



FNOPI

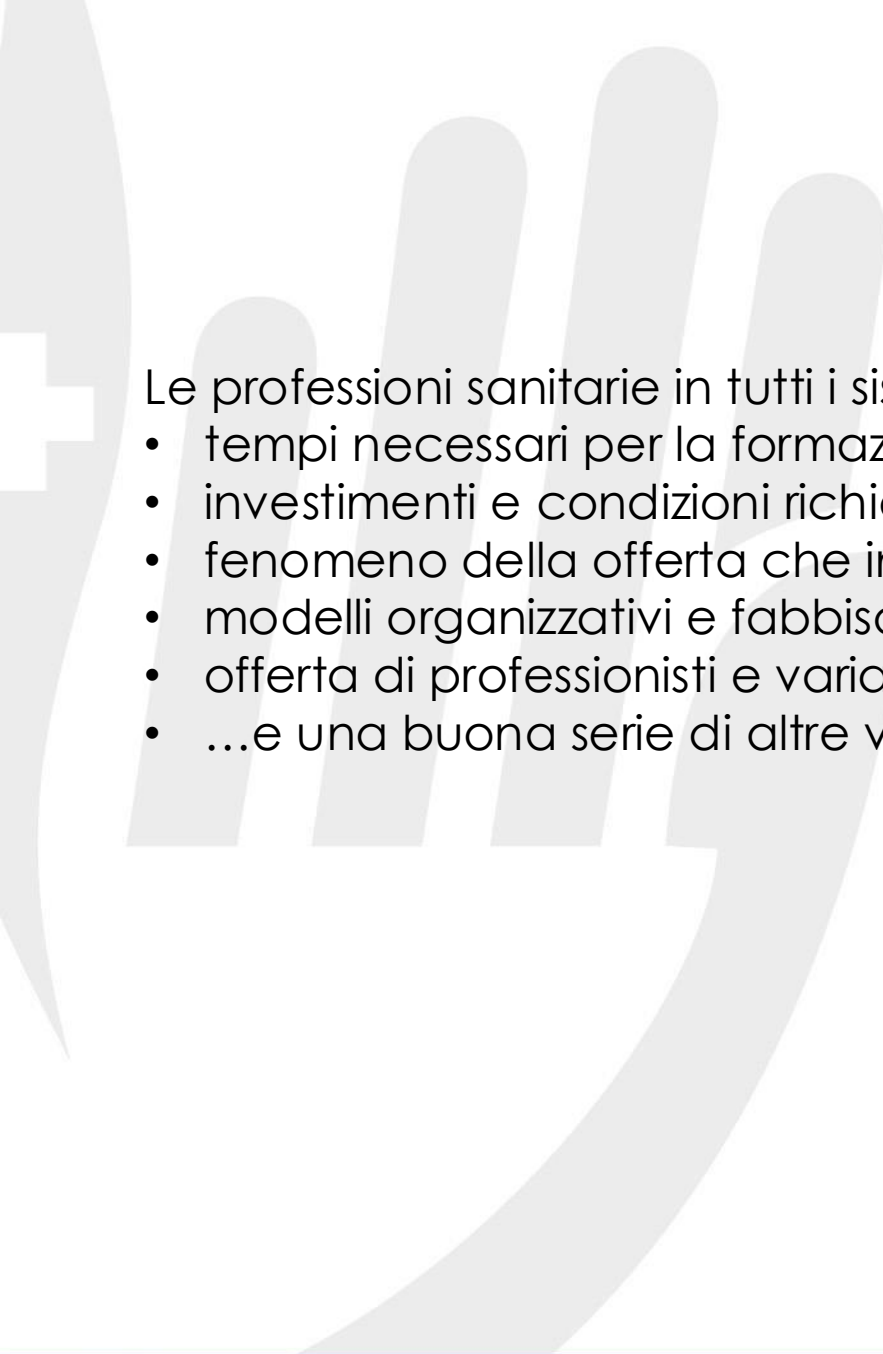
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

COSTRUIRE TEAM: INFERMIERE, OSS E ASSISTENTE INFERMIERE NEL PROCESSO ASSISTENZIALE



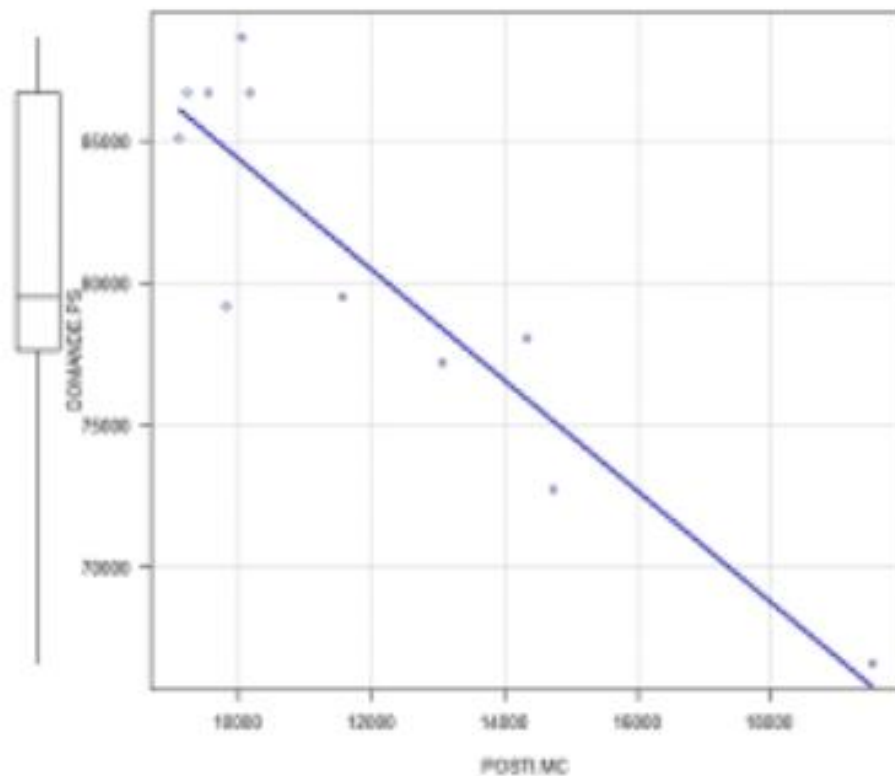


Le premesse: le professioni sanitarie



Le professioni sanitarie in tutti i sistemi sono oggetto di pianificazione per:

- tempi necessari per la formazione;
- investimenti e condizioni richiesti;
- fenomeno della offerta che induce la domanda;
- modelli organizzativi e fabbisogni;
- offerta di professionisti e variabili input / output;
- ...e una buona serie di altre variabili...

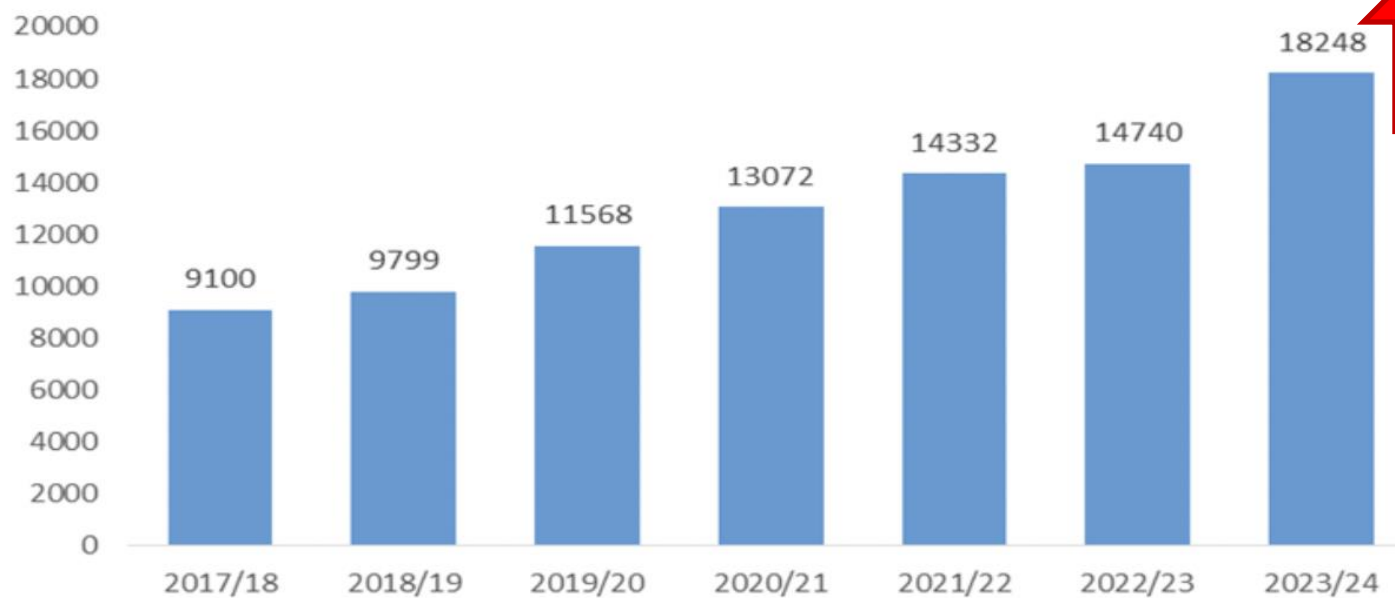


All'aumentare dei posti a medicina e chirurgia, diminuisce il numero di domande di iscrizione ai corsi di laurea delle Professioni Sanitarie.

