V, pubblicata in G.U. n. 298 del 27-12-1947

⁴³ Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 10, Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale e del relativo personale, pubblicato in G.U. n. 41 del 14-02-1972 - Suppl. Ordinario

Nel 1973 venne ratificato l'accordo europeo di Strasburgo⁴⁴ sulla formazione infermieristica in cui vennero ulteriormente definite le funzioni dell'infermiera professionale, i criteri standard del percorso formativo, inizialmente di durata biennale, ed il monte ore da assegnare alle parti teoriche e pratiche; nel 1975 tali criteri vennero aggiornati rendendo il corso triennale ed introducendo lo studio di una lingua straniera (inglese o francese)⁴⁵, anche per facilitare la consultazione di materiale di ricerca la cui origine era prevalentemente estera.

Con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 225/1974⁴⁶ vi fu una modifica al mansionario della professione, introducendo nuove attività: programmazione ed attuazione di piani di lavoro propri e del personale sotto la propria responsabilità, formazione del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo, partecipazione a riunioni periodiche di gruppo di lavoro e di ricerca per il perseguimento del miglioramento dei modi e tempi di assistenza. Il mansionario, però, rimaneva uno strumento vincolante alla pratica lavorativa, escludendo qualsiasi azione di carattere autonomo durante lo svolgimento della professione.

⁴⁴ Legge 15 novembre 1973, n. 795, Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957, pubblicata in G.U. n. 325 del 19-12-1973

⁴⁵ Decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867, Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento, pubblicato in G.U. n. 48 del 23-02-1976

⁴⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici, pubblicato in G.U. n. 157 del 18-06-1974

Nei primi tre decenni del secondo dopoguerra, coerentemente con la nuova concezione di salute pubblica delineata, anche il profilo dei professionisti sanitari italiani inizia a mutare: riguardo al profilo dell'infermiere, si elevano ulteriormente i requisiti minimi per l'accesso ai percorsi formativi. Inoltre, tali percorsi si ammodernano diventando più completi (ad esempio tramite l'introduzione dello studio di una lingua straniera), rendendo l'infermiere un professionista sempre più qualificato; in conformità di questo principio, le mansioni assegnate agli infermieri si ampliano, introducendo anche operazioni di pianificazione del lavoro e programmazione dell'assistenza da erogare al paziente.

Dall'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale agli anni Duemila

Nel 1978, con la Legge numero 833⁴⁷, venne radicalmente riformato l'intero assetto sanitario italiano, portando alla costituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), superando e dismettendo definitivamente il sistema mutualistico e garantendo tre principi fondamentali:

- principio di universalità, ovvero le prestazioni sanitarie vengono garantite a tutta la popolazione;

⁴⁷ Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, pubblicata in G.U. n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario

- principio di uguaglianza, ovvero tutti i cittadini devono potere accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;
- principio di equità, ovvero a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute⁴⁸

Tali principi di fondo risulteranno ispiranti per le successive definizioni dei profili professionali di diverse professioni sanitarie, tra le quali anche quella infermieristica.

Vennero create le Unità Sanitarie Locali con il compito di gestire l'assistenza sanitaria (anche per quanto concerne la prevenzione e la riabilitazione) e vi fu una prima previsione di assistenza territoriale mediante la costituzione di distretti sanitari di base. In questo contesto, il personale infermieristico avrebbe dovuto esercitare la propria attività anche a livello territoriale, pertanto vennero aggiornati i percorsi formativi con tirocini sul territorio⁴⁹, espandendo il campo di attività dell'assistenza infermieristica.

Nel 1979 l'infermiere venne iscritto in un unico ruolo giuridico, di tipo sanitario, la cui organizzazione professionale venne definita in apposite tabelle; diventarono

⁴⁸<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto#:~:text=I%20principi%20fondamentali%20su%20cui,%20uguaglianza%20e%20l'equit%C3%A0.&text=Significa%20l'estensione%20delle%20prestazioni%20sanitarie%20>

⁴⁹ SAIANI, L., La storia italiana della formazione infermieristica: la “lunga marcia” dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale, “TUTOR. An international, peer reviewed, openaccess journal on Medical Education and Practice”, 2016, 16(1):32-39

inoltre obbligatori la formazione e l'aggiornamento professionale scientifico costante⁵⁰, come da precedente riferimento nella L. 833/78.

Nel 1980 vennero abrogati i corsi di infermiere generico⁵¹, concedendo delle deroghe straordinarie per la riqualificazione del personale già operante presso strutture sanitarie.

Nel 1990 vi fu la riforma degli ordinamenti didattici universitari prevedendo quattro livelli di formazione⁵²: Diploma Universitario (DU), Diploma di Laurea (DL), Diploma di Specializzazione (DS), Dottorato di Ricerca (DR); a seguire, nel 1991 venne istituito il diploma universitario in scienze infermieristiche⁵³. I corsi regionali di infermiere professionale non vennero tuttavia aboliti, portando ad un breve periodo di doppio binario di formazione.

Con il Decreto legislativo 502/1992⁵⁴, e le successive integrazioni del Decreto Legislativo 517/1993⁵⁵, vi fu una prima riorganizzazione del Sistema Sanitario

⁵⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, pubblicato in G.U. n. 45 del 15-02-1980 - Suppl. Ordinario

⁵¹ Legge 3 giugno 1980, n. 243, Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici, pubblicata in G.U. n. 163 del 16-06-1980

⁵² Legge 19 novembre 1990, n. 341, Riforma degli ordinamenti didattici universitari, pubblicata in G.U. n. 274 del 23-11-1990

⁵³ Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 2 dicembre 1991, Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche, pubblicato in G.U. n. 131 del 05-06-1992

⁵⁴ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137

⁵⁵ Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 293 del 15-12-1993 - Suppl. Ordinario n. 113

Nazionale. Tra i punti fondamentali di tale normativa, considerata come seconda riforma sanitaria, si citano:

- l'attribuzione allo Stato della creazione del Piano Sanitario Nazionale, il quale contiene: gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione; le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale; i livelli di assistenza da garantire con uniformità su tutto il territorio nazionale
- l'attribuzione alle Regioni delle funzioni di programmazione sanitaria, finanziamento e indirizzo delle attività sanitarie gestite dalle Unità Sanitarie Locali; la creazione del Piano Sanitario Regionale, il quale deve risultare in linea con il Piano Sanitario Nazionale ma può essere adeguato in ragione delle specifiche esigenze dei territori
- la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie dotate di "personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica"; la trasformazione in Aziende Ospedaliere degli ospedali "di rilievo nazionale e di alta specializzazione", individuati dalle regioni

Le Aziende Sanitarie pubbliche appartengono alla categoria delle aziende pubbliche composte, poiché il soggetto titolare dei diritti e degli obblighi è una persona giuridica di diritto pubblico. Inoltre, le fonti di finanziamento derivano sia dai proventi dei servizi erogati, sia da contributi e finanziamenti forniti dalla Regione

e da altri enti pubblici. Il processo di aziendalizzazione è stato reso possibile anche grazie alla riforma del sistema di finanziamento, il quale non è più vincolato a coprire le perdite, bensì all'ottenimento di un flusso di entrate congruente con la quantità e la tipologia delle prestazioni fornite⁵⁶.

Per quanto concerne il profilo dell'infermiere, all'articolo 6, venne definito che la formazione del personale sanitario infermieristico avvenga presso strutture ospedaliere o in altre strutture sanitarie accreditate con il SSN; contestualmente vennero soppressi, pertanto, i corsi formativi organizzati dalle regioni. Per accedere al percorso formativo risultava necessario essere in possesso del diploma di scuola media superiore. Al termine del percorso formativo, era previsto un esame finale abilitante l'esercizio della professione. Venne demandata al Ministro della Sanità l'individuazione delle figure professionali da formare e dei relativi profili.

Con queste prerogative, uno snodo molto importante per la professione infermieristica è rappresentato dal Decreto Ministeriale 739/1994⁵⁷, ovvero l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere. L'infermiere viene definito “operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”; per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, essa risulta

⁵⁶ CITONI, G., GAROFALO, G., Servizi sanitari. Economia e management, Società Editrice Esculapio, Bologna, 2021, p. 71

⁵⁷ Decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, pubblicato in G.U. n. 6 del 09-01-1995

“preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa”; le funzioni dell’infermiere prevalenti sono “la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”; l’infermiere “svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale”; vengono, inoltre, fornite le prime indicazioni per la creazione di percorsi di formazione specialistica.

Seguendo quanto riportato nel profilo professionale, vennero affermate le funzioni dell’infermiere già applicate nella pratica lavorativa: rilevamento e identificazione dei bisogni individuali e della collettività, definizione degli obiettivi e degli interventi e conseguente pianificazione, gestione e valutazione degli stessi; vennero attribuite responsabilità relativamente alla formazione del personale di supporto, all’aggiornamento del profilo professionale, alla ricerca. Nonostante questa nuova definizione normativa della professione, nella quale l’infermiere risulta totalmente responsabile di ogni sua azione per quanto concerne l’assistenza infermieristica, non vi poteva ancora essere una piena applicazione dei principi legislativi, in quanto restavano in vigore le limitazioni imposte dal D.P.R. 225/74, ovvero il cosiddetto mansionario.

Le discrepanze succitate verranno definitivamente eliminate con la Legge 42/1999⁵⁸ recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, dove il termine “professione sanitaria ausiliaria” venne sostituito con “professione sanitaria” e venne definitivamente abolito il mansionario, ad eccezione del titolo V relativamente all’infermiere generico, figura professionale ancora operativa fino ad esaurimento. Rimuovendo il concetto di “ausiliario”, l’infermiere diviene formalmente professionista totalmente autonomo e responsabile del suo campo di attività, il quale risulta determinato dai contenuti del profilo professionale, degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario del codice deontologico; le limitazioni delle attività consistono nelle “competenze previste per le professioni mediche e professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea”. Venne, inoltre, riconosciuta l’equipollenza dei titoli di studio conseguiti con la precedente normativa.

Sempre nel 1999, mediante il Decreto legislativo 229/1999⁵⁹, per tutti gli operatori sanitari la partecipazione ad attività di formazione continua diviene requisito indispensabile per poter operare nelle strutture sanitarie pubbliche e private; nel 2002 si avrà l’avvio del Programma Nazionale di Educazione Continua in

⁵⁸ Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie, pubblicata in G.U. n. 50 del 02-03-1999

⁵⁹ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. n. 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132

Medicina⁶⁰, con la creazione di corsi formativi e di aggiornamento collegati ad un sistema di crediti che gli operatori sanitari sono tenuti a raggiungere.