Elaborazione su dati report Mastrillo 2013- 2023



POSTI MEDICINA E CHIRURGIA 2017-2023



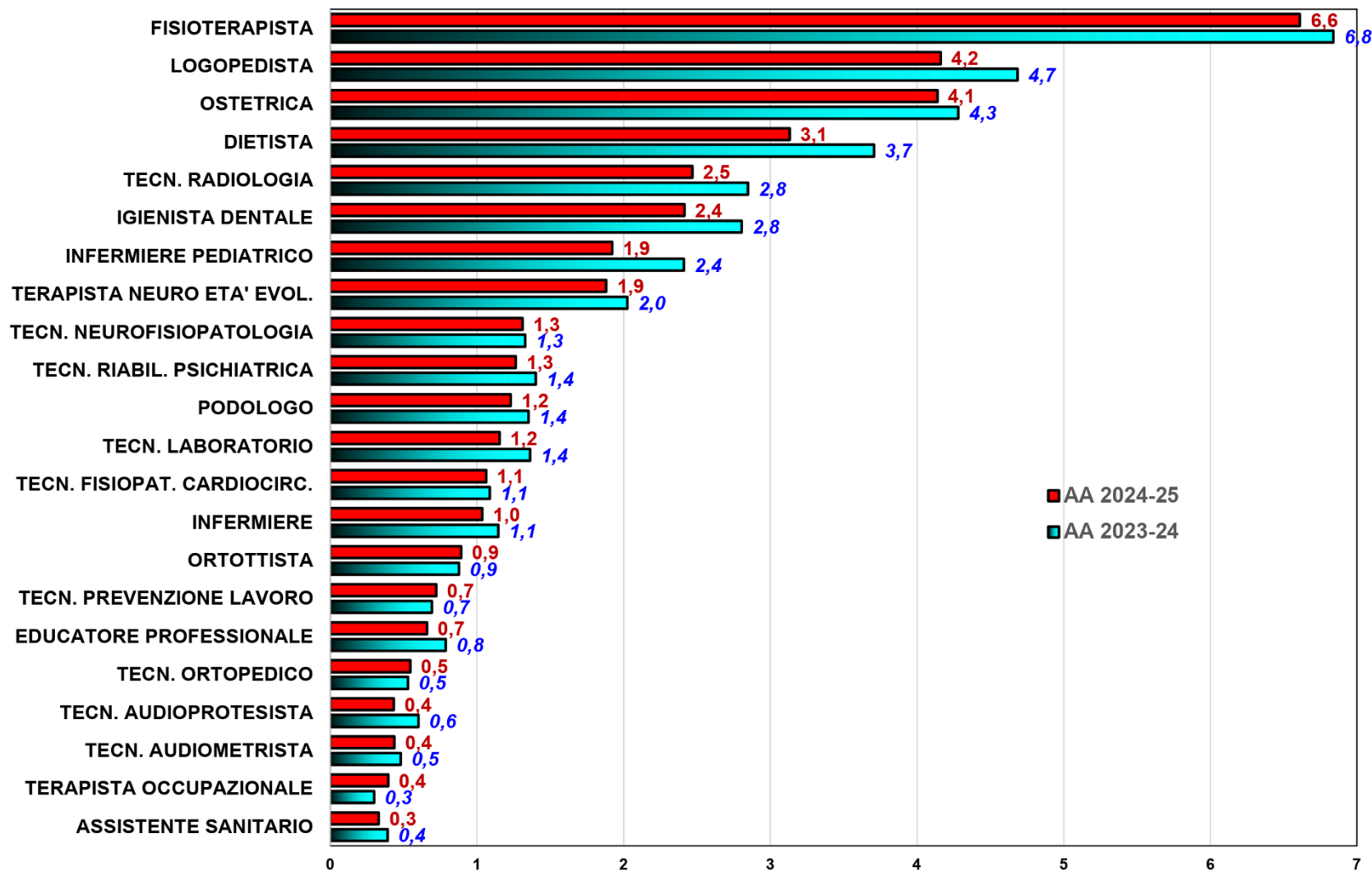
A.A. 2026 – 2027: 23.209

A.A. 2025 – 2026: 21.574

A.A. 2024 – 2025: 20.867

Elab. A. Mastrillo

Domande su 1 posto negli anni 2023-24 e 2024-25



Venezia, 17.09.2026

Marzio Bartoloni — a pag. 24

Infermieristica: +14% di domande Boom per le professioni sanitarie



Venezia, 17.09.2026

Saturazione posti – Corsi di Laurea in Infermieristica





La comunità estera nell'Albo Nazionale FNOPI

Guardando i dati dell'Albo Nazionale FNOPI, sui primi tre gradini del podio in base alla cittadinanza troviamo la **Romania**, con 12.127 iscritti (il 47,06%), l'**Albania**, con 2.121 (8,23%) e **India** con 1.946 (7,55%). Al quarto posto c'è la **Polonia** con 1.834 (7,12%), che per la prima volta segna un decremento.

LE PRIME 10 CITTADINANZE ESTERE DEGLI ISCRITTI

1	ROMANIA	47,06%	6	UCRAINA	1,86%
2	ALBANIA	8,23%	7	MOLDAVIA	1,56%
3	INDIA	7,55%	8	SPAGNA	1,54%
4	POLONIA	7,12%	9	CAMERUN	1,39%
5	PERÙ	6,11%	10	TUNISIA	1,12%

45.433
NUMERO TOTALE
DEI NATI ALL'ESTERO

25.768
ISCRITTI
CITTADINANZA ESTERA



Dati FNOPI del 30 settembre 2025



I nati all'estero nell'Albo Nazionale FNOPI

Al 30 settembre 2025, il numero complessivo degli iscritti all'Albo Nazionale FNOPI nati all'estero è di 45.433. Ai primi tre posti ci sono i **nati in Romania, Albania e Svizzera**.

Gli iscritti che attualmente hanno cittadinanza estera sono invece 25.768 e rappresentano il 5,6% del totale.

LE PRIME 10 NAZIONI DEI NATI FUORI DALL'ITALIA

1	ROMANIA	14.526	6	GERMANIA	2.415
2	ALBANIA	3.365	7	INDIA	2.358
3	SVIZZERA	3.169	8	FRANCIA	1.014
4	PERÙ	2.620	9	MOLDAVIA	863
5	POLONIA	2.500	10	BRASILE	773

ISCRITTI FNOPI
5,6%
Cittadinanza estera



45.433
NUMERO TOTALE
DEI NATI ALL'ESTERO

25.768
ISCRITTI
CITTADINANZA ESTERA

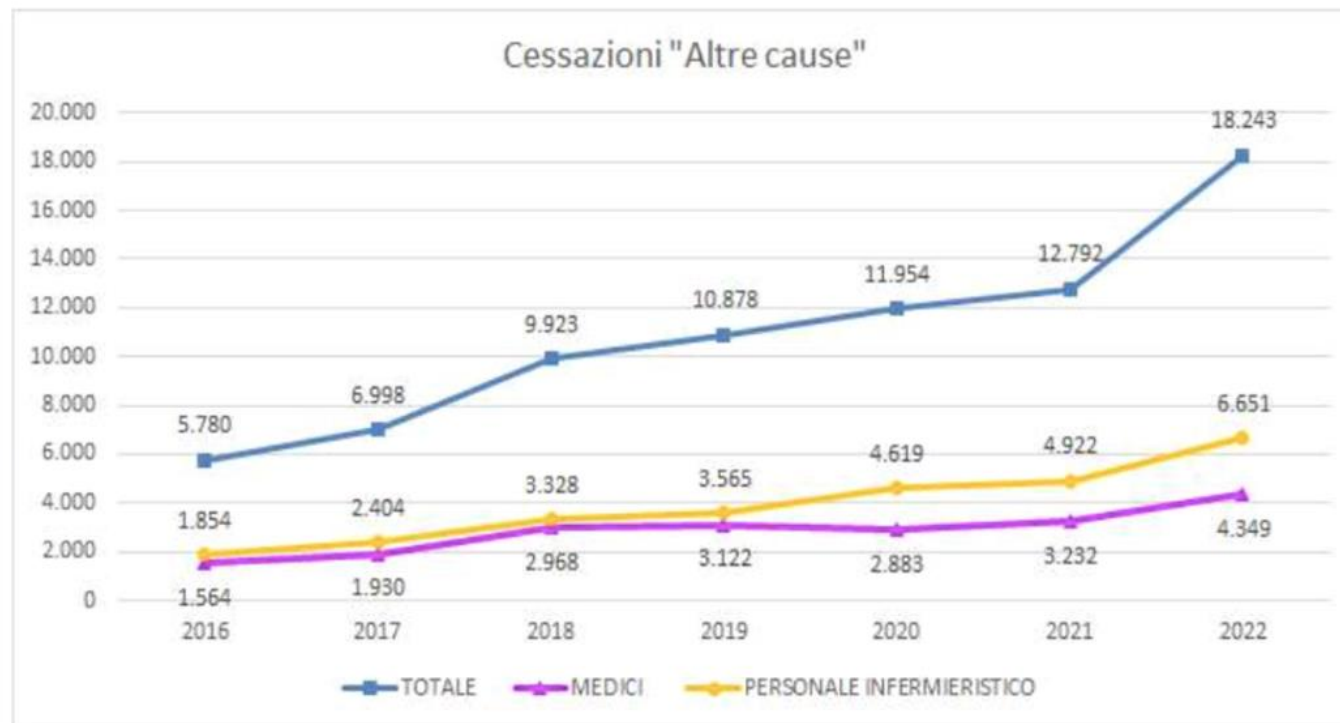
Dati FNOPI del 30 settembre 2025



Scenario attuale

Scarsa attrattività del SSN

GRAFICO 4 Trend "cessazioni altre cause" 2016-2022



Fonte:IGOP, Conto annuale

difficoltà di
trattenimento in
servizio con
incremento delle
**"dimissioni
volontarie"** riferite
a medici
e infermieri

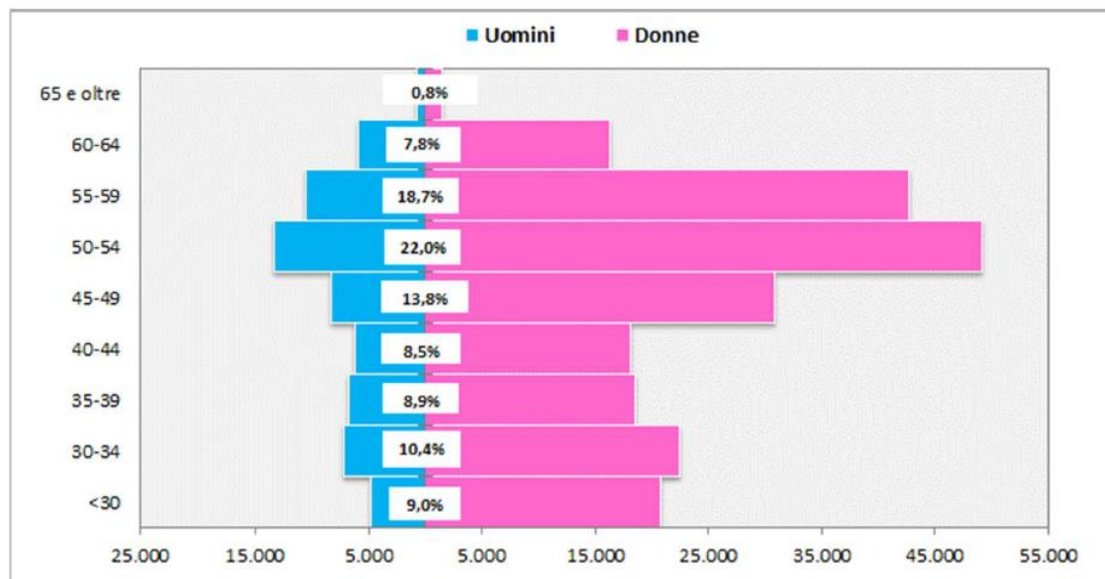
Scenario attuale

Curva pensionistica del personale sanitario

Sono oltre **53.000 gli infermieri** impiegati presso le strutture del SSN di età compresa tra i 55 e i 59 anni (41% del totale) con il numero maggiore nel range tra 50 e 54 anni.

Incidono anche le **condizioni di lavoro**, rese ad elevato rischio di burn-out e che non consentono un adeguato bilanciamento tra lavoro e vita privata, oggi ritenuto fondamentale soprattutto per le nuove generazioni.