Un ulteriore sviluppo inerente le professioni sanitarie avviene mediante la Legge 251/2000⁶¹ che inquadra le professioni sanitarie in quattro macrocategorie, ognuna con il suo campo d'azione e responsabilità: professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica, professioni sanitarie riabilitative, professioni tecnico-sanitarie, professioni tecniche della prevenzione; inoltre, vengono poste le basi per la creazione di percorsi formativi per la dirigenza delle professioni sanitarie e per la nascita del profilo del dirigente del ruolo sanitario.

Nel 2001 vennero istituite la laurea triennale⁶² e la laurea specialistica⁶³ in scienze infermieristiche; tali percorsi formativi verranno denominati laurea e laurea magistrale nel 2004⁶⁴.

⁶⁰ <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/formazione-e-supporto-al-programma-nazionale-ecm/educazione-continua-in-medicina-ecm#:~:text=L'avvio%20del%20Programma%20nazionale,messaggio%20nel%20mondo%20della%20sanit%C3%A0.>

⁶¹ Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, pubblicata in G.U. n. 208 del 06-09-2000

⁶² Decreto Interministeriale 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 128 del 05-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 136

⁶³ Decreto Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 128 del 05-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 136

⁶⁴ Decreto Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270, Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato in G.U. n. 266 del 12-11-2004

Con la Legge 43/2006⁶⁵ viene effettuata una ulteriore classificazione dei professionisti sanitari indicati nella L. 251/2000, prevedendo quattro categorie:

- a) professionisti in possesso del diploma di laurea o titolo di studio equipollente;
- b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento
- c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche
- d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica

Viene indicata la possibilità di istituire la figura del professionista sanitario coordinatore, in possesso del master di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza ed esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza, e vengono poste le basi normative per la creazione degli specifici ordini e albi professionali, in sostituzione dei collegi.

Con la Legge 3/2018⁶⁶ avviene lo scorporo del collegio IPASVI; per quanto concerne gli infermieri, vengono istituiti a livello provinciale e interprovinciale gli Ordini delle Professioni Infermieristiche (OPI), ciascuno con rispettivo albo

⁶⁵ Legge 1 febbraio 2006, n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali, pubblicata in G.U. n. 40 del 17-02-2006

⁶⁶ Legge 11 gennaio 2018, n. 3, Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute, pubblicata in G.U. n. 25 del 31-01-2018

professionale, denominato ora albo degli infermieri. Gli Ordini territoriali sono riuniti a livello nazionale nella Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), la quale ha competenza per l'indirizzo, il coordinamento ed il supporto amministrativo nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali per gli Ordini territoriali.

Questo mutamento risulta rilevante poiché il Collegio rappresentava un ente ausiliario dello Stato mentre l'Ordine opera come ente sussidiario dello Stato per tutelare gli interessi pubblici correlati all'esercizio professionale.

È di competenza della Federazione Nazionale anche la redazione e approvazione del codice deontologico della professione; il primo codice deontologico successivo alla riforma viene emesso nel 2019⁶⁷.

Con la nascita del SSN e le sue successive riforme si sono modificati anche gli assetti dei professionisti sanitari, coerentemente con le nuove esigenze richieste a livello di conoscenze e competenze per poter erogare prestazioni di alta qualità. Il profilo dell'infermiere non si discosta da tale principio: con il tempo, ha acquisito sempre maggiore autonomia per quanto riguarda il suo campo d'azione fino alla totale indipendenza professionale, sancita con la L. 42/99. Anche dal punto di vista formativo vi è stata una grande rivoluzione, avendo instaurato la laurea triennale e la successiva possibilità di proseguire la formazione specialistica.

⁶⁷ <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>

La creazione della dirigenza infermieristica si configura come un traguardo molto importante per la categoria professionale, il cui obiettivo primario è di garantire livelli di assistenza di elevata qualità e di ottimizzare le risorse a disposizione. In questo contesto, è risultato di primaria importanza il processo di riforma normativa degli anni Novanta, con la nascita delle Aziende Sanitarie e la possibilità per queste ultime di creare al loro interno i Servizi dell'Assistenza Infermieristica mettendo in atto i principi di autonomia sanciti dal d.lgs. 502/92.

1.3 CONSIDERAZIONI SULL'EVOLUZIONE DEL PROFILO

Tutti i passaggi descritti hanno portato al ruolo moderno dell'infermiere all'interno del contesto sanitario italiano: un professionista con un campo di attività autonomo ma contestualmente fortemente integrato all'interno dei percorsi di cura di prevenzione, di trattamento acuto o cronico, di riabilitazione, le cui prestazioni risultano necessarie sostanzialmente in ogni struttura all'interno delle Aziende Sanitarie. Ciò è stato possibile grazie all'evoluzione dei percorsi formativi, che nel corso dei decenni hanno fornito sempre più conoscenze per poter operare in qualsiasi contesto assistenziale, con la possibilità anche di formazione post-base per affinare conoscenze e competenze. Di particolare rilevanza è il recente riconoscimento del ruolo manageriale degli infermieri dirigenti all'interno delle Aziende Sanitarie. Questi professionisti, dotati di una solida formazione e di una vasta esperienza pratica nel campo dell'assistenza sanitaria, possiedono una

profonda comprensione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza. Il loro contributo alla gestione sanitaria si traduce in un importante punto di vista che, fino a pochi anni fa, non veniva adeguatamente considerato. Grazie alla loro conoscenza approfondita del contesto assistenziale e delle dinamiche organizzative, gli infermieri dirigenti sono in grado di fornire un contributo significativo al raggiungimento degli obiettivi di salute perseguiti dalle Aziende Sanitarie.

Per quanto concerne la dirigenza infermieristica a livello della Regione Friuli Venezia-Giulia, si possono elencare alcuni aspetti di approfondimento. La Regione Friuli Venezia-Giulia investe molte risorse a livello di politiche sanitarie per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria; questo campo risulta essere ben conosciuto dalla professione infermieristica, essendo attivamente partecipante all'interno dei processi di operatività dei distretti, e questo ha ripercussioni a livello di conoscenze e competenze maturate; non sorprende, pertanto, che nel recente passato vi sono stati degli infermieri con un percorso formativo dirigenziale che hanno avuto accesso ad incarichi direttivi in maniera innovativa all'interno delle Aziende Sanitarie, confermando il ruolo sempre più rilevante degli infermieri anche nel settore del *management* socio-sanitario regionale⁶⁸; da tali presupposti, si può dedurre che le competenze fornite all'interno dei percorsi formativi manageriali specialistici a cui hanno accesso gli infermieri siano aderenti alle necessità

⁶⁸ https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=30087

organizzative richieste all'interno delle Aziende Sanitarie ed adattabili a una moltitudine di contesti, anche se la base di partenza per quanto concerne conoscenze e competenze risulta differente rispetto a quello che solitamente appartiene ad altre classi di professionisti sanitari dirigenti, prevalentemente di tipo medico. Questo contribuisce a dare valore alla professione e può essere visto come un fattore stimolante per i professionisti del settore, i quali possono sentirsi maggiormente rappresentati rispetto al passato. Tale progresso può anche essere un principio di riflessione per la legittimazione di ulteriori profili di avanzamento all'interno delle direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie regionali.

Nella Regione Friuli Venezia-Giulia si manifesta negli ultimi anni una carenza di personale sanitario, in particolar modo medico ed infermieristico, nel contesto delle strutture sanitarie pubbliche; tale carenza risulta accertata anche formalmente dai controlli periodici riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione regionale⁶⁹. Appare chiaro che tale ambito non rientra direttamente nel campo di responsabilità dell'infermiere dirigente; tuttavia, si può dedurre che quest'ultimo debba periodicamente progettare ed attuare meccanismi correttivi per garantire i livelli di assistenza richiesti all'interno delle strutture rientranti nel suo margine di responsabilità e sopperire alle situazioni di *understaffing*, applicando le migliori strategie manageriali disponibili.

⁶⁹ Deliberazione Sezione di controllo Corte dei Conti n. FVG 43/2022/FRG

CAPITOLO 2 – NASCITA DEL PROFILO DELL’INFERMIERE

DIRIGENTE E DESCRIZIONE DEL PROFILO

2.1 NOZIONI DI DIRIGENZA E CENNI DI DIRIGENZA IN SANITÀ

Per comprendere meglio il ruolo del dirigente infermieristico all’interno delle Aziende Sanitarie, è possibile anzitutto fornire la generale definizione di dirigenza nelle amministrazioni pubbliche⁷⁰: "La dirigenza pubblica è responsabile istituzionalmente dell’adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l’amministrazione verso l’esterno, nonché della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. I dirigenti pubblici sono responsabili in via esclusiva dell’attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati."

Per quanto concerne la dirigenza sanitaria, la normativa di riferimento è l’articolo 15 del D.lgs. 502/92 e s.m.i.⁷¹; in particolare, viene indicato che la dirigenza sanitaria risulta “collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali”. I dirigenti esplicano le loro attività con “autonomia tecnico-

⁷⁰ <https://www.funzionepubblica.gov.it/lavoro-pubblico-e-organizzazione-pa/dirigenza-pubblica>

⁷¹ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137

professionale” e sono direttamente responsabili dei risultati ottenuti, col fine di erogare prestazioni appropriate e di qualità con le risorse disponibili. Sono inoltre sottoposti a verifica periodica dei risultati da parte dei nuclei di valutazione, e qualora non raggiungano gli obiettivi prefissati dalla Direzione strategica dell’Azienda Sanitaria possono essere rimossi dall’incarico.

In Italia, la figura dell’infermiere con funzioni di coordinamento è stata ufficialmente regolamentata all’interno delle organizzazioni ospedaliere moderne mediante il R.D.L. numero 1832/1925⁷², all’interno del quale veniva esplicitata la possibilità di istituire un corso per la formazione di infermiere “abilitate a funzioni direttive”. Le funzioni principali attribuite erano essenzialmente circoscritte alla realtà del reparto assegnato per quanto concerneva il controllo del personale e del servizio; tali figure rappresentavano, infatti, dei ruoli collaterali e con margine decisionale quasi nullo poiché risultavano essere sempre alle dipendenze del medico.