GRAFICO 8 - PIRAMIDE PER ETA' PERSONALE INFERMIERISTICO SSN 2022

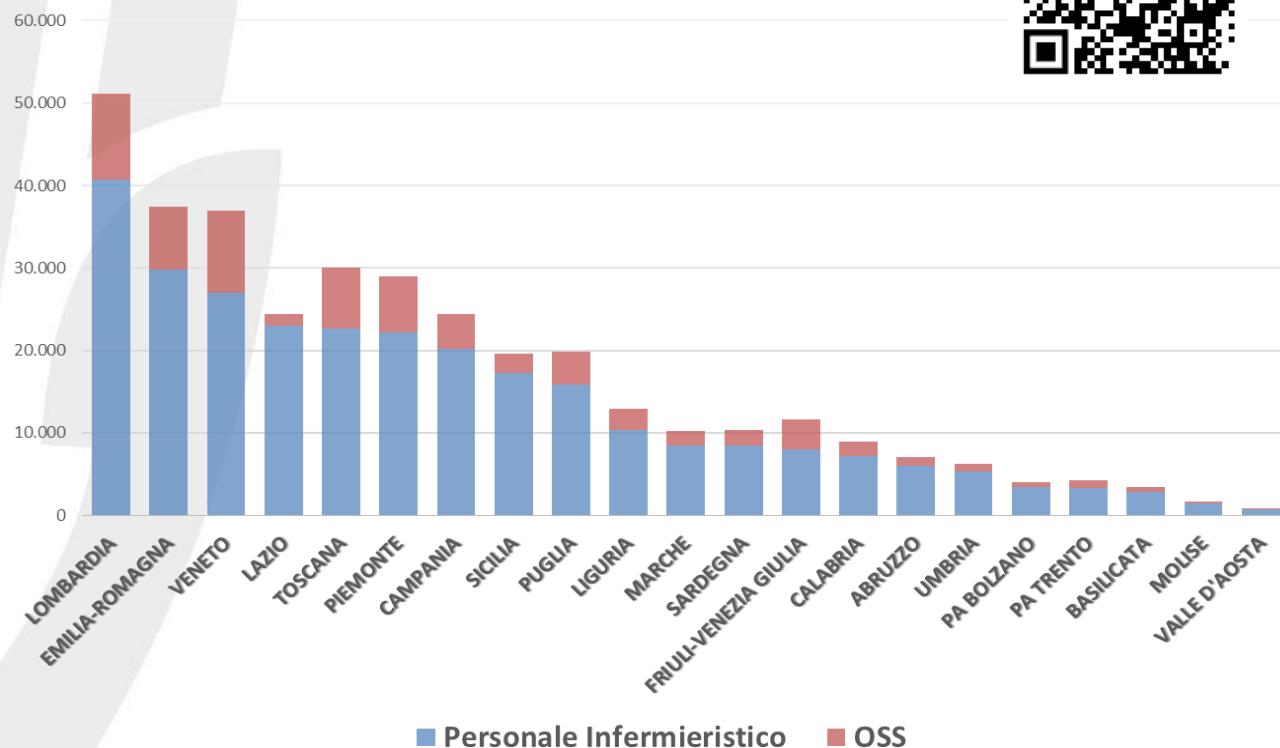


Fonte: elaborazioni Ministero della Salute – DGPROF su dati IGOP Conto annuale 2022

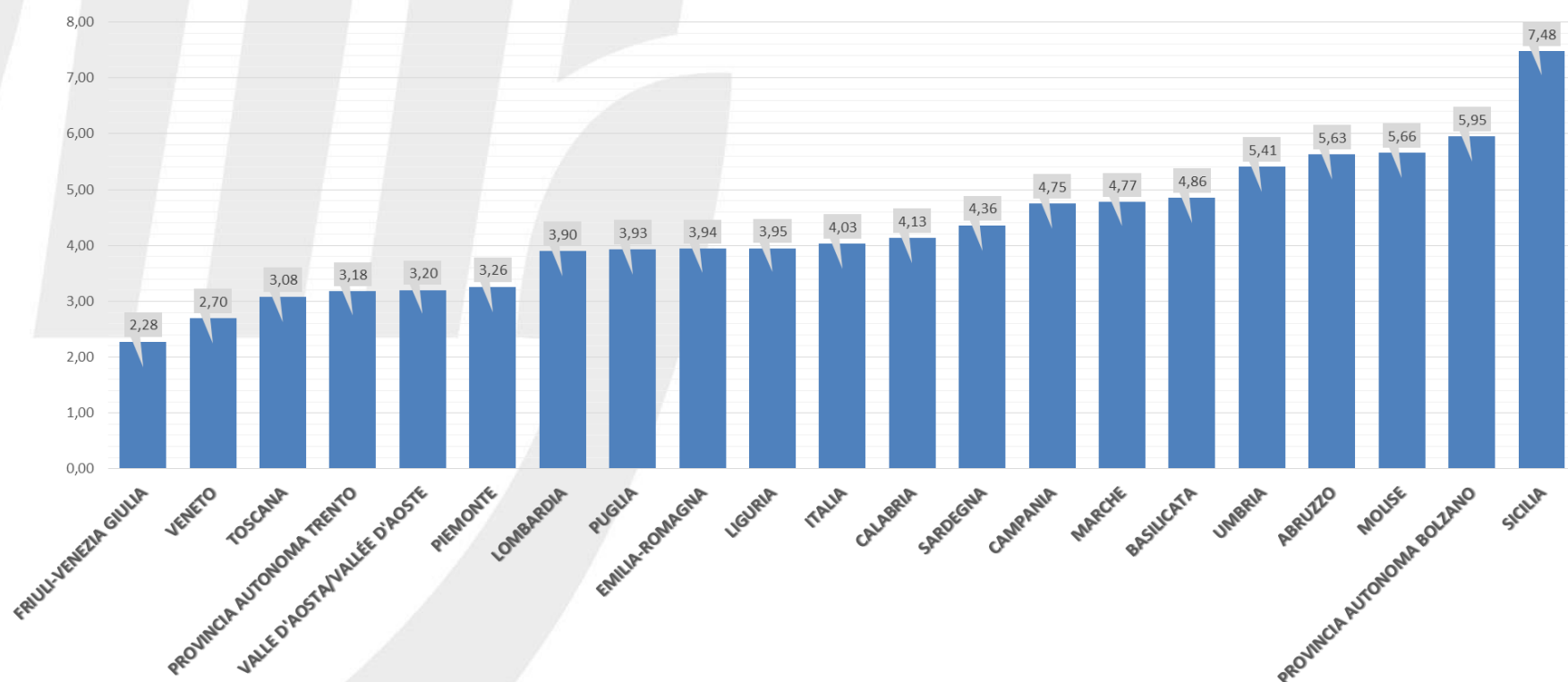
Personale Infermieristico e OSS per Regioni



Regione	Personale Infermieristico	OSS
ABRUZZO	6.027	1.070
BASILICATA	2.787	574
CALABRIA	7.188	1.739
CAMPANIA	20.187	4.247
EMILIA-ROMAGNA	29.857	7.574
FRIULI-VENEZIA GIULIA	8.044	3.535
LAZIO	23.000	1.371
LIGURIA	10.320	2.612
LOMBARDIA	40.687	10.426
MARCHE	8.465	1.773
MOLISE	1.376	243
PIEMONTE	22.165	6.802
PA BOLZANO	3.393	570
PA TRENTO	3.261	1.026
PUGLIA	15.837	4.031
SARDEGNA	8.451	1.939
SICILIA	17.275	2.311
TOSCANA	22.689	7.361
UMBRIA	5.264	973
VALLE D'AOSTA	676	211
VENETO	26.990	10.013
ITALIA	283.939	70.401

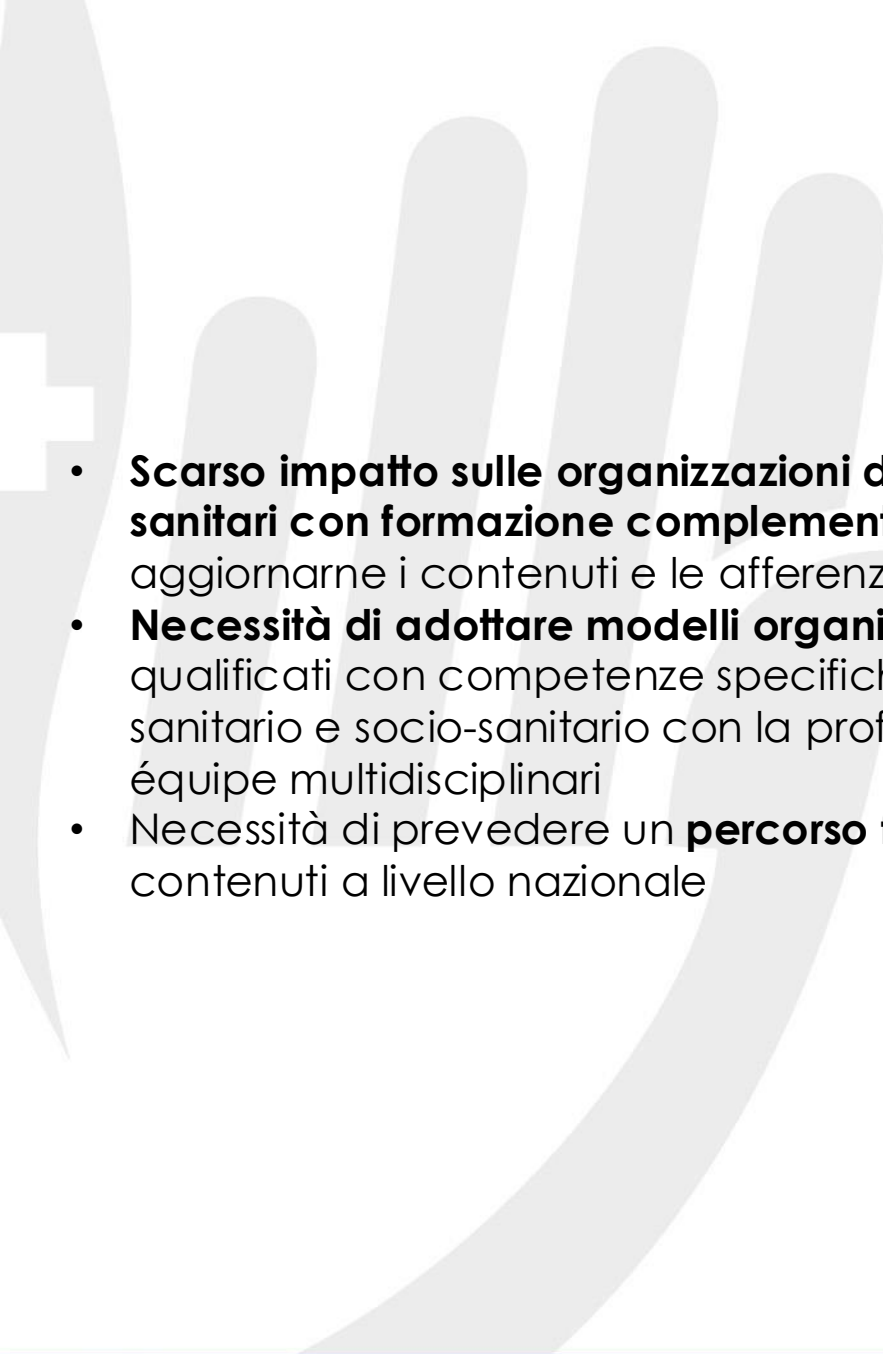


Rapporto Infermieri / OSS per Regione



Le premesse: il contesto

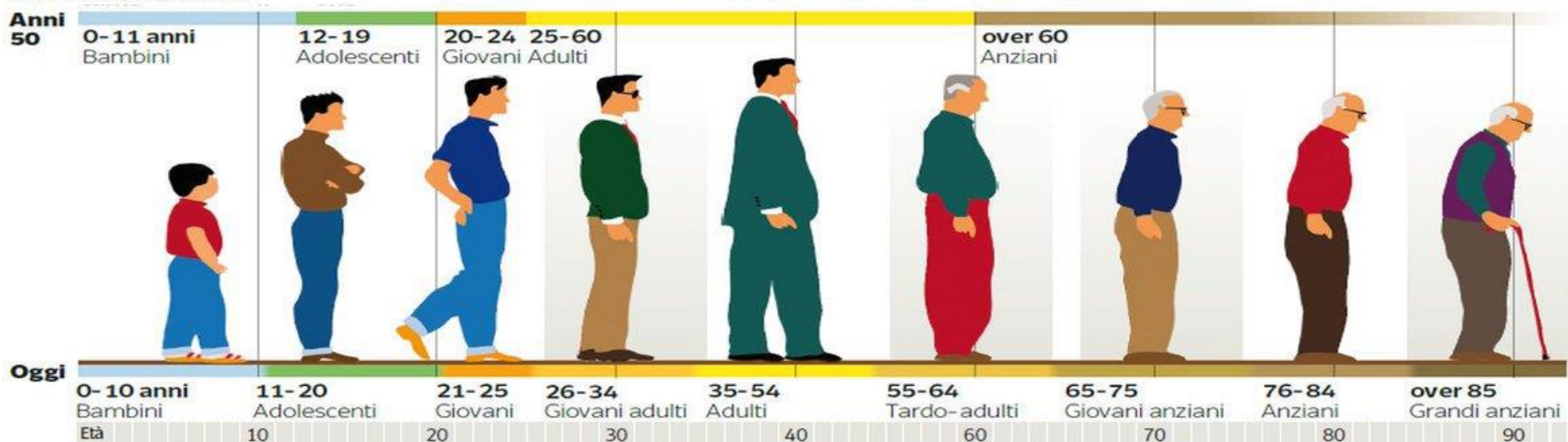
- Generale necessità di rispondere in maniera differenziata ai **crescenti bisogni di salute** della popolazione
- **Profonde modificazioni nelle realtà organizzative**, clinico-assistenziali e sociali: insufficienza del profilo di OSS al soddisfacimento dei bisogni attuali
- **Variazioni nella domanda di salute** collegate all'invecchiamento della popolazione, all'aumento della multimorbidità e cronicità che richiedono lo sviluppo di nuove competenze e abilità degli operatori che intervengono nel processo di presa in carico, cura e assistenza della persona adulta e anziana

- 
- **Scarso impatto sulle organizzazioni derivante dalla formazione di operatori socio-sanitari con formazione complementare** in assistenza sanitaria e la necessità di aggiornarne i contenuti e le afferenze professionali
 - **Necessità di adottare modelli organizzativi innovativi** nei quali integrare operatori qualificati con competenze specifiche che possano collaborare in ambito sanitario e socio-sanitario con la professione infermieristica e ad integrazione delle équipes multidisciplinari
 - Necessità di prevedere un **percorso formativo** che deve garantire uniformità di contenuti a livello nazionale

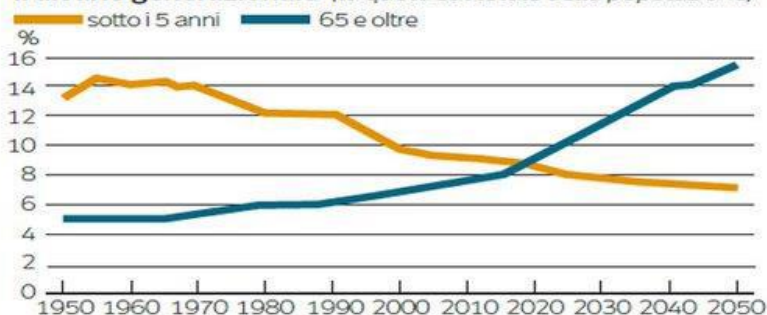
L'inverno demografico e le lunghe stagioni assistenziali

La classificazione

Come cambia la demografia e la descrizione delle età



Il divario generazionale (la quota sul totale della popolazione)



Fonti: Pew Research Center, Onu, U.S. Census Bureau, Istat

Speranza di vita alla nascita

Anni 50 Oggi

Uomini

60 anni 80,1 anni

Donne

65 anni 84,7 anni

6,5 milioni

Quanti sono gli italiani di età compresa tra i 65 e i 74 anni

L'evoluzione dei centenari nel mondo

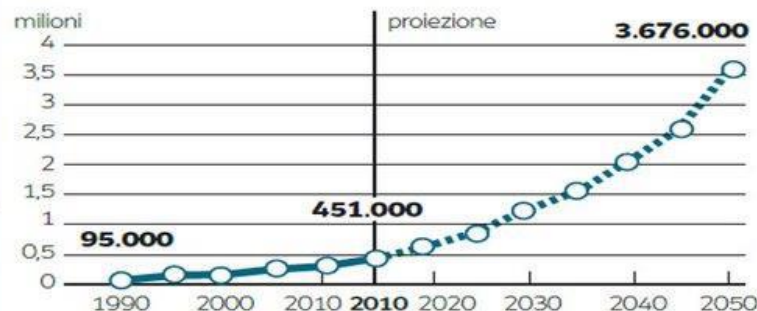
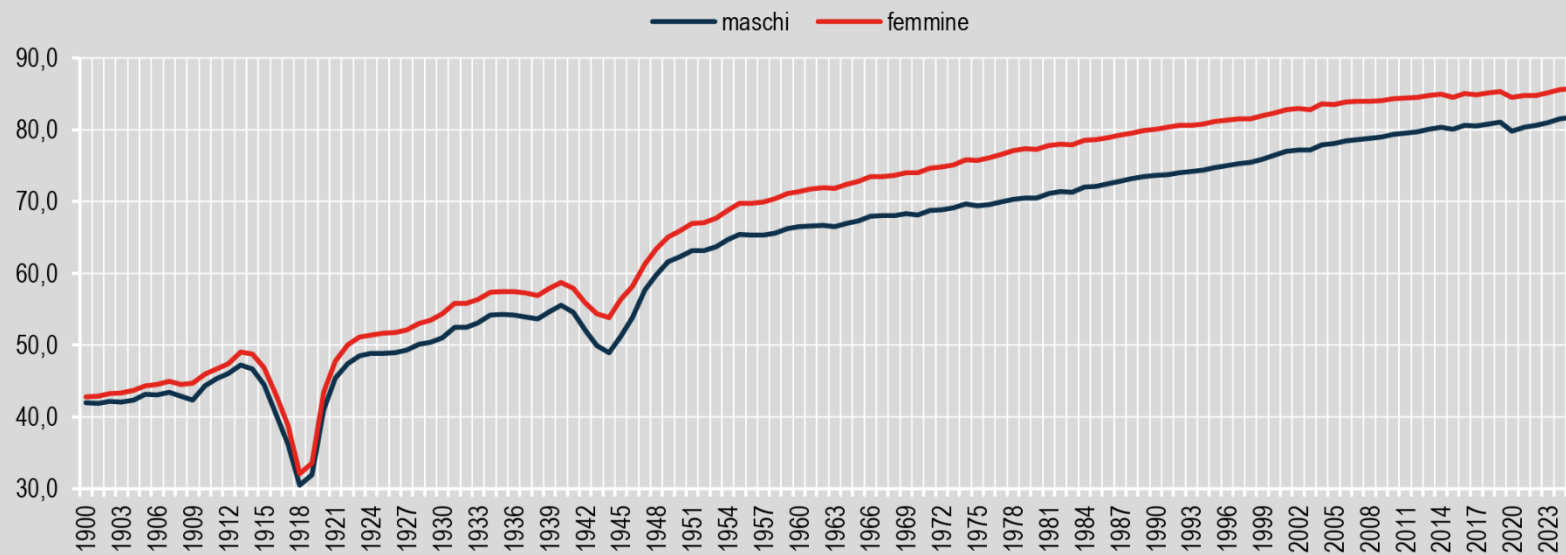


FIGURA 6. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO, IN ITALIA. Anni 1900-2025.



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente (1900-2024), Stime anticipatorie degli indicatori demografici e sociali (2025).



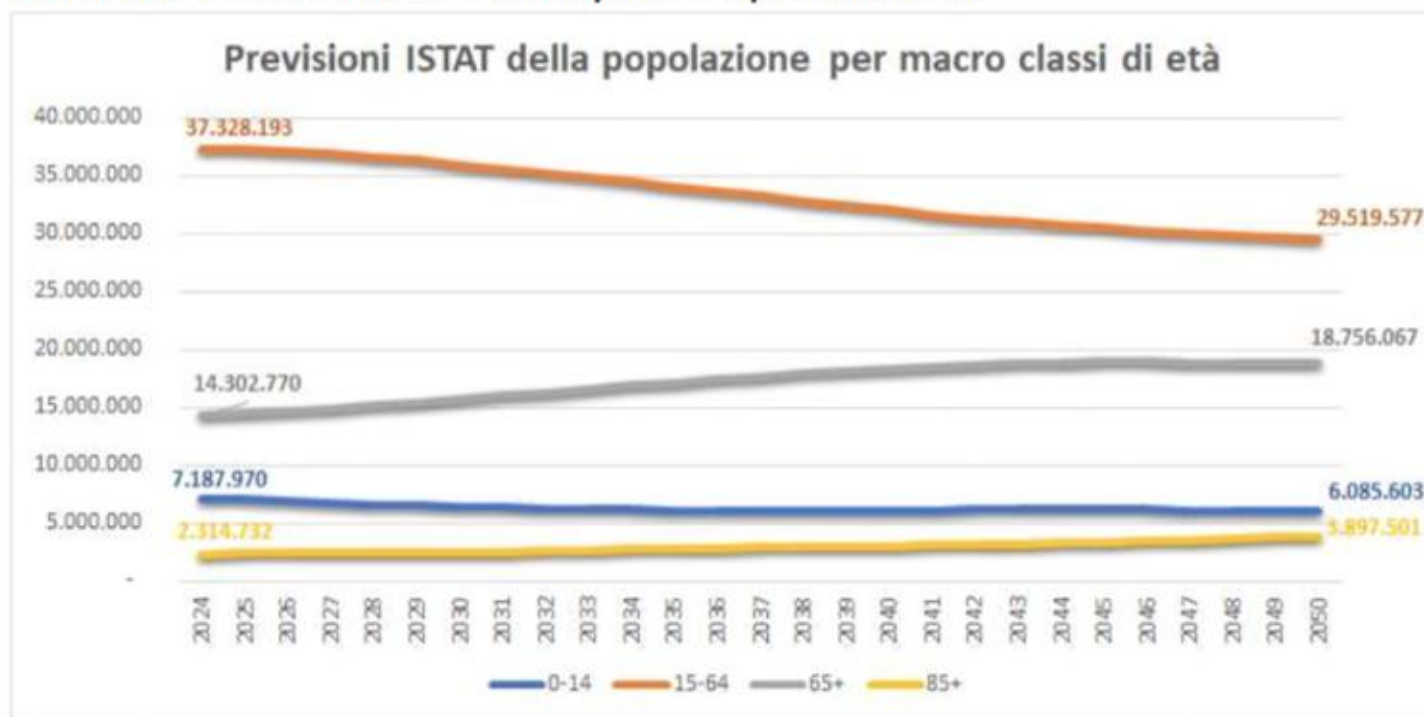
Invecchiamento, cronicità, disabilità

2024: 24,5% della popolazione > 65 anni

2050 35% della popolazione > 65 anni

NASCITE: la popolazione in età pediatrica diminuirà di 1 milione 102mila unità dal 2024 al 2050

GRAFICO 1 - Previsioni 2024 – 2050 Popolazione per classi di età



Fonte: elaborazioni Ministero della Salute – DGPROF su dati ISTAT

Invecchiamento, cronicità, disabilità

Tra 10 anni le persone con almeno una patologia cronica saranno 1.400.000 più di adesso