Un primo approccio all’infermiere dirigente lo si aveva pensato nel 1965 con l’istituzione presso l’università di Roma della Scuola speciale per dirigenti dell’assistenza infermieristica⁷³ con lo scopo, al tempo, di “formare personale dirigente ed insegnante per le scuole professionali per infermiere, per assistenti

⁷² Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832, Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici, pubblicato in G.U. n. 257 del 05-11-1925

⁷³ Decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n. 775, Modificazioni allo statuto dell’Università degli studi di Roma, pubblicato in G.U. n. 173 del 13-07-1965

sanitarie, visitatrici, per ostetriche, per vigilatrici dell'infanzia e personale dirigente di servizi infermieristici ospedalieri e di sanità pubblica”. Si trattava di un approccio innovativo per l’epoca, poiché la professione era considerata ancora ausiliaria rispetto a quella medica e perché tale formazione avveniva all’interno di una università e non nelle scuole convitto o negli ospedali. Successivamente all’istituzione della succitata scuola speciale, una prima figura infermieristica dirigente viene introdotta nel 1969⁷⁴, con la nascita della figura del capo dei servizi sanitari ausiliari. Essa risultava direttamente dipendente dal direttore sanitario e aveva compiti “organizzativi e disciplinari” e di “aggiornamento culturale e professionale” del personale sanitario ausiliario operante all’interno del contesto ospedaliero.

Nei successivi due decenni non vi sono particolari mutamenti dal punto di vista normativo per quanto concerne la figura dell’infermiere con funzioni direttive: infatti, con il D.P.R. 761/79⁷⁵ e il D.P.R. 821/84⁷⁶ vengono normate le funzioni degli operatori professionali sanitari dirigenti, i quali però mantengono ancora responsabilità circoscritte alla formazione didattica del personale di sanitario di pertinenza e sulla programmazione e verifica dell’adempimento delle attività di

⁷⁴ Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, pubblicato in G.U. n. 104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario

⁷⁵ Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, pubblicato in G.U. n. 45 del 15-02-1980 - Suppl. Ordinario

⁷⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1984, n. 821, Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali, pubblicato in G.U. n. 338 del 10-12-1984

assistenza. Tali funzioni sono sempre espletate sotto direttive fornite dai medici di riferimento, e non vi è autonomia decisionale⁷⁷.

Negli anni Novanta, con il processo di riforma del Sistema Sanitario Nazionale che ha portato alla aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, e parallelamente con l'evoluzione e la sempre maggiore autonomia tecnico-professionale delle professioni sanitarie, iniziano a crearsi le condizioni per la nascita della dirigenza infermieristica vera e propria. Le Aziende Sanitarie hanno il mandato di erogare prestazioni seguendo criteri di efficacia ed efficienza, e il personale infermieristico rappresenta a livello di risorse umane una grande parte del personale che opera all'interno delle Aziende Sanitarie, oltretutto nell'arco completo delle 24 ore. Risultava quindi importante la nascita di figure dirigenziali che analizzassero e gestissero i processi delle attività degli infermieri, quali ad esempio il carico di lavoro, la gestione dei turni, il consumo di materiali (ad esempio siringhe, garze), l'applicazione di pratiche assistenziali influenti su parametri inerenti i ricoveri quali ad esempio il numero di giornate di degenza oppure il numero di infezioni correlate alle pratiche assistenziali⁷⁸, con la possibilità di prendere delle decisioni autonome per introdurre meccanismi correttivi.

⁷⁷ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, pp. 106-107

⁷⁸ Ibid. p. 37

Con queste prerogative, nel 2000 viene emanata la legge numero 251⁷⁹ “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”. Più precisamente, all’articolo 6 viene formalmente istituita la “nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario” e specificati i requisiti per accedervi; viene indicato che il dirigente del ruolo sanitario verrà introdotto applicando “modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”, in luogo della creazione di ulteriori profili dirigenziali nell’ottica di non gravare sulle finanze pubbliche. All’articolo 7 viene inoltre data la facoltà alle Regioni di istituire il servizio dell’assistenza infermieristica ed ostetrica con lo scopo di “migliorare l’assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie”, e le stesse possono attribuire l’incarico di dirigente del medesimo servizio; attualmente, recependo tale normativa, tutte le aziende sanitarie italiane hanno istituito il Servizio Infermieristico. I requisiti per diventare dirigenti indicati in questa legge sono il diploma di laurea della disciplina e cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale.

⁷⁹ Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, pubblicata in G.U. n. 208 del 06-09-2000

I limiti di tale legge consistono nella facoltatività da parte delle Regioni dell'istituzione della figura del dirigente del ruolo sanitario in luogo dell'obbligo e l'imposizione di sostituire altre figure dirigenziali per far posto al dirigente del ruolo sanitario, con quindi la possibile nascita di conflitti con altre categorie professionali per il mantenimento dei ruoli dirigenziali all'interno delle Aziende Sanitarie.

Con la legge 43/2006⁸⁰ si ha una ulteriore specificazione del professionista sanitario dirigente, in possesso della “laurea specialistica” (attualmente laurea magistrale) e che abbia esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della citata L. 251/2000. Viene pertanto riconosciuto il percorso di formazione universitaria specialistica, tuttavia viene anche riconosciuto dirigente chi non è in possesso della magistrale ma ha già esperienza dirigenziale ai sensi della precedente legge. Vi è anche la contestuale necessità di essere un professionista che abbia effettiva esperienza professionale, pertanto i soli titoli formativi non risultano sufficienti per coprire tale incarico.

⁸⁰ Legge 1 febbraio 2006, n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali, pubblicata in G.U. n. 40 del 17-02-2006

2.2 IL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA

Nato all'interno delle Aziende Sanitarie mediante il recepimento dell'art. 7 della L. 251/2000, il Servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica (con denominazioni diverse a seconda delle diverse Aziende Sanitarie) gestisce tutto il personale infermieristico e ostetrico aziendale e le funzioni e necessità ad esso correlate. In alcune realtà, tale servizio può essere ricompreso all'interno del più ampio Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA), comprendente tutte le aree delle professioni sanitarie indicate dalla L. 251/2000 e gli operatori di supporto⁸¹.

Nelle Aziende Sanitarie del Friuli-Venezia Giulia vi sono i Servizi di assistenza infermieristica e ostetrica, che risultano *in staff* alla Direzione Sanitaria; in altre realtà, quali ad esempio Emilia-Romagna e Provincia Autonoma di Trento⁸², la Direzione Assistenziale risulta *in-line* alla Direzione Generale.

Queste strutture hanno compiti di orientamento, supervisione, gestione e coordinamento del personale afferente alle professioni sanitarie ricomprese.⁸³

Più specificatamente, tra le funzioni del servizio infermieristico si possono pertanto comprendere⁸⁴:

⁸¹ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, p. 74

⁸² <https://www.fnopi.it/2023/07/28/trento-direttore-assistenziale/>

⁸³ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, p. 74

⁸⁴ Ibid. pp. 75-78

- partecipare alla definizione degli obiettivi aziendali mediante pianificazione, organizzazione e direzione di tutte le attività infermieristiche nell'ambito dell'Azienda Sanitaria;
- garantire l'erogazione di una assistenza infermieristica efficace, efficiente e di elevata qualità rispetto alle esigenze di salute dell'utente-persona, favorendo anche un approccio multidisciplinare dei percorsi assistenziali;
- garantire l'utilizzo ottimale delle risorse umane attraverso criteri di flessibilità organizzativa, provvedendo a mantenere o aumentare il personale assegnato alle unità organizzative aziendali al fine di assicurare standard assistenziali adeguati o di rispondere tempestivamente a situazioni critiche;
- favorire l'implementazione di protocolli assistenziali per ambiti omogenei di cura, anche mediante attività di ricerca per l'applicazione di nuovi modelli assistenziali;
- pianificare le attività formative, di aggiornamento professionale e di ricerca del personale infermieristico aziendale;
- valutare le prestazioni assistenziali infermieristiche e monitorarle mediante la raccolta dei dati di attività

Il Servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica rappresenta il punto di riferimento all'interno delle Aziende Sanitarie per i professionisti che vi operano per tutte le necessità correlate allo svolgimento dell'attività professionale.

2.3 L'INFERMIERE DIRIGENTE: RUOLO, FUNZIONI, ATTIVITÀ

Seguendo quanto concerne le funzioni del Servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica a livello delle Aziende Sanitarie, è possibile descrivere che cosa ci si attende da parte del dirigente infermieristico.

Le attività non sono il risultato di soli studi teorici, bensì nelle Aziende Sanitarie moderne sono richieste anche attitudini e competenze trasversali per la gestione delle relazioni nei vari livelli dell'organizzazione, quali ad esempio⁸⁵: attitudine al lavoro di gruppo e al lavoro multidisciplinare, coinvolgimento e stimolo dei professionisti, gestione dei conflitti e del clima interno, comunicazione agli *stakeholders*, aggiornamento delle conoscenze e competenze costante in merito allo specifico ruolo assegnato (dal punto di vista scientifico e normativo), innovazione, capacità di *problem solving* e *decision making*.

Per quanto concerne i profili, si possono distinguere in dirigenti ai sensi della L. 251/2000, titolari della direzione del Servizio Infermieristico di riferimento a livello centrale; e altre figure manageriali ad essi dipendenti a livello decentrato, quali:

- a livello di presidio ospedaliero, di distretto, di dipartimento la gestione dell'assistenza e del personale viene affidata ai Referenti Infermieristici

⁸⁵ Ibid. pp. 325-327

(RI), rappresentando un livello intermedio tra il Direttore del Servizio Infermieristico ed i coordinatori di Unità Operativa;

- a livello di Unità Operativa, agli infermieri coordinatori, che operano in raccordo con i RI e con il Direttore di Unità Operativa, focalizzandosi sulla gestione delle tematiche assistenziali della singola Unità Operativa

A seconda dei vari contesti dei Sistemi Sanitari Regionali italiani, possono esserci delle differenze a livello di denominazione delle varie figure manageriali e di collocamento all'interno dell'organigramma aziendale⁸⁶.

Il Dirigente infermieristico viene nominato mediante prova concorsuale, come stabilito dalla normativa di riferimento⁸⁷; per quanto concerne il livello decentrato, invece, le linee di indirizzo generale per l'assegnazione dei ruoli vengono fornite dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Comparto Sanità⁸⁸, il quale indica i criteri del sistema di assegnazione degli incarichi suddividendoli per livello di complessità. Tali incarichi risultano essere a tempo determinato, con possibilità di rinnovo di conferimento.