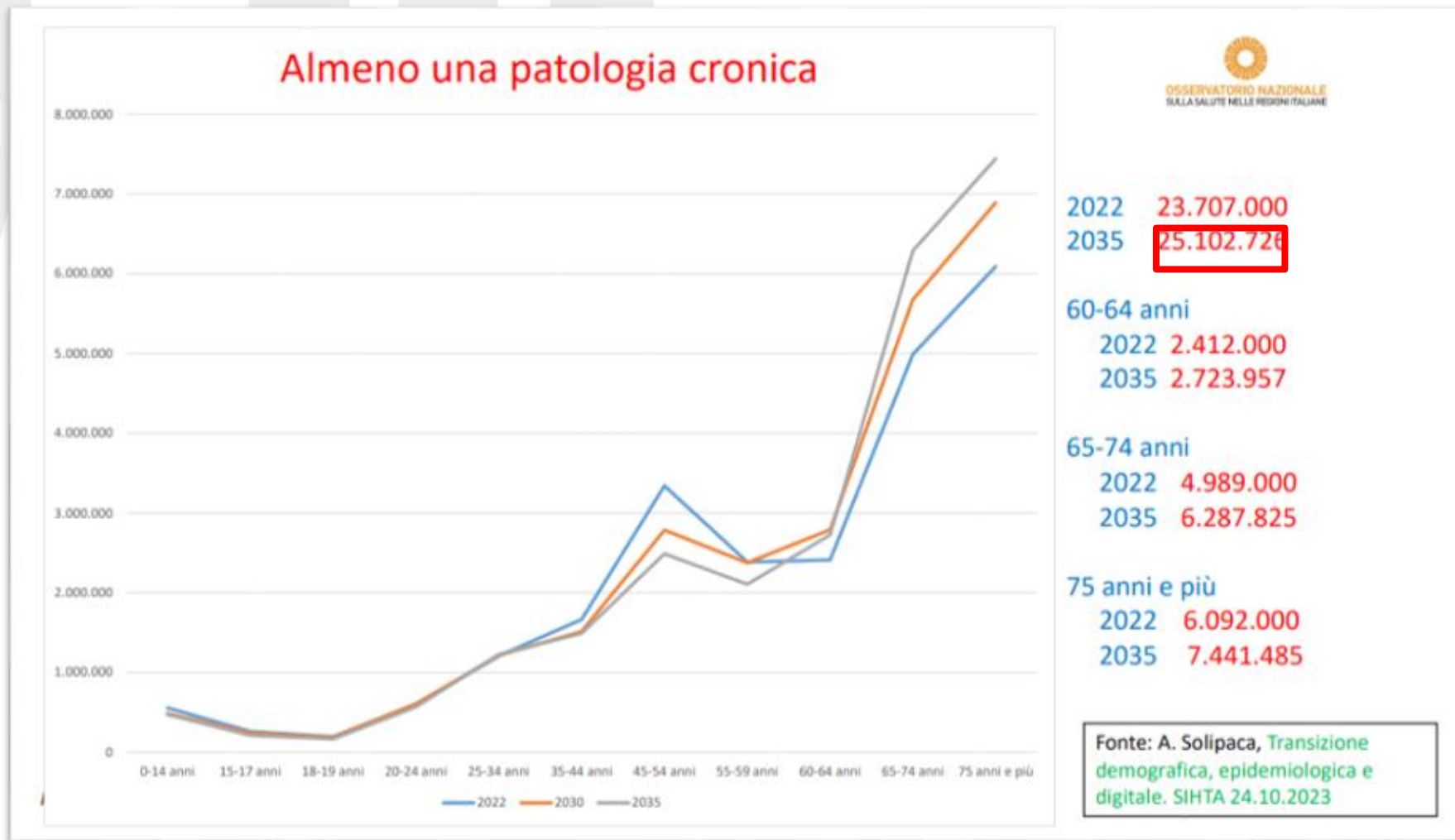
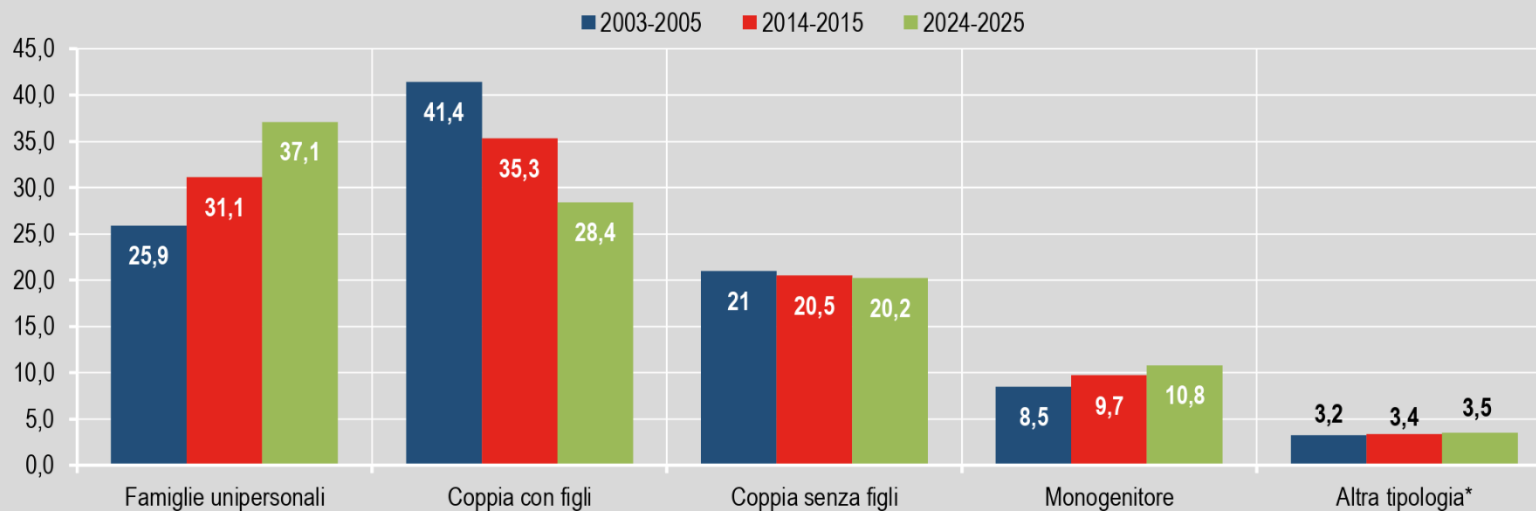




FIGURA 3. FAMIGLIE PER PRINCIPALI TIPOLOGIE, IN ITALIA. Medie 2003-2005, 2014-2015, 2024-2025.
Valori percentuali.



Fonte: Istat, "Aspetti della vita quotidiana".

*"Altra tipologia" contiene le famiglie senza nucleo diverse dalle persone sole, e le famiglie con due o più nuclei.



- Elementi socio sanitari: Quali caregiver? La modifica dei welfare sociali a cui siamo stati abituati legati alla denatalità
- Community building e delega al sistema pubblico. Il caso amatrice *“La comunità, quella che è rimasta, si è ricostituita nelle zone dei prefabbricati. «I bambini giocano tra loro, gli anziani si trovano, si sono in effetti create comunità», dice ancora il sindaco, «che è difficile ora abbandonare».*

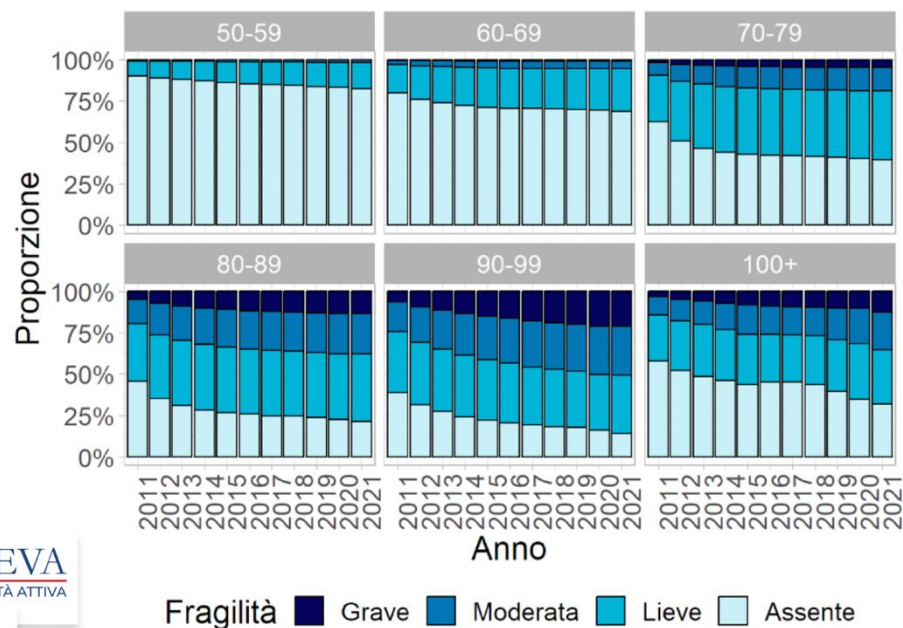
Ad Amatrice c'è chi preferisce rimanere nelle case provvisorie

Molti alloggi ricostruiti dopo il terremoto del 2016 rischiano di rimanere vuoti, per ragioni psicologiche, sociali ed economiche

Invecchiamento, cronicità, disabilità

CRONICITA'

FRAGILITA'



ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

INDAGINE 2023

Tra 10 anni il 35% della popolazione sarà rappresentata da cittadini
cronici multipatologici

Nel 2040 saranno 10,3 milioni le persone destinate a **vivere sole**





Fiscal Sustainability of Health Systems



quotidianosanita.it

Sistemi sanitari a rischio crack. L'Ocse avverte: "Senza un cambio di paradigma saranno insostenibili"



Opzione 1: aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità.

Opzione 2: aumentare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti.

Il rapporto tra spesa sanitaria e PIL si attesta, nel nostro paese, al 9,2% (media OCSE 10,9%)

NB: 1,7% del PIL stimato 2023 = 29 miliardi di euro

Opzione 3: rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata.

In Bulgaria e Grecia la quota di spesa sanitaria che proviene direttamente dalle famiglie pesa per oltre il 33% del totale.

Italia 21,9%, media Ue 14,5%, Lussemburgo e Francia 8,9% (Openpolis.it)

Opzione 4: individuare incrementi di efficienza.

Le azioni volte a incoraggiare popolazioni più sane e politiche volte a eliminare fino alla metà della spesa inefficace e dispendiosa.

(stima OCSE è possibile risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL = 20,6 miliardi di euro)

Studio Enlight – CERSI 2025

"Hidden Nursing Care" (HNC) negli ambulatori a gestione infermieristica: I risultati preliminari dello studio esplorativo osservazionale descrittivo multicentrico sul territorio italiano (ENLIGHT-Amb)

*Francesco Zaghini¹, Valeria Caponnetto², Marco Di Nitto³, Paolo Iovino⁴, Ilaria Marcomini⁵,
Valentina Vanzì⁶, Alessandra Burgio⁷, Stefano Domenico Cicala⁸, Annamaria Bagnasco⁹,
Giancarlo Cicolini¹⁰, Loreto Lancia¹¹, Duilio Fiorenzo Manara¹², Laura Rasero¹³, Gennaro Rocco¹⁴,
Loredana Sasso¹⁵, Rosaria Alvaro¹⁶, Barbara Mangiacavalli¹⁷*



Esiste un mercato privato significativo di prestazioni infermieristiche, la cui domanda proviene direttamente dai pazienti e familiari

Sono circa 3 milioni gli italiani maggiorenni che hanno fatto ricorso per se stessi o per i propri familiari ad un Infermiere libero professionista, di questi:

1,4 milioni ha fatto ricorso ad un infermiere privato per avere assistenza continuativa