⁸⁶ Ibid. pp. 87-90

⁸⁷ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008, Recepimento dell'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, pubblicato in G. U. n. 48 del 26-02-2008

⁸⁸ <https://www.aranagenzia.it/attachments/article/13194/2022.11.02%20-%20CCNL%20comparto%20sanit%C3%A0%20-%20Definitivo%20f.to.pdf>

Avendo un ruolo di gestione apicale, vi sono diversi contesti di intervento e gestione per il Dirigente infermieristico. Se ne elencano alcuni, suddivisi per macroaree⁸⁹:

1) Pianificazione, strategia, report:

- a) favorire la diffusione della mission e della vision dell'Azienda sanitaria;
- b) conoscere i principi di *budgeting* e partecipare attivamente alla determinazione del piano di attività della struttura di competenza e all'attuazione delle iniziative necessarie per conseguire gli obiettivi predeterminati, indicando e negoziando la quantità di risorse necessarie
- c) partecipare attivamente con nella definizione delle linee strategiche e politiche dell'Azienda Sanitaria;
- d) contribuire alla formulazione di piani, programmi e progetti della struttura amministrata perseguendo gli obiettivi aziendali correlati alle professioni infermieristiche.

2) Gestione:

- a) programmare il fabbisogno di personale nei diversi contesti assistenziali;
- b) coordinare il personale affiliato alla struttura;

⁸⁹ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, pp. 121-125

c) favorire un'organizzazione e una gestione delle risorse assegnate efficienti e razionali, anche col fine di mettere a disposizione competenze adeguate nei vari setting clinico-assistenziali.

3) Organizzazione:

a) partecipare all'elaborazione e applicazione di modelli organizzativi e assistenziali, garantendo l'utilizzo di criteri di gestione e valutazione uniformi, efficaci ed efficienti, tenendo conto degli elementi di complessità assistenziale e intensità di cura con l'obiettivo di erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità;

b) collaborare nella formulazione, attuazione e valutazione di percorsi, protocolli e procedure con una prospettiva di integrazione tra i diversi servizi orientandosi alla centralità dell'utente.

4) Direzione:

a) rappresentare il Servizio presso i vari contesti istituzionali (Direzione Aziendale, sindacati, Regione, enti del terzo settore);

b) gestione delle riunioni periodiche coi vari Referenti Infermieristici e coordinatori;

c) applicare modelli di *leadership* e motivazionali per favorire il perseguimento degli obiettivi e la gestione efficace di eventuali conflitti.

5) Formazione e ricerca:

- a) elaborare e coordinare la formazione continua, considerando la struttura organizzativa aziendale, e delinea la mappatura delle necessità formative;
 - b) incentivare e verificare la partecipazione del personale alle attività formative ed ai progetti di ricerca, considerando i vari livelli di complessità e organizzazione;
 - c) definire il percorso di inserimento del personale neoassunto all'interno del contesto aziendale.
- 6) Valutazione dei risultati:
- a) valutare l'applicazione dei criteri prescritti per la gestione del personale assegnato ai dipartimenti, in merito alla definizione delle modalità di erogazione del servizio, agli orari di lavoro, all'adozione di procedure documentate e al controllo dei costi, compresi quelli relativi al lavoro straordinario;
 - b) verificare i risultati raggiunti nei termini di qualità dell'assistenza erogata;
 - c) definizione dei criteri per la valutazione del personale;
 - d) redazione della relazione annuale sull'intera attività svolta dalla struttura.

Queste macroaree rappresentano il vasto campo di gestione del Dirigente infermieristico, il quale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati si avvale del contributo dei responsabili sottoposti a livello decentrato; per quanto concerne le funzioni di questi ultimi, esse possono essere ricomprese all'interno delle

macroaree succitate, circoscrivendo il campo di responsabilità ai Dipartimenti o alle Unità cui sono stati assegnati⁹⁰.

La funzione manageriale dell'infermiere dirigente si manifesta in maniera differente in base al contesto operativo di appartenenza. All'interno delle strutture ospedaliere, gli infermieri con ruoli direttivi e di coordinamento favoriscono l'integrazione delle varie figure professionali e di supporto al fine di orientare le loro attività verso specifici obiettivi condivisi, promuovendo la collaborazione sinergica tra operatori con diverse qualifiche, competenze, abitudini e modalità di lavoro; il fine risulta essere il raggiungimento di un'assistenza dall'alto contenuto qualitativo agli utenti utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente per soddisfare i bisogni di salute richiesti. La presenza di professionisti di diversa estrazione e *background* culturale all'interno delle unità operative costituisce un ulteriore elemento di complessità per infermieri dirigenti e coordinatori nella gestione delle attività. A tali tematiche generali si affiancano ulteriori funzioni specifiche indispensabili per assicurare il corretto funzionamento dell'unità operativa, quali ad esempio la programmazione della turnazione dell'organico, la gestione delle sostituzioni in caso di contingente assenza di personale, la formazione permanente contestualizzata alla determinata realtà; e funzioni adeguate alle caratteristiche dell'unità operativa, quali ad esempio

⁹⁰ Ibid. pp. 125-129

l'approvvigionamento di particolari materiali ed apparecchiature collegate alle attività della divisione, la gestione delle tempistiche operative, la partecipazione alle attività di coordinamento rapportandosi coi diversi professionisti che interagiscono con la struttura⁹¹. Grazie al contributo fornito, vi sono vantaggi in termini di *outcome* assistenziali con l'erogazione di prestazioni di elevata qualità che si ripercuotono a livello di obiettivi di salute raggiunti, soddisfazione dei cittadini, utilizzo efficiente delle risorse e dei materiali a disposizione. A livello territoriale, il responsabile che sovrintende ai servizi ha come scopo quello di assicurare la collaborazione sinergica tra le varie figure coinvolte nell'erogazione di servizi sul territorio, che vanno dagli infermieri ai medici di base, dagli assistenti sociali agli ausiliari sanitari, ai volontari e altri operatori. L'obiettivo è garantire un'assistenza integrata e continua, in armonia sia con i servizi ospedalieri che con quelli sociali, attraverso attività quali incontri periodici per la discussione dei diversi casi e la definizione di obiettivi comuni. Altre funzioni includono l'uniformazione delle modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali, in particolare quelle domiciliari, che avvengono in contesti vari e complessi, mediante la stesura di piani, procedure e strumenti di documentazione delle attività; promuovere la conoscenza e l'utilizzo del servizio da parte degli utenti, spesso poco informati sulle sue caratteristiche. Tra i vantaggi apportati dal contributo

⁹¹ Ibid, p. 133

dell'infermiere dirigente si possono considerare l'erogazione di cure orientate all'utente, considerato come individuo nel suo contesto sociale e ambientale, il coinvolgimento nel processo di assistenza delle persone significative per il paziente, la promozione della comunicazione e le relazioni interpersonali.⁹² Similmente al contesto ospedaliero, un'adeguata gestione di tali variabili contribuisce ad assicurare la fornitura di cure assistenziali personalizzate e di alto livello, incrementando il gradimento degli utenti, riducendo il rischio di ricoveri ospedalieri e facilitando il contenimento dei costi per le Aziende Sanitarie. Per esercitare in maniera proficua la funzione dirigenziale, risulta utile bilanciare correttamente principi manageriali e principi di *leadership*⁹³; applicare principi manageriali implica gestire e mantenere la continuità e la stabilità della realtà operativa assegnata, riducendo i margini di incertezza e perseguendo il fine di allineare un sistema organizzativo intricato e potenzialmente caotico, considerando la molteplicità di interessi in atto all'interno di una Azienda Sanitaria⁹⁴; infatti, in questo tipo di organizzazione sono presenti influenze e vincoli derivanti dall'ambiente politico, istituzionale, sociale e sindacale circostante, i quali devono essere costantemente tenuti in considerazione nel processo gestionale⁹⁵. Le azioni manageriali si focalizzano principalmente sull'esame delle questioni problematiche

⁹² Ibid, p. 140

⁹³ Ibid, p. 310

⁹⁴ Ibid, p. 311

⁹⁵ LEGA, F., Management della sanità. Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria, EGEA, Milano, 2013, p. 100

e sull'assunzione di decisioni volte all'implementazione di politiche e procedure mirate a garantire la razionalità, l'efficienza e la stabilità dell'assetto organizzativo⁹⁶. La *leadership* implica il saper guidare, promuovere e sostenere, ad esempio, l'attuazione di processi innovativi insieme alle persone coinvolte, riconoscendo in esse una risorsa; il leader possiede qualità personali di eccellente comunicatore e motivatore, e risulta essere fonte di ispirazione all'interno della struttura organizzativa⁹⁷ stimolando gli operatori e orientandoli verso il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione o del servizio. Un approccio gestionale privo di *leadership* rischia di considerare le persone impiegate nell'organizzazione come un ostacolo al conseguimento degli scopi suddetti. Viceversa, una *leadership* scarsamente bilanciata da strumenti di *management* può risultare instabile poiché risulta essere difficilmente pianificabile e con difficoltà a mantenere una visione ampia e non focalizzata solamente su obiettivi specifici, anche qualora risultassero fonti di motivazione ed *empowerment* degli operatori; in questi ultimi può subentrare, pertanto, il rischio di provocare sensazioni di pressione psicologica che possono sfociare in reazioni di distacco o di aperta ostilità verso l'organizzazione.⁹⁸ Favorire una corretta gestione degli operatori risulta essenziale,

⁹⁶ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, p. 311

⁹⁷ PREVITALI, P., La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare, Pavia University Press, Pavia, 2017, p. 10

⁹⁸ CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009, p. 311

essendo loro gli esecutori materiali delle attività che favoriscono il conseguimento di standard qualitativi elevati nei servizi erogati, nonché a contribuire al miglioramento complessivo dell'organizzazione di appartenenza⁹⁹.

La nascita dell'infermiere dirigente ha rappresentato un grande risultato per quanto concerne lo sviluppo e l'evoluzione della professione; infatti, dopo aver raggiunto l'autonomia professionale sancita dalla L. 42/99, il passaggio successivo è stata la possibilità di gestire globalmente l'assistenza infermieristica all'interno delle Aziende Sanitarie con la possibilità di pianificare, organizzare, applicare e verificare i risultati conseguiti in maniera totalmente indipendente. Ciò favorisce la costante crescita della professione e l'evoluzione continua delle attività assistenziali, coerentemente con le esigenze di salute della popolazione e le necessità di erogazione di servizi di elevata qualità che le Aziende Sanitarie sono tenute a fornire.