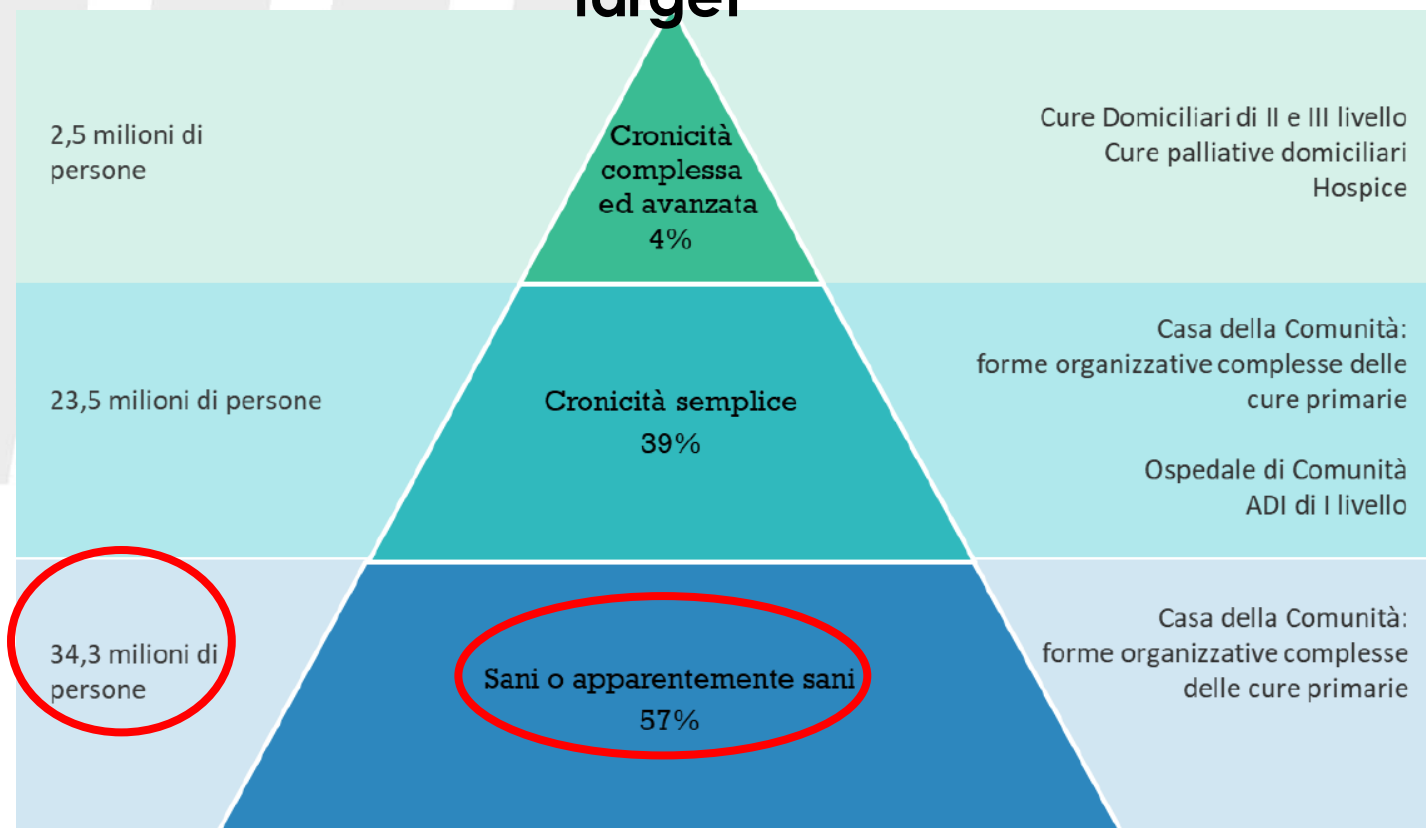
1,6 milioni per avere una prestazione una tantum

Il valore monetario delle prestazioni scambiate risulta pari a oltre 850 milioni

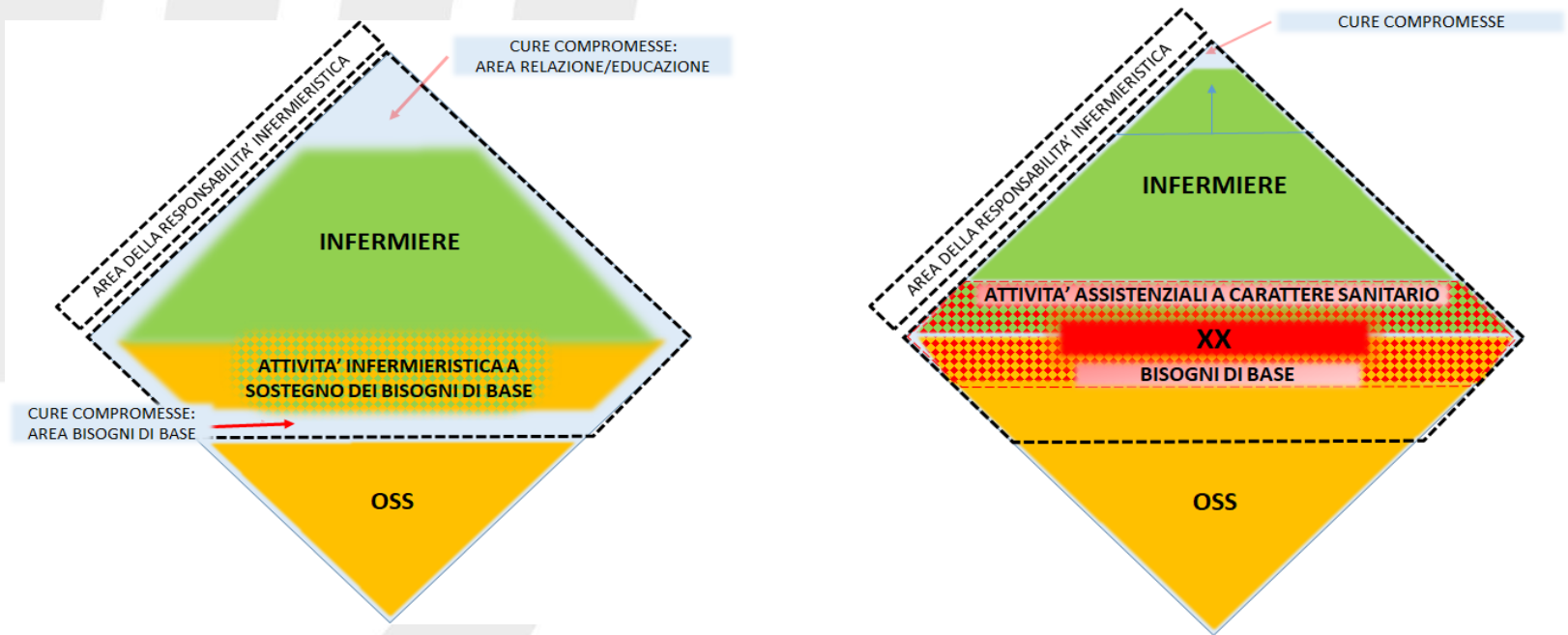


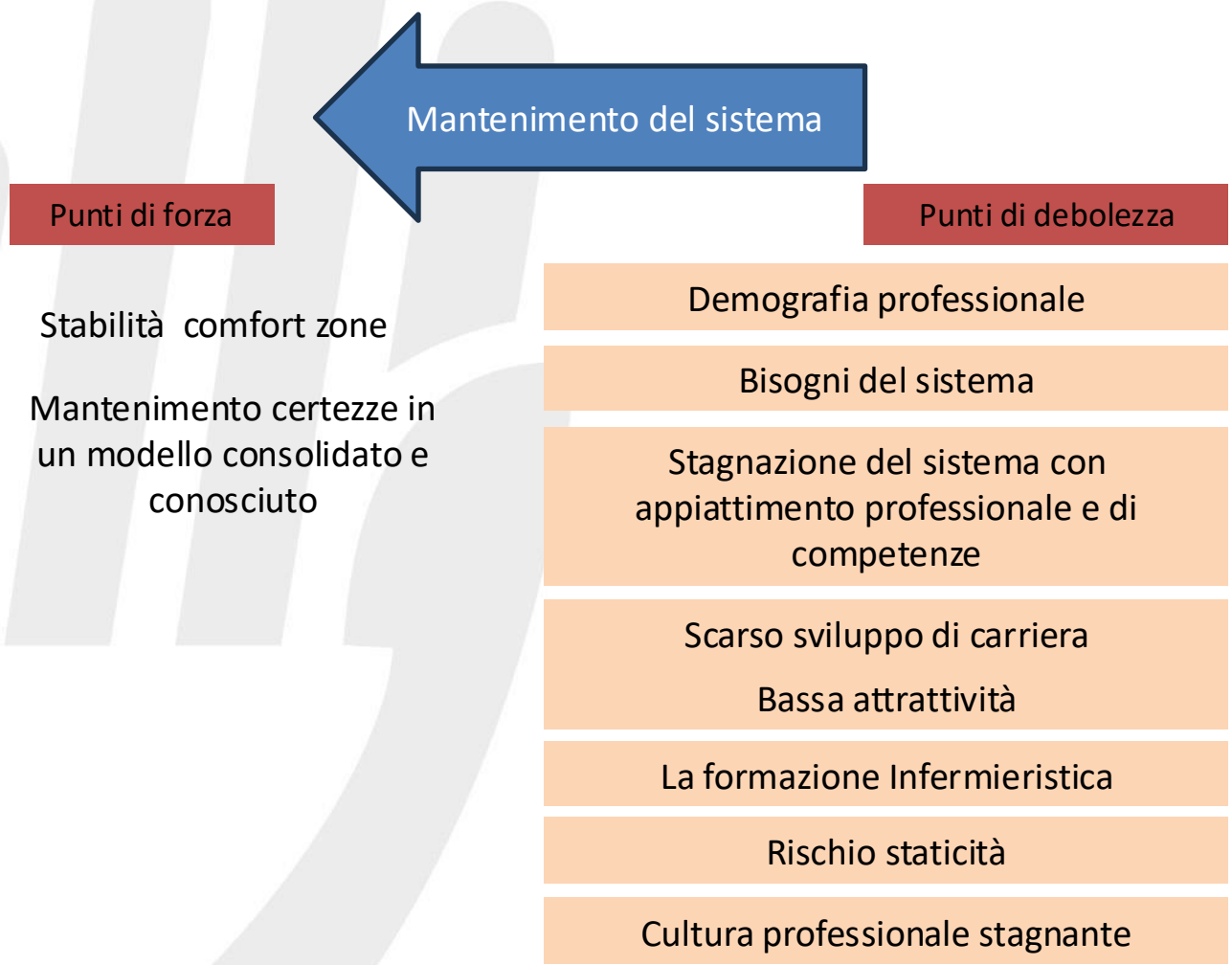
Fonte: Censis 2012

Quale target



Il tema disciplinare





Mantenimento del sistema

Punti di forza

Stabilità comfort zone

Mantenimento certezze in
un modello consolidato e
conosciuto

Punti di debolezza

Demografia professionale

Bisogni del sistema

Stagnazione del sistema con
appiattimento professionale e di
competenze

Scarso sviluppo di carriera

Bassa attrattività

La formazione Infermieristica

Rischio staticità

Cultura professionale stagnante

Cambio di paradigma

Punti di Forza

Diversificazione della professione

Ricostituzione della filiera
assistenziale

Aumento cultura professionale,
aumento competenze cliniche e
sviluppo di carriera

Risposta efficace al sistema

Punti di Debolezza

Minore comfort zone

Incertezza e rischi
nell'abbandono di un
sistema conosciuto e
consolidato

È essenziale quindi per la professione infermieristica, nell'impossibilità di un'immediata crescita quantitativa, una crescita qualitativa, una **revisione della filiera assistenziale e una revisione dei modelli organizzativi**



Il percorso normativo e disciplinare

Guardare indietro per comprendere l'oggi e costruire il
domani

Conto Corrente con la Posta

GAZZETTA UFFICIALE

PARTE PRIMA DEL REGNO D'ITALIA

Anno 68°

Roma - Lunedì, 1° agosto 1927 - Anno V

Numero 176

LEGGI E DECRETI

Numero di pubblicazione 1571.

LEGGE 23 giugno 1927, n. 1264.

Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

VITTORIO EMANUELE III

**PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D'ITALIA**

Il Senato e la Camera dei deputati hanno approvato;
Noi abbiamo sanzionato e promulghiamo quanto segue:

Art. 1.

Chiunque intenda esercitare le arti dell'odontotecnico, dell'ottico, del meccanico-ortopedico ed ernista e dell'infermiere, compresi in questa ultima categoria i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici ed i massaggiatori, deve essere munito di speciale licenza ed aver raggiunto la maggiore età.

Numero di pubblicazione 1833.

REGIO DECRETO 31 maggio 1928, n. 1334.

Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

VITTORIO EMANUELE III

**PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D'ITALIA**

Veduta la legge 23 giugno 1927 (Anno V), n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie;

Sentito il Consiglio di Stato;

Sentito il Consiglio superiore di sanità;

Sentito il Consiglio dei Ministri;

Sulla proposta del Capo del Governo, Primo Ministro Segretario di Stato, Ministro Segretario di Stato per l'interno, e dei Nostri Ministri Segretari di Stato per la giustizia e per la pubblica istruzione;

Abbiamo decretato e decretiamo:

f) somministrare alimenti e farmaci per via orale o rettale e compiere in genere, a scopo professionale, le prestazioni di comune assistenza degli ammalati.

Art. 14.

E' vietato agli infermieri di compiere atti operativi, cruenti o incruenti, di qualsiasi portata.

Sono compresi in tale divieto:

- a) le riduzioni di lussazioni;
- b) le incisioni di ascessi anche superficiali;
- c) le iniezioni endovenose di qualsiasi medicamento;
- d) i cateterismi delle vie genito-urinarie, maschili e femminili;
- e) le medicazioni delle cavità nasali, auricolari, oculari, orali;
- f) le medicazioni in genere delle ferite.

Art. 15.

Soltanto sotto il controllo del medico curante è consentito agli infermieri di praticare:

- a) medicazioni di ulcers e piaghe esterne;
- b) medicazioni vaginali e rettali;
- c) massaggi e manovre meccaniche su organi e tessuti del corpo umano.

Art. 16.

Su prescrizione del medico curante, gli infermieri possono eseguire le seguenti operazioni:

- a) praticare bagni medicali, a scopo terapeutico;
- b) praticare iniezioni dermiche, ipodermiche e intramuscolari;
- c) eseguire frizioni;
- d) applicare bendaggi, impacchi, cataplasmi, vescicanti, mignatte e coppette semplici;
- e) praticare lavande rettali e vaginali;

REGIO DECRETO 27 luglio 1934, n. 1265.
Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

Art. 100.

Nessuno può esercitare la professione di medico-chirurgo, veterinario, farmacista, levatrice, assistente sanitaria visitatrice, o infermiera professionale, se non sia maggiore di età ed abbia conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale, a norma delle vigenti disposizioni.

Chiunque intende esercitare in un comune una di tali professioni, alla quale è abilitato a norma di legge, deve far registrare il diploma nell'ufficio comunale.

Art. 183.

Le scuole convitto professionali per infermiere debbono funzionare presso un pubblico ospedale dotato di reparti di medicina e chirurgia che abbiano sufficiente disponibilità di servizi in proporzione al numero delle allieve e provvedere con le proprie infermiere (capo sala, infermiere diplomate, allieve) alla assistenza immediata di una parte, almeno, delle corsie dell'ospedale.

TITOLO II

ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI E DELLE ARTI SANITARIE E DI ATTIVITÀ SOGGETTE A VIGILANZA SANITARIA.

CAPO III.

DELLE PROFESSIONI SANITARIE AUSILIARIE.

SEZIONE I.

Delle infermiere diplomate.

Art. 135.

Nelle scuole convitto le allieve compiono un corso biennale teorico pratico, con relativo tirocinio.

Quelle che alla fine del biennio abbiano superato apposito esame conseguono un diploma di stato per l'esercizio della professione di infermiera.



Abilitata funzioni direttive

Assistente Sanitaria Visitatrice

REGIO DECRETO 2 maggio 1940-XVIII, n. 1310.

Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici.

VITTORIO EMANUELE III
PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D'ITALIA E DI ALBANIA
IMPERATORE D'ETIOPIA

Art. 1.

Alle infermiere professionali competono le seguenti attribuzioni di indole amministrativa organizzativa e disciplinare, nell'ambito del reparto ospedaliero cui sono adibite:

«...riconosciuta l'opportunità di provvedere alla determinazione delle mansioni di rispettiva competenza delle Infermiere professionali e degli Infermieri generici...»

- a) esecuzione delle norme e delle disposizioni che regolano l'andamento dei servizi di assistenza del reparto o della sezione affidata all'infermiera, con responsabilità del proprio servizio e di quello delle persone poste alle dipendenze dell'infermiera;
- b) tenuta delle schede cliniche e del libro di guardia riflettente gli infermi;
- c) richieste per gli interventi d'urgenza dei sanitari;
- d) compilazione e registrazione del movimento ammalati del reparto;
- e) tenuta e compilazione dei registri e dei moduli per le richieste dei medicinali, ordinari e di urgenza, da sottoporre alla firma dei sanitari;
- f) ricevimento, registrazione e conservazione dei medicinali di uso comune, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti;
- g) registrazione sistematica degli ordini ricevuti, compilazione dei rapporti e delle consegne;
- h) tenuta e compilazione dei registri del reparto;
- i) mantenimento della disciplina degli infermi;
- l) controllo della pulizia degli ambienti e regolarizzazione della ventilazione, dell'illuminazione e del riscaldamento delle infermerie e delle camere di degenza dei malati.

Art. 2.

Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette proprie all'infermiera professionale, tanto nel campo ospedaliero quanto nell'esercizio privato sono le seguenti:

- a) assistenza completa dell'infermo, alle dirette dipendenze del medico;
- b) somministrazione dei medicinali ordinati;
- c) esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;
- d) sorveglianza e somministrazione delle diete;
- e) raccolta, conservazione ed invio dei materiali per le ricerche cliniche destinate ai laboratori del reparto o ai laboratori centrali;
- f) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza dell'infermiera — temperatura, polso, respiro, secreti ed escreti — ed annotazione nel libro di guardia delle osservazioni fatte di giorno e di notte;
- g) compilazione delle grafiche della temperatura, del polso, del respiro;
- h) primi ed elementari esami di laboratorio (reazione, peso specifico, ricerca qualitativa e quantitativa dell'albmina, ricerca qualitativa dello zucchero nelle urine).

Art. 3.

Dietro ordinazione del medico, l'infermiera professionale può eseguire le seguenti manovre o interventi:

- a) iniezioni ipodermiche, intramuscolari;
- b) ipodermoclisi — sorveglianza di fleboclisi;
- c) rettoclisi;
- d) frizioni, pennellature, impacchi;
- e) coppette, vescicanti, sanguisugio;
- f) applicazioni elettriche più semplici;
- g) medicazioni comuni e bendaggi;
- h) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- i) lavande vaginali;
- l) cateterismo nella donna e in caso d'urgenza o dietro prescrizione specifica del medico anche nell'uomo, purchè non siano adoperati strumenti metallici o comunque rigidi; eventuali lavande ed istillazioni vescicali dietro ordine del sanitario;
- m) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico, dietro richiesta e sotto la responsabilità del medico;

n) lavanda gastrica, con l'autorizzazione e sotto la responsabilità del medico;

- o) intubazione d'urgenza;
- p) massaggi e ginnastica medica;
- q) tamponamento vaginale d'urgenza. Piccole medicature vaginali prescritte dal medico;
- r) tamponamento nasale anteriore d'urgenza;
- s) applicazione di lacci emostatici d'urgenza;
- t) respirazione artificiale;
- u) bagni terapeutici e medicati;
- v) prelevamento di secrezioni od escrezioni a scopo diagnostico. Prelevamento di tamponi orofaringei.

Ogni soccorso d'urgenza dev'essere seguito dalla chiamata del medico.

Art. 4

L'attività degli infermieri generici dev'essere limitata alle seguenti mansioni, per prescrizione del medico e, nell'ambito ospedaliero, sotto la responsabilità dell'infermiera professionale:

- a) assistenza completa dell'infermo alle dirette dipendenze del sanitario e della professionale preposta al reparto;
- b) somministrazione dei medicinali ordinati, sotto la responsabilità della professionale preposta al reparto;
- c) somministrazione delle diete, secondo le istruzioni della infermiera professionale,
- d) presa e annotazione semplice (non grafica) della temperatura, del polso e del respiro,
- e) raccolta di urine, feci, espettorati, vomito, ecc.,
- f) iniezioni ipodermiche, intramuscolari;
- g) rettoclisi;
- h) frizioni, pennellature, impacchi;
- i) coppette, vescicanti, sanguisugio;
- l) medicazioni comuni e bendaggi sotto la responsabilità diretta della professionale;
- m) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- n) applicazione di lacci emostatici d'urgenza;
- o) respirazione artificiale;
- p) bagni terapeutici e medicati.

Ogni soccorso d'urgenza dev'essere seguito dalla chiamata del medico.

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

ROMA - Martedì, 18 giugno 1974

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA — UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI — TELEFONO 6540139
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO — LIBRERIA DELLO STATO — PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 — 00100 ROMA — CENTRALINO 8508

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

ALLA PARTE PRIMA E SUPPLEMENTI ORDINARI

Annuo L. 21.000 - Semestrale L. 11.000 - Trimestrale L. 6.000 - Un fascicolo L. 100 - Supplementi ordinari: L. 100 per ogni sedicesimo o frazione di esso - Fascicoli di annate arretrate: il doppio.

ALLA PARTE SECONDA (Foglio delle inserzioni)

Annuo L. 16.900 - Semestrale L. 9.000 - Trimestrale L. 5.000 - Un fascicolo L. 90 - Fascicoli di annate arretrate: il doppio.

Per l'ESTERO i prezzi di abbonamento sono il doppio di quelli indicati per l'interno

**L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 1/2640 intestato all'Istituto Poligrafico dello Stato
I fascicoli disguidati devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione**

La « Gazzetta Ufficiale » e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico presso le agenzie della Libreria dello Stato: ROMA, via XX Settembre (Palazzo del Ministero del Tesoro) e via del Tritone, 61/A; MILANO, Galleria Vittorio Emanuele, 3; NAPOLI, via Chiaia, 5; FIRENZE, via Cavour, 46/r; GENOVA, via XII Ottobre, 172/r (Piccapietra); BOLOGNA, Strada Maggiore, 23/A e presso le Librerie depositarie nei Capoluoghi di provincia. Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico dello Stato — Libreria dello Stato — Piazza Verdi, 10 — 00100 Roma, versando l'importo maggiorato delle spese di spedizione a mezzo del c/c postale 1/2640. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio Inserzioni — Via XX Settembre — Palazzo del Ministero del Tesoro). Le agenzie di Milano, Napoli, Firenze, Genova e Bologna possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano ed accompagnati dal relativo importo.

SOMMARIO

Ministero della difesa: Ricompense al valor militare.

Pag. 4138

LEGGI E DECRETI

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.

Pag. 4139

DISPOSIZIONI E COMUNICATI

Ministero di grazia e giustizia: Assegnazione di notaio in soprannumero nella sede di Roma .

Pag. 4144

Ministero delle finanze:

Passaggio dal demanio al patrimonio dello Stato di un terreno in comune di Pisa .

Pag. 4144

Esito di ricorso

Pag. 4144

Ministero dell'interno:

Autorizzazione alla provincia di Sassari ad assumere un mutuo suppletivo per l'integrazione del bilancio 1972.