⁹⁹ ROTONDI, M., La gestione delle risorse umane in sanità. Strategie di intervento per le Aziende sanitarie, FrancoAngeli, Milano, 2019, p. 20

**CAPITOLO 3 – PROSPETTIVE FUTURE DELL’INFERMIERE
DIRIGENTE NELLE AZIENDE SANITARIE DEL FRIULI VENEZIA-
GIULIA**

3.1 LA PREMESSA: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA E
LA MISSIONE SALUTE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituisce il documento strategico elaborato dal Governo italiano al fine di accedere ai finanziamenti del programma Next Generation EU (NGEU), ovvero lo strumento di ripresa e rilancio economico introdotto dall’Unione Europea per compensare le perdite causate dalla pandemia COVID-19. Tale documento, nella sua versione revisionata ed aggiornata, è stato approvato dalla Commissione Europea con conseguente autorizzazione all’erogazione dei fondi¹⁰⁰. Il PNRR prevede investimenti significativi in sette aree tematiche chiave, denominate Missioni, nell’arco temporale 2021 – 2026. Le Missioni si articolano in livelli specifici di intervento, denominati Componenti, suddivisi a loro volta in Investimenti e Riforme.

Per quanto riguarda le tematiche inerenti la sanità, il Piano ha l’obiettivo di potenziare la resilienza del Paese mediante interventi mirati, compresi investimenti sostanziali per fronteggiare le sfide manifestatesi durante la pandemia, e di

¹⁰⁰ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_23_6050

accrescere la capacità del sistema a fronteggiare contesti imprevisti e complessi; infatti, durante l'esperienza pandemica è emersa la necessità di poter beneficiare di un utilizzo appropriato delle tecnologie più avanzate, di possedere competenze elevate in ambito professionale, manageriale e digitale, di pianificare ed applicare nuovi approcci per la fornitura di servizi e cure, e di una connessione più efficiente tra la ricerca, l'analisi dei dati e l'erogazione delle cure.

Approfondendo la Missione numero 6, ovvero Salute, sono previste due Componenti:

1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale: le azioni di questa componente mirano a potenziare i servizi erogati sul territorio mediante il rafforzamento e la creazione di strutture e presidi locali, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e un miglioramento dell'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le disposizioni comprese in questa componente promuovono la trasformazione e l'aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali esistenti, risorse per la ricerca scientifica e la promozione del trasferimento tecnologico, il potenziamento dei percorsi di formazione e aggiornamento del personale.

I concetti afferenti alla Missione 6 del PNRR sono stati raccolti e formalizzati a livello normativo all'interno del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77¹⁰¹, il quale racchiude i principali elementi per la riorganizzazione del SSN perseguendo gli obiettivi del PNRR, focalizzandosi soprattutto sul potenziamento dell'assistenza territoriale. Attenzione particolare è quindi posta sul rafforzamento delle reti territoriali mediante l'instaurazione e l'aggiornamento di diverse strutture e la nascita di nuove *équipes* professionali, in un'ottica di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche col fine di erogare i servizi sanitari sempre più vicini alla popolazione e favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità le quali comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso il collegamento tra il servizio sociale e quello sanitario. All'interno dello scenario di programmazione, di particolare rilievo per il campo di attività della dirigenza infermieristica risulta essere la creazione delle seguenti realtà operative:

- Casa della Comunità (CdC): diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il

¹⁰¹ Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (22G00085), pubblicato in G.U. n. 144 del 22-06-2022

modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione, e rientrano alternativamente nella tipologia *hub* oppure *spoke*;

- Centrale Operativa Territoriale (COT): svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
- Ospedale di Comunità (OdC): è una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio;
- Telemedicina: viene utilizzata dai professionisti sanitari per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Un nodo di collegamento tra tutti questi elementi risulta essere la costante presenza al loro interno del personale infermieristico, con diverse funzioni e livelli di intervento professionale. Parallelamente all'esigenza di disporre di infermieri preparati per questi nuovi contesti operativi, sorge consequenzialmente la necessità di disporre di dirigenti infermieristici formati ed aggiornati riguardo alle dinamiche

del PNRR, in grado di identificare anticipatamente le necessità assistenziali che si svilupperanno e le risorse occorrenti per raggiungere gli obiettivi delineati. In questo contesto va a collegarsi la Componente 2 del PNRR, con l'avvio di corsi di formazione manageriale specifici.

Una ulteriore tematica di interesse è rappresentata dalla figura del Direttore di Distretto, già prevista e descritta nella normativa sanitaria italiana¹⁰², ma tuttavia ribadita anche all'interno del D.M. 77/2022, identificandola quale “responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionale”. Infatti, il Direttore del Distretto risulta responsabile per quanto attiene la “gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.” Emergendo come una figura centrale nel nuovo contesto sanitario in formazione, il Direttore di Distretto riveste un ruolo di primaria importanza, considerando che un ampio margine delle riforme e degli investimenti avranno luogo a livello territoriale, ricadendo all'interno del suo campo di responsabilità. Essa si configura altresì come un punto di riferimento che si interfaccia con una pluralità di servizi, sia all'interno delle Aziende Sanitarie (ad

¹⁰² Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. Serie Generale n. 165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132

esempio, i Presidi Ospedalieri), sia con altri enti pubblici, come gli Enti Locali. In alcune realtà il ruolo di Direttore di Distretto risulta affidato a professionisti sanitari con un percorso di dirigenza infermieristica, come ad esempio in Friuli Venezia-Giulia¹⁰³.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una opportunità per il progresso tecnologico ed il benessere della società, focalizzandosi su riforme ed investimenti strategici in settori chiave. Per garantire il successo a lungo termine di questo programma di rilancio economico e sociale, la gestione efficiente delle risorse finanziarie e la rigorosa valutazione degli impatti sui settori coinvolti risultano componenti fondamentali. Nel contesto della Missione Salute, tra gli obiettivi di primo ordine rientrano la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria col potenziamento all'accessibilità ai servizi per la popolazione, il rinnovamento del parco tecnologico ospedaliero, la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, oltre che investimenti in ricerca e formazione del personale sanitario.

Questi interventi mirano a rafforzare il settore sanitario, con l'obiettivo di fornire impatti positivi sulla salute della popolazione e sull'adattabilità del sistema a futuri scenari complessi, quali ad esempio situazioni di emergenza sanitaria su tutto il

¹⁰³<https://www.fnopi.it/2021/05/04/pellizzari-distretto-udine/#:~:text=Continua%20la%20scelta%20delle%20aziende,una%20rosa%20di%20tre%20candidati.>

territorio nazionale; risultano essere, quindi, cardini strategici per consolidare l'evoluzione del settore sanitario in Italia.

3.2 ELEMENTI PRINCIPALI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA

Il Friuli Venezia-Giulia è una Regione a statuto autonomo, con potestà legislativa concorrente in materia di “igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali”¹⁰⁴ e finanziamento del Sistema Sanitario Regionale (SSR) mediante i proventi dei contributi sanitari e risorse del proprio bilancio¹⁰⁵. Secondariamente a tali principi, la Regione gode pertanto di un maggiore margine di autonomia per la regolamentazione ed amministrazione del proprio SSR¹⁰⁶. La Regione assicura la realizzazione dei piani, dei programmi e degli obiettivi definiti dagli organi di indirizzo politico mediante la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS)¹⁰⁷; quest'ultima offre supporto e facilita lo sviluppo delle politiche unitarie, garantendone l'attuazione attraverso la pianificazione ed il governo unificato delle funzioni in materia sanitaria, sociale e

¹⁰⁴ Legge Costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, Statuto speciale della Regione Friuli-Venezia Giulia, pubblicato in G.U. n. 29 del 01-02-1963

¹⁰⁵ Legge 23 dicembre 1996, n. 662, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, pubblicata in G.U. n. 303 del 28-12-1996 - Suppl. Ordinario n. 233

¹⁰⁶ BALDUZZI, R., PARIS, D., La specialità che c'è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale, “Corti Supreme e Salute”, 2018, p. 164

¹⁰⁷ Delibera della Giunta Regionale n. 2133 del 12 dicembre 2019, Articolazione organizzativa generale dell'amministrazione regionale e articolazione e declaratoria delle funzioni delle strutture organizzative della presidenza della regione, delle direzioni centrali e degli enti regionali: modifiche.

socio-sanitaria, oltre che per quanto attinente le politiche del terzo settore e del servizio civile. Inoltre, la DCS supervisiona a livello regionale la tutela della salute e della sicurezza sociale della comunità, promuovendo un approccio integrato alla politica di Welfare. Ulteriormente, la DCS assicura, tramite enti pubblici e privati competenti, la fornitura di servizi conformi ai Livelli Essenziali di Assistenza, nonché prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie aggiuntive.

La legge di riferimento che delinea gli aspetti generali delle Aziende Sanitarie regionali è la Legge Regionale 27/2018¹⁰⁸; in particolare, vengono legittimati quattro enti dotati di personalità di diritto pubblico: l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute. Le prime tre Aziende Sanitarie erogano le prestazioni sanitarie su tutto il territorio regionale, dividendo la competenza territoriale per aree vaste distrettuali; l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute assicura l'esecuzione di compiti di carattere tecnico specialistico, supporto e coordinamento per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e socio-sanitaria e gestisce in maniera centralizzata attività amministrative, tecniche, logistiche e sanitarie. Oltre alle succitate Aziende, sono presenti anche due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): “Burlo Garofolo” a Trieste e

¹⁰⁸ Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27, Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 18 del 04-05-2019

"Centro di Riferimento Oncologico" ad Aviano. L'assistenza risulta organizzata seguendo il modello "hub and spoke" e secondo il principio delle reti cliniche. Il modello "hub and spoke" è fondato sulla differenziazione delle strutture ospedaliere in relazione alla complessità dei casi trattati: la struttura "hub" costituisce il fulcro del sistema, concentrando tutte le tecnologie più avanzate e le *équipe* specializzate necessarie per gestire casi ad alta e media complessità in tutte le specialità mediche; nelle strutture "spoke," invece, vengono gestite le casistiche che necessitano di trattamenti di complessità media e bassa relativi alle principali discipline mediche e chirurgiche, generalmente nell'ambito di regimi assistenziali di *Day Hospital*, *Day Surgery* o ambulatoriali. I casi più complessi vengono opportunamente indirizzati verso la struttura "hub" del sistema ospedaliero¹⁰⁹. Il concetto di rete clinico-assistenziale ha l'obiettivo di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure; ciò avviene mediante l'integrazione di professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di diverse tipologie e livelli¹¹⁰. Per quanto concerne la gestione operativa delle attività, gli enti del Servizio Sanitario Regionale adottano il modello di organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali. A livello direttivo, a seconda del tipo di ente

¹⁰⁹ CARBONE, C., PRENESTINI, A., LEGA, F., GARBELLI, C., CERATTI, F., TROIANO, D., Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico, "MECOSAN n. 78", 2011, pp. 37-57

¹¹⁰ <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari>

la composizione della direzione strategica risulta differente; per quanto concerne le tre Aziende Sanitarie, la direzione strategica è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Socio-sanitari; il Servizio Infermieristico aziendale e le sue diramazioni ospedaliere e territoriali, con denominazioni differenti all'interno delle tre Aziende Sanitarie, risulta essere sempre *in staff* al Direttore Sanitario. Una rappresentanza della professione infermieristica viene ulteriormente fornita all'interno del Consiglio dei Sanitari. Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'Azienda Sanitaria con funzioni di consulenza¹¹¹; esso esprime pareri obbligatori al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, comprese quelle di natura organizzativa, e per gli investimenti ad esse correlati. Inoltre, il Consiglio dei Sanitari formula valutazioni sulle attività di assistenza sanitaria. Il Consiglio dei Sanitari è composto da rappresentanti della professione medica, infermieristica, del personale tecnico sanitario e di altri professionisti sanitari laureati; esso risulta presieduto dal Direttore Sanitario.

¹¹¹ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137

3.3 PROSPETTIVE FUTURE DELL'INFERMIERE DIRIGENTE NELLE AZIENDE SANITARIE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA

Per quanto concerne le prospettive future dell'infermiere dirigente nelle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia-Giulia, le fonti principali di riferimento risultano essere le “linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale”, le quali vengono deliberate dalla Giunta Regionale annualmente con lo scopo di fornire le direttive strategiche per l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Queste direttive strategiche, le quali risultano implementate in progetti specifici a livello delle Aziende Sanitarie, non ricomprendono totalmente le attività e i servizi da garantire in ottemperanza alle normative statali e regionali; tuttavia, delineano le priorità stabilite dalla Regione nel suo ruolo di indirizzo, e stabiliscono i criteri per la distribuzione dei finanziamenti regionali, insieme a vincoli e regole gestionali. Alcuni di questi programmi sono progettati per essere realizzati in un arco temporale esteso; di conseguenza, all'interno delle linee guida annuali è possibile identificare la prosecuzione di iniziative già avviate in precedenza che stanno progredendo. Prendendo in considerazione le linee annuali più recenti, ovvero in riferimento agli anni 2022¹¹² – 2023¹¹³ – 2024¹¹⁴, si denota come venga

¹¹² Delibera della Giunta Regionale n. 321 del 11 marzo 2022, LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva

¹¹³ Delibera della Giunta Regionale n. 480 del 17 marzo 2023, LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2023. Approvazione definitiva

¹¹⁴ Delibera della Giunta Regionale n. 2117 del 29 dicembre 2023, LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2024. Approvazione preliminare e assegnazione e erogazione in via provvisoria del finanziamento agli enti del s.s.r. per l'anno 2024.

dato ampio margine di programmazione e sviluppo alla nuova assistenza di prossimità indicata nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR. La Regione Friuli Venezia-Giulia ha recepito le direttive del D.M. 77/2022 mediante la definizione del “programma regionale dell’assistenza territoriale” per l’attuazione del modello di sviluppo dell’assistenza e prevenzione¹¹⁵; in particolare, si possono denotare la focalizzazione sulla creazione delle Case di Comunità (CdC), delle Centrali Operative Territoriali (COT) e degli Ospedali di Comunità (OdC). Nelle Case di Comunità prevale un approccio di tipo integrato, con l’erogazione di servizi di cure primarie mediante *équipe* multiprofessionali; inoltre, all’interno delle linee di indirizzo dei modelli organizzativi del D.M. 77/2022 non è prevista obbligatoriamente la presenza infermieristica nelle CdC nell’arco delle 24 ore, risultando comunque raccomandata. Diverso discorso invece per quanto riguarda le COT e gli OdC, poiché a livello di personale risultano essere strutture a principale gestione infermieristica nell’arco delle 24 ore; in considerazione di ciò, per il loro corretto funzionamento viene data responsabilità organizzativa ad un responsabile infermieristico.

A livello ospedaliero, per quanto concerne specificatamente la dirigenza infermieristica, nelle linee di indirizzo del FVG non vi sono particolari riferimenti,

¹¹⁵ Delibera della Giunta Regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022, PNRR M6. DM 77/2022. Programma regionale dell’assistenza territoriale. Approvazione definitiva, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 2 del 11-01-2023

pertanto si può far rientrare le attività previste e richieste all'interno degli obiettivi generali e specifici delle Aziende Sanitarie delineati; si citano, in particolar modo, le “misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici” che riguardano pianificazione, coordinamento e verifica dei risultati raggiunti da parte del personale afferente al Servizio Infermieristico aziendale per quanto concerne diverse aree di obiettivi. Questi ultimi possono riguardare: appropriatezza ed efficienza operativa (ad esempio contribuire a migliorare l'indice di *performance* degenza media, mediante la stesura di piani di assistenza); *budget* (ad esempio la diminuzione della spesa per dispositivi di consumo quali guanti, siringhe, dispositivi di assorbimento); *risk management* all'interno del progetto Rete Cure Sicure FVG¹¹⁶ che coordina e governa, in forma integrata, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. In quest'ultimo ambito, i dirigenti infermieristici possono ricevere l'incarico di referenti aziendali di riferimento che collaborano con il *risk manager* aziendale (dirigente medico specializzato in igiene, epidemiologia e sanità pubblica con comprovata esperienza nominato dal Direttore Generale) nella gestione di progetti specifici quali, tra gli altri, l'utilizzo sicuro dei farmaci, la prevenzione ed il

¹¹⁶ Delibera della Giunta Regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016, L. 208/2015 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia-Giulia: modello organizzativo.

controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), la prevenzione delle lesioni da pressione¹¹⁷.

Un'altra prospettiva per quanto concerne il ruolo della dirigenza infermieristica può essere ricercata all'interno dei processi di *governance* dei percorsi sanitari, sociali e socio-sanitari definiti dalla Regione; infatti, il Friuli Venezia-Giulia nelle sue politiche pubbliche riconosce nell'integrazione socio-sanitaria una strategia fondamentale del proprio paradigma di assistenza alle condizioni di fragilità da perseguire a tutti i livelli del sistema, col fine di salvaguardare la salute ed il benessere dei cittadini. A tale scopo, anche a livello normativo viene ribadito il principio secondo il quale il sistema regionale dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali devono operare congiuntamente, superando il modello di interazione basato sulla pratica separata delle rispettive competenze all'interno delle rispettive organizzazioni¹¹⁸. Avendo dei ruoli direttivi per quanto concerne l'assistenza e la presa in carico della persona con bisogni complessi sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale, la dirigenza infermieristica può fornire rappresentanza all'interno delle *équipe* sanitarie collegate con il sistema sociale, col fine di contribuire alla realizzazione di piani che definiscano le modalità di integrazione che includano una specifica delineazione dell'organizzazione gestionale e

¹¹⁷ <https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/rete-cure-sicure-fvg/programma/>

¹¹⁸ Legge Regionale 12 dicembre 2019, n. 22, Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 10 del 07-03-2020

funzionale del personale, delle modalità operative per la realizzazione degli interventi e delle risorse economiche allocate.

Una ulteriore prospettiva futura risulta legata a quanto indicato dal PNRR Missione 6 Componente 2, dove viene indicata l'istituzione di corsi formativi della dirigenza sanitaria e del *middle management* con lo scopo di fornire le competenze utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali (in primo luogo, la riforma del territorio), oltre a quelle relative alle innovazioni digitali e tecnologiche (telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico), incluso l'utilizzo dei *software* per la raccolta e la consultazione dei dati sanitari. Lo strumento di pianificazione del sistema regionale di formazione continua e Educazione Continua in Medicina (ECM) è il Piano della Formazione Regionale (PFR), approvato annualmente uniformandosi a quanto indicato dalle linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale¹¹⁹.

Infine, all'interno degli enti del SSR è prevista la possibilità di inserire dei *project manager* con l'obiettivo di “far fronte alla complessità dei processi di riorganizzazione dei propri assetti”¹²⁰. Gli ambiti operativi di tali professionisti coinvolgono settori legati all'innovazione, alla riorganizzazione strutturale o alla revisione dei processi, posizionati *in staff* alle direzioni strategiche o a supporto dei

¹¹⁹ Decreto del Direttore Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità n. 28566/GRFVG del 16/06/2023

¹²⁰ Legge Regionale 7 novembre 2022, n. 15, Misure finanziarie multisettoriali, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 52 del 31-12-2022

dipartimenti o delle strutture aziendali coinvolte; all'interno di queste dinamiche potrebbero essere ricompresi i processi assistenziali di pertinenza infermieristica. La selezione del *project manager* deve avvenire mediante una procedura selettiva pubblica, basata su titoli e colloquio, riservata a professionisti in possesso di un master universitario di secondo livello in *management* sanitario.

CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE

Il percorso delineato in merito alle politiche sanitarie e alle riforme all'interno delle Aziende Sanitarie si dirige verso un significativo rafforzamento dei sistemi sanitari a livello territoriale. Seguendo i presupposti stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e, di conseguenza, le linee guida della Regione Friuli Venezia-Giulia che riecheggiano tali orientamenti, le prospettive di maggiore interesse si concentrano all'interno dei servizi territoriali del Distretto. Si prevede un potenziamento delle risorse e un miglioramento della qualità dei servizi offerti, con l'obiettivo di consolidare ulteriormente l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria erogata a livello locale. L'implementazione di queste strategie mira a promuovere una maggiore integrazione e coesione tra i diversi livelli del sistema sanitario, in linea con i principi di ottimizzazione delle risorse, miglioramento della sostenibilità e promozione dell'accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari nella

comunità. Nell'ambito della direzione centrale del Distretto, assume un ruolo di rilievo la figura di un dirigente in grado di guidare il *middle management* all'interno delle diverse strutture, perseguendo gli obiettivi prestabiliti in termini di assistenza e salute. Di particolare interesse per quanto concerne la professione infermieristica, e conseguentemente anche per la dirigenza correlata, risulta essere il modello organizzativo predisposto all'interno delle Centrali Operative Territoriali (COT) e degli Ospedali di Comunità. Queste strutture si caratterizzano per una gestione operativa prevalentemente infermieristica; di conseguenza, per ottimizzarne il funzionamento è essenziale instaurare una *leadership* adeguata, sia a livello di direzione centrale che a livello di *middle management*. In particolare, a livello degli OdC sarà necessaria ampia capacità di adattamento e flessibilità organizzativa, poiché essendo delle strutture intermedie tra il territorio e l'assistenza ospedaliera avranno la necessità di integrare efficacemente le competenze di entrambi gli ambiti. Un obiettivo principale del *management* infermieristico riguarderà il corretto funzionamento di queste nuove tipologie di strutture sanitarie che, per quanto possano apparire simili a unità operative già esistenti (ad esempio, le Residenze Sanitarie Assistenziali), vanno ad inserirsi ed integrarsi nel contesto del SSR in maniera innovativa e con un *target* di utenza ancora più specifico. Risulta possibile prevedere che vi sarà un contributo per quanto concerne la pianificazione del lavoro all'interno di queste strutture, a livello di modalità operative con piani di assistenza adattati al nuovo contesto, organizzazione del personale e gestione dei

materiali; la previsione della richiesta di salute ed assistenza tenendo conto delle peculiarità del contesto territoriale e sociale di intervento; la supervisione durante i processi di innovazione e cambiamento delle prestazioni erogate, assicurandone alti standard qualitativi; la costante comunicazione, a livello interno con gli organi aziendali di vertice per segnalare punti di forza e punti critici rispetto al proseguimento delle nuove politiche sanitarie, ed a livello esterno verso gli *stakeholders* di riferimento per mantenere un flusso informativo per quanto concerne le attività delle strutture coerente e chiaro.

A livello ospedaliero, si delineano prospettive incentrate principalmente sul conseguimento di obiettivi di qualità dell'assistenza, come evidenziato nel progetto Rete Sicure FVG, e sul controllo dei costi correlati alle cure erogate. Risulta quindi essenziale la formulazione di piani di assistenza aggiornati e orientati agli obiettivi regionali, insieme al monitoraggio delle attività dall'alto verso il basso attraverso i vari livelli di responsabilità, oltre alla valutazione dei risultati con la possibile introduzione di manovre correttive qualora si rendano necessarie. Obiettivi specifici possono essere inoltre forniti dalle direzioni strategiche delle diverse Aziende Sanitarie, anche a livello di singolo Presidio Ospedaliero, in virtù dei principi di autonomia gestionale che le stesse possiedono. Si può prevedere una collaborazione ancora più stretta per quanto concerne i percorsi assistenziali tra l'ospedale e le nuove strutture sanitarie territoriali previste; pertanto, può risultare rilevante la progettazione di piani e protocolli operativi aggiornati ed integrati con queste realtà

in un'ottica di elevazione degli *outcome* assistenziali per quanto concerne la presa in carico dei pazienti dopo la dimissione ospedaliera, eventualmente provvedendo anche a pianificare il fabbisogno di risorse umane e le necessità formative del personale assegnato a queste nuove realtà operative.

È possibile approfondire anche quanto accade a livello di integrazione socio-sanitaria. Nelle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia-Giulia, è già presente la Direzione dei Servizi Socio-sanitari, collocata *in line* nella direzione strategica aziendale con il fine di coadiuvare il Direttore Generale nella formulazione delle strategie aziendali inerenti l'erogazione delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, l'appropriatezza delle stesse, la qualità dei servizi e l'accesso alle prestazioni. L'esistenza di tale contesto all'interno delle Aziende Sanitarie dovrebbe, quindi, agevolare queste dinamiche; tuttavia, poiché il tema dell'integrazione socio-sanitaria viene ripreso nelle linee guida annuali regionali, viene rimarcata la necessità di creare percorsi per promuovere la collaborazione e l'integrazione tra gli enti e gli *stakeholder* nell'ambito socio-sanitario. Alle Aziende Sanitarie regionali è richiesto di concorrere al “processo di presa in carico (dall'accoglimento della domanda alla definizione del progetto personalizzato con gli interventi programmati) per le situazioni di bisogni complessi nei Punti Unici d'Accesso (PUA) all'interno delle diverse articolazioni delle Case della Comunità”, mediante l'adozione strumenti unitari per la preliminare valutazione in utilizzo condiviso coi servizi sociali e territoriali e la definizione di accordi di funzionamento dell'*équipe*

integrata multidisciplinare sanitaria e sociale. Con queste prerogative, la dirigenza infermieristica può assumere un ruolo chiave, sia a livello ospedaliero che distrettuale, avendo campi di responsabilità all'interno di diverse fasi nel progetto personalizzato per l'utenza con bisogni complessi e potendo dunque indirizzare le attività ed i percorsi più attinenti tenuto conto del contesto operativo.

Nel contesto della riorganizzazione degli assetti assistenziali, seguendo anche quanto indicato dal PNRR, sarà interessante valutare la possibilità di designare *project manager* infermieri con un elevato livello di formazione, se necessario. Non essendo prevista la figura del Direttore Assistenziale posizionato *in line* nelle direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie regionali, questo incarico risulterebbe di elevata importanza per il panorama dirigenziale infermieristico, poiché vi sarebbe la responsabilità di progetti di innovazione o riorganizzazione focalizzati sui contesti assistenziali. Poiché il futuro di questa figura non risulta ancora chiaramente delineato, tale ambito richiederà approfondimenti in ulteriori analisi.

Importante aspetto risulta la formazione sul nuovo assetto del SSN e del SSR del personale infermieristico con funzioni direttive. Il raggiungimento degli obiettivi non può prescindere dall'aggiornamento delle conoscenze e delle competenze. La digitalizzazione della cartella clinica e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi all'interno delle Aziende Sanitarie, compresa la riforma dell'assetto territoriale, richiedono una preparazione adeguata della dirigenza infermieristica, che deve necessariamente acquisire competenze manageriali avanzate. La

formazione diventa cruciale per gestire efficacemente i cambiamenti emergenti e guidare il personale infermieristico attraverso le nuove dinamiche che si verranno a creare, orientate a processi assistenziali digitalizzati e innovativi, coerentemente a quanto indicato dal PNRR.

CONCLUSIONI

L'evoluzione della dirigenza infermieristica in Italia dal 1900 ad oggi riflette una trasformazione profonda, influenzata da cambiamenti sociali, sviluppo della normativa sanitaria e progressi nella formazione professionale. Nel primo Novecento, la figura del dirigente infermieristico era sostanzialmente inesistente, con l'organizzazione delle cure dominata da modelli gerarchici totalmente capeggiati dalla professione medica. La progressiva professionalizzazione dell'infermiere negli anni Sessanta e Settanta segnò un primo passo verso il riconoscimento istituzionale della dirigenza infermieristica, pur mantenendo sempre un ruolo subordinato rispetto alla professione medica. Con l'istituzione del SSN e le sue successive riforme degli anni Novanta, mediante le quali nacquero le Aziende Sanitarie, si assiste parallelamente al consolidamento della professionalità infermieristica, che acquisì totale autonomia e responsabilità sui processi assistenziali di propria pertinenza. L'emergere di modelli assistenziali centrati sul

paziente e la crescente complessità delle cure da erogare richiesero una capacità più avanzata di gestione delle risorse umane e materiali, portando ad un progressivo riconoscimento della necessità di avere una dirigenza infermieristica in grado di saper controllare tutte queste dinamiche mediante approcci di tipo manageriale. Agli inizi degli anni Duemila, l'evoluzione normativa ha contribuito a consolidare il ruolo della dirigenza infermieristica, delineando requisiti formativo-curricolari, campi di competenza e consolidando la necessità di essere costantemente aggiornati mediante la formazione continua. La promozione della ricerca infermieristica e l'adozione di modelli organizzativi basati su criteri di efficacia, efficienza e qualità delle cure stanno contribuendo a far sì che la dirigenza infermieristica sia sempre più al centro delle decisioni strategiche all'interno delle Aziende Sanitarie, partecipando attivamente alla definizione delle politiche sanitarie e all'implementazione di pratiche assistenziali basate sull'evidenza scientifica. La dirigenza infermieristica ora si profila, pertanto, come una figura strategica, capace di guidare il cambiamento e contribuire in modo significativo al miglioramento continuo del sistema sanitario.

Per quanto concerne le prospettive in Friuli Venezia-Giulia, la nuova impostazione del SSR che viene a delinearsi risulta molto interessante per la professione infermieristica in generale, e conseguentemente anche per la dirigenza. Viene previsto ampio margine operativo all'interno delle strutture e dei profili descritti all'interno del D.M. 77/2022 che mano a mano si stanno creando, delineando anche

nuovi ruoli di tipo direzionale. Questo tipo di impostazione richiede una dirigenza infermieristica in grado di guidare il cambiamento, coordinando le risorse e adattandosi a nuovi modelli organizzativi abbinando ai principi di tipo manageriale le conoscenze di tipo assistenziale col fine di garantire l'erogazione di un'assistenza quanto più orientata alle esigenze del paziente e della comunità di riferimento. Alla riforma dell'assistenza territoriale si collega anche il potenziamento dell'integrazione con l'assetto sociale, fortemente incentivata dalla Regione. All'interno del percorso di presa in carico integrata del paziente con bisogni complessi, la dirigenza contribuisce a potenziare e migliorare l'offerta assistenziale in tale contesto favorendo la cooperazione tra diverse figure professionali sia in ambito ospedaliero che territoriale, avendo dei campi di responsabilità in questi ambiti. Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, attualmente gli obiettivi risultano essere all'interno di progetti già avviati od eventualmente su obiettivi specifici decisi dalla direzione strategica delle Aziende Sanitarie; la prospettiva quindi si concentra nel garantire il mantenimento di elevati standard di assistenza; inoltre, all'interno delle Linee guida regionali vengono citati elementi riconducibili alla Missione 6 Componente 2 del PNRR, inerente all'adeguamento delle infrastrutture ospedaliere, l'ammodernamento del parco tecnologico, il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Si può prevedere, quindi, che dirigenza infermieristica contribuirà alla promozione dell'innovazione nella

gestione ospedaliera seguendo tali indicazioni. Ciò include l'adozione di tecnologie avanzate, la digitalizzazione dei processi assistenziali e la creazione di ambienti più efficienti. Ampio margine viene fornito alla formazione dirigenziale e del *middle management*, in linea con le necessarie conoscenze dei nuovi assetti che si stanno venendo a creare all'interno del panorama sanitario regionale e nazionale. I piani formativi ripercorrono le principali novità che si stanno delineando all'interno del SSR per quanto riguarda le dinamiche organizzative, tecnologiche e assistenziali, in modo da avere dirigenti opportunatamente preparati a gestire queste novità.

La tipologia di dirigente infermiere che si viene a prospettare unisce le competenze attinenti ad attività di pianificazione, organizzazione, supervisione e valutazione dei risultati adattandole al nuovo contesto normativo ed organizzativo nascente all'interno SSR del Friuli Venezia-Giulia. Per fare ciò, risulta fondamentale il costante aggiornamento rispetto alle direttive fornite dagli organismi decisori e la partecipazione attiva alle decisioni aziendali. Un limite in tale aspetto viene rappresentato dall'assenza della figura del Direttore Assistenziale posizionato *in line* nella direzione strategica delle Aziende Sanitarie. Sarà motivo di interesse osservare i risultati conseguiti da tutti i livelli della dirigenza infermieristica all'interno del nuovo contesto delle Aziende Sanitarie che si sta prospettando, in relazione ai benefici sanitari, alla soddisfazione degli utenti e al conseguimento degli obiettivi definiti periodicamente dalle direttive regionali.

BIBLIOGRAFIA

- BALDUZZI, R., PARIS, D., La specialità che c'è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale, “Corti Supreme e Salute”, 2018, pp. 155-180;
- CALAMANDREI, C., ORLANDI, C., La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (3 ed.), McGraw-Hill, Milano, 2009;
- CARBONE, C., PRENESTINI, A., LEGA, F., GARBELLI, C., CERATTI, F., TROIANO, D., Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico, “MECOSAN n. 78”, 2011, pp. 37-57;
- CITONI, G., GAROFALO, G., Servizi sanitari. Economia e management, Società Editrice Esculapio, Bologna, 2021;
- LEGA, F., Management della sanità. Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria, EGEA, Milano, 2013;
- PREVITALI, P., La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare, Pavia University Press, Pavia, 2017;
- ROCCO, G., CIPOLLA, C., STIEVANO, A., La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, FrancoAngeli, Milano, 2015;
- ROTONDI, M., La gestione delle risorse umane in sanità. Strategie di intervento per le Aziende sanitarie, FrancoAngeli, Milano, 2019;

- SAIANI, L., La storia italiana della formazione infermieristica: la “lunga marcia” dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale, “TUTOR. An international, peer reviewed, openaccess journal on Medical Education and Practice”, 2016, 16(1):32-39;
- SIRONI, C., Storia dell'assistenza infermieristica, Carocci, Roma, 1991

SITOGRAFIA

- <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>
- <https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/rete-cure-sicure-fvg/programma/>
- https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_23_6050
- <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/formazione-e-supperto-al-programma-nazionale-ecm/educazione-continua-in-medicina-ecm#:~:text=L'avvio%20del%20Programma%20nazionale,messaggio%20nel%20mondo%20della%20sanit%C3%A0.>
- <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari>
- <https://www.aranagenzia.it/attachments/article/13194/2022.11.02%20-%20CCNL%20comparto%20sanit%C3%A0%20-%20Definitivo%20f.to.pdf>

- <https://www.fnopi.it/2021/05/04/pellizzari-distretto-udine/#:~:text=Continua%20la%20scelta%20delle%20aziende,una%20rosa%20di%20tre%20candidati.>
- <https://www.fnopi.it/2023/07/28/trento-direttore-assistenziale/>
- <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>
- <https://www.funzionepubblica.gov.it/lavoro-pubblico-e-organizzazione-pa/dirigenza-pubblica>
- <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>
- <https://www.opibz.it/wp-content/uploads/2019/05/Codice-Deontologico-1960.pdf>
- https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=30087
- <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto#:~:text=I%20principi%20fondamentali%20su%20cui,'uguaglianza%20e%20l'equit%C3%A0.&text=Significa%20l'estensione%20delle%20prestazioni%20sanitarie%20>

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832, Facoltà della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici, pubblicato in G.U. n. 257 del 05-11-1925;
- Legge 18 marzo 1926, n. 562, Conversione in legge, con approvazione complessiva, di decreti Luogotenenziali e Regi aventi per oggetto argomenti diversi, pubblicato in G.U. n.102 del 03-05-1926;
- Legge 23 giugno 1927, n. 1264, Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n.176 del 01-08-1927;
- Regio Decreto-Legge 31 maggio 1928, n. 1334, Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 154 del 04-07-1928;
- Regio Decreto-Legge 21 novembre 1929, n. 2330, Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici, pubblicato in G.U. n. 26 del 01-02-1930;

- Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie, pubblicato in G.U. n.186 del 09-08-1934 - Suppl. Ordinario n. 186;
- Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631, Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, pubblicato in G.U. n. 245 del 25-10-1938;
- Regio Decreto 2 maggio 1940, n. 1310, Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici, pubblicato in G.U. n. 225 del 25-09-1940;
- Decreto Luogotenenziale 12 luglio 1945, n. 417, Istituzione dell'Alto Commissariato per L'igiene e la sanità pubblica, pubblicato in G.U. n. 144 del 31-07-1945;
- Costituzione della Repubblica Italiana, pubblicata in G.U. n. 298 del 27-12-1947;
- Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, pubblicato in G.U. n. 241 del 23-10-1946;
- Decreto del Presidente Della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni

sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, pubblicato in G.U. n.112 del 16-05-1950 - Suppl. Ordinario;

- Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia, pubblicata in G.U. n. 262 del 15-11-1954;
- Legge 13 dicembre 1956, n. 1420, Titolo di studio obbligatorio per l'ammissione alle scuole-convitto professionali per infermiere, istituite a norma del regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, pubblicato in G.U. n. 327 del 31-12-1956;
- Legge 13 marzo 1958, n. 296, Costituzione del Ministero della sanità, pubblicata in G.U. n. 90 del 14-04-1958;
- Legge Costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, Statuto speciale della Regione Friuli-Venezia Giulia, pubblicato in G.U. n. 29 del 01-02-1963;
- Decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n. 775, Modificazioni allo statuto dell'Università degli studi di Roma, pubblicato in G.U. n. 173 del 13-07-1965;
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, pubblicato in G.U. n. 104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario;
- Legge 25 febbraio 1971, n. 124, Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione

delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta, pubblicata in G.U. n. 83 del 03-04-1971

- Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 10, Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale e del relativo personale, pubblicato in G.U. n. 41 del 14-02-1972 - Suppl. Ordinario;
- Legge 15 novembre 1973, n. 795, Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957, pubblicata in G.U. n. 325 del 19-12-1973;
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici, pubblicato in G.U. n. 157 del 18-06-1974;
- Decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867, Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento, pubblicato in G.U. n. 48 del 23-02-1976;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, pubblicata in G.U. n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario;

- Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, pubblicato in G.U. n. 45 del 15-02-1980 - Suppl. Ordinario;
- Legge 3 giugno 1980, n. 243, Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici, pubblicata in G.U. n. 163 del 16-06-1980;
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1984, n. 821, Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali, pubblicato in G.U. n. 338 del 10-12-1984
- Legge 19 novembre 1990, n. 341, Riforma degli ordinamenti didattici universitari, pubblicata in G.U. n. 274 del 23-11-1990;
- Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 2 dicembre 1991, Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche, pubblicato in G.U. n. 131 del 05-06-1992;
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137;
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in

materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 293 del 15-12-1993 - Suppl. Ordinario n. 113;

- Decreto del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, pubblicato in G.U. n. 6 del 09-01-1995;
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, pubblicata in G.U. n. 303 del 28-12-1996 - Suppl. Ordinario n. 233;
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie, pubblicata in G.U. n. 50 del 02-03-1999;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. n. 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132;
- Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, pubblicata in G.U. n. 208 del 06-09-2000;
- Decreto Interministeriale 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 128 del 05-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 136;

- Decreto Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato in G.U. n. 128 del 05-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 136;
- Decreto Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270, Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato in G.U. n. 266 del 12-11-2004;
- Legge 1 febbraio 2006, n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali, pubblicata in G.U. n. 40 del 17-02-2006;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008, Recepimento dell'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, pubblicato in G. U. n. 48 del 26-02-2008
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3, Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché' disposizioni per il riordino

delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute, pubblicata in G.U. n. 25 del 31-01-2018;

- Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27, Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 18 del 04-05-2019;
- Legge Regionale 12 dicembre 2019, n. 22, Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 10 del 07-03-2020
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (22G00085), pubblicato in G.U. n. 144 del 22-06-2022;
- Legge Regionale 7 novembre 2022, n. 15, Misure finanziarie multisettoriali, pubblicata in G.U. 3^a Serie Speciale - Regioni n. 52 del 31-12-2022

DELIBERE REGIONE FRIULI VENEZIA-GIULIA DI RIFERIMENTO

- Delibera della Giunta Regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016, L 208/2015 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia-Giulia: modello organizzativo;
- Delibera della Giunta Regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016, L 208/2015 – Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia-Giulia: modello organizzativo;
- Delibera della Giunta Regionale n. 2133 del 12 dicembre 2019, Articolazione organizzativa generale dell'amministrazione regionale e articolazione e declaratoria delle funzioni delle strutture organizzative della presidenza della regione, delle direzioni centrali e degli enti regionali: modifiche;
- Delibera della Giunta Regionale n. 321 del 11 marzo 2022, LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva;
- Deliberazione Sezione di controllo Corte dei Conti n. FVG 43/2022/FRG
- Delibera della Giunta Regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022, PNRR M6. DM 77/2022. Programma regionale dell'assistenza territoriale. Approvazione definitiva, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 2 del 11-01-2023;

- Delibera della Giunta Regionale n. 480 del 17 marzo 2023, LR 22/2019 -
Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2023.
Approvazione definitiva;
- Delibera della Giunta Regionale n. 2117 del 29 dicembre 2023, LR 22/2019.
Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2024.
Approvazione preliminare e assegnazione e erogazione in via provvisoria
del finanziamento agli enti del s.s.r. per l'anno 2024;
- Decreto del Direttore Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità n.
28566/GRFVG del 16/06/2023