Le attribuzioni dell'Infermiere generico

Titolo V

MANSIONI DELL'INFERMIERE GENERICO

Art. 6.

L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni:

- 1) assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria;
- 2) raccolta degli escreti;
- 3) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi;
- 4) bagni terapeutici e medicati, frizioni;
- 5) medicazioni semplici e bendaggi;
- 6) pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario;
- 7) rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;
- 8) somministrazione dei medicinali prescritti;
- 9) iniezioni ipodermiche ed intramuscolari;
- 10) sorveglianza di fleboclisi;
- 11) respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza.

Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti:

- 1) a. partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro;
- 2) a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

1980 chiusura della formazione



Ausiliario Socio Sanitario (ASS)

Ausiliario Socio Sanitario Specializzato (ASS-S)

Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA)

Ausiliario Socio Assistenziale (ASA)

Operatore Socio Assistenziale (OSA)

2000 – si uniformano i profili: l'OSS



SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

Anno 142° — Numero 91

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Giovedì, 19 aprile 2001

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

La **Gazzetta Ufficiale**, oltre alla **Serie generale**, pubblica quattro **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta con autonoma numerazione:

- 1^a **Serie speciale**: *Corte costituzionale* (pubblicata il mercoledì)
- 2^a **Serie speciale**: *Comunità europee* (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3^a **Serie speciale**: *Regioni* (pubblicata il sabato)
- 4^a **Serie speciale**: *Concorsi ed esami* (pubblicata il martedì e il venerdì)

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAP- PORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001.

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la soli-
darietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bol-
zano, per la individuazione della figura e del relativo profilo
professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione
dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Le attribuzioni dell'OSS



ALLEGATO B

COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

COMPETENZE TECNICHE

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro.

È in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.).

È in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:

- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;

- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;

- quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;

- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.

Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di:

aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;

aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;

osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);

attuare interventi di primo soccorso;

effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesche;

controllare e assistere la somministrazione delle diete;

aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;

collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;

provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella-carrozzella;

collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;

utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;

svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;

accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

2003 – l'avvento dell'OSS-S



SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

Anno 144° — Numero 51

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 3 marzo 2003

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85061

La Gazzetta Ufficiale, oltre alla Serie generale, pubblica quattro Serie speciali, ciascuna contraddistinta con autonoma numerazione:

- 1° Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2° Serie speciale: Comunità europee (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3° Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4° Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAP- PORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

ACCORDO 16 gennaio 2003.

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore socio-sanitario di cui all'art. 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n. 1.

Le attribuzioni dell'OSS-S

ALLEGATO A

ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA.

L'operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire:

la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

i bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni;
la rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente;
la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;
le medicazioni semplici e bendaggi;
i clisteri;
la mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee;
la respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno;
la cura e il lavaggio e preparazione del materiale per la sterilizzazione;
l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona;
la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici;
la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati;
il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici;
la somministrazione dei pasti e delle diete;
la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

La gerarchia e la filiera assistenziale

Anno	Norma	Figura	Dipende da
1927	Legge 1264/1927	Infermieri	Medico
1928	Regio Decreto 1334/1928	Infermieri	Medico
1934	Regio Decreto 1365/1934	Infermiera professionale (+ Allieve)	Medico
1940	Regio Decreto 1310/1940	Infermiera professionale (+ Allieve)	Medico
1940	Regio Decreto 1310/1940	Infermiere generico	Medico (e responsabilità dell'I.P.)
1974	DPR 225/1974	Infermiera professionale	Medico
1974	DPR 225/1974	Infermiere generico	Medico e «coadiuva l'Infermiere professionale»

La gerarchia e la filiera assistenziale

Anno	Norma	Figura	Dipende da
2001	Accordo Stato – Regioni 22 febbraio 2001	OSS	«svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale»
2003	Accordo Stato – Regioni 16 gennaio 2003	OSS-S	«oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica»

La gerarchia e la filiera assistenziale

Anno	Norma	Figura	Dipende da
2025	DPCM 25 marzo 2025	OSS (nuovo profilo)	«svolge la propria attività in collaborazione con il professionista sanitario o sociale di riferimento, e in integrazione con gli altri operatori sanitari e sociali»
2025	DPCM 28 febbraio 2025	Assistente Infermiere	«in rapporto alla gravità clinica dell'assistito e all'organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell'Infermiere (...) E' responsabile della correttezza dell'attività svolta»

2021 – La Regione Veneto istituisce l'OSS - FC

DRG 305/2021

~~L'acquisizione di abilità è definita nell'ambito di situazioni di bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione, svolte in applicazione di specifici protocolli/procedure operative predisposte dalle strutture sanitarie e sociosanitarie al fine di assicurare adeguati livelli di integrazione con il personale infermieristico e sanitario e garantire la sicurezza degli assistiti; tali abilità, riferibili alle competenze previste nell'Accordo Stato-Regioni del 2003, sono state aggiornate considerando quanto già oggi è oggetto di apprendimento da parte di pazienti e caregiver che svolgono attività di autocura in situazioni in cui l'assistenza infermieristica risulta non continuativa.~~

Il percorso giurisprudenziale

14.05.2021 deposito ricorso al TAR per annullamento dell'atto, previa sospensione cautelare

08/07/2021 ordinanza 301/2021 del TAR Veneto con concessione della sospensiva cautelare

20/07/2021 l'Avvocatura Regionale si rivolge al Consiglio di Stato per l'annullamento della sospensione con provvedimento di urgenza

22/07/2021 decreto 6768/2021 del Consiglio di Stato che respinge l'istanza dell'Avvocatura Regionale

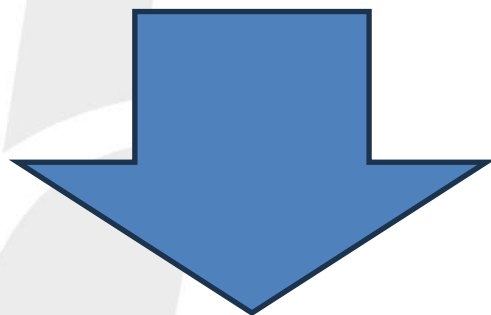
01/12/2021 istanza congiunta di differimento dell'udienza di merito per avvio del tavolo di lavoro

I presupposti del ricorso

Si contesta la creazione di una «inedita relazione diretta tra OSS-FC e paziente» con profili di autonomia e di responsabilità diretta illegittimi

Il problema non è mai stato l'attribuzione di attività, in quanto presupposto già normato da 20 anni, ma si è contestata la titolarità della gestione del processo di assistenza, tema PROFESSIONALE

DGR 650/2022



L'OSS-FC svolge, oltre alle attività riferibili all'OSS con formazione di base, le attività assistenziali proprie coadiuvando l'infermiere o l'ostetrica, le attività dirette alla persona attribuite e supervisionate dall'infermiere o dall'ostetrica. Riferisce i risultati e gli esiti delle proprie azioni al professionista sanitario di riferimento, adotta comportamenti di sicurezza per sé e per la persona assistita e risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli.

Le attività dell'OSS-FC, attribuite e supervisionate dall'infermiere o dall'ostetrica, vengono svolte nell'ambito di situazioni di bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione, al fine di assicurare adeguati livelli di risposta ai bisogni assistenziali.

2025 – l'Assistente Infermiere



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'istituzione del profilo professionale di Assistente infermiere.

Rep. atti n. 176 /CSR del 3 ottobre 2024.



Venezia, 17.09.2026

Articolo 1 - Descrizione della figura

1. L'Assistente infermiere è operatore di interesse sanitario di cui all'articolo 1, comma 2, della Legge 1° febbraio 2006, n. 43. È un operatore in possesso della qualifica di operatore socio-sanitario che a seguito di un ulteriore percorso formativo consegue la qualifica di Assistente infermiere, riconducibile ai profili professionali socio-sanitari di cui all'articolo 5, c. 2 della Legge 11 gennaio 2018, n. 3;
2. Nei contesti organizzativi in cui sia stato previsto l'inserimento nel team assistenziale, collabora con gli infermieri assicurando le attività sanitarie identificate nel presente provvedimento, oltre a svolgere le attività proprie del profilo di operatore socio-sanitario.
3. Le attività dell'Assistente infermiere sono rivolte alla persona, al fine di fornire assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo.
4. L'Assistente infermiere, in rapporto alla gravità clinica dell'assistito e all'organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell'infermiere e in collaborazione e integrazione con gli altri operatori. È responsabile della correttezza dell'attività svolta.

Articolo 4 - Relazioni con altre professioni

1. L'Assistente infermiere è un componente dell'équipe assistenziale, svolge la sua attività collaborando e attenendosi alle indicazioni e programmi dell'infermiere, nell'ottica dell'integrazione multiprofessionale secondo l'organizzazione del contesto in cui è inserito.
2. L'Assistente infermiere svolge le attività dirette alla persona, direttamente attribuite dall'infermiere o secondo la pianificazione assistenziale, riferendone allo stesso in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica generale; adotta comportamenti di sicurezza per sé e per la persona assistita e risponde per l'esecuzione delle prestazioni affidategli e previste nel presente atto.
3. Le attività attribuite dall'infermiere responsabile dell'assistenza, vengono svolte nell'ambito di situazioni di bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione, al fine di assicurare adeguati livelli di risposta ai bisogni assistenziali di tipo sanitario.
4. Ulteriori specificazioni sono riportate nella premessa dell'Allegato 1 al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale.



Profili a confronto

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Norma	Accordo Stato – Regioni 16 gennaio 2003 Prerequisito: DL 402/2001, art.1 , comma 8 (Legge 1/2002): “è disciplinata, per l'operatore socio-sanitario la formazione complementare in assistenza sanitaria che consente a detto operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione”	Accordo Stato – Regioni, recepito con DPCM su proposta del Ministero della Salute 
Status	Operatore di interesse sanitario	Operatore di interesse sanitario
Ambito operativo	“Svolgere alcune attività assistenziali in base all’organizzazione dell’unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell’assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la supervisione della stessa.”	“Collabora con gli Infermieri, oltre a svolgere le proprie attività del profilo di OSS”. (art. 1) “Le attività sono rivolte a persone adulte e anziane” (allegato 1)

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Profilo di autonomia	“Coadiuvare l’infermiere o l’ostetrica/o e, in base all’organizzazione dell’unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell’assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione”.	“In rapporto alla gravità clinica dell’assistito e all’organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell’Infermiere e in collaborazione e integrazione con gli altri operatori. E’ responsabile della correttezza dell’attività svolta.”(art. 1). “Svolge la sua attività collaborando e attenendosi alle indicazioni e programmi dell’Infermiere, nell’ottica di integrazione multi-professionale, secondo l’organizzazione del contesto cui è inserito”. “Svolge le attività dirette alla persona, direttamente attribuite dall’Infermiere o secondo la pianificazione assistenziale, riferendone allo stesso in quanto responsabile dell’assistenza infermieristica generale (...) risponde per l’esecuzione delle prestazioni affidategli e previste nel presente atto”. “Le attività attribuite dall’Infermiere responsabile dell’assistenza, vengono svolte nell’ambito di situazioni di bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione, al fine di assicurare adeguati livelli di risposta ai bisogni assistenziali di tipo sanitario”. (art. 4).

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Requisiti di accesso al corso	Qualifica di OSS	Qualifica di OSS e possesso di diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale ed esperienza come OSS di almeno 24 mesi. Deroga per OSS senza maturità con 5 anni di esperienza negli ultimi 8 anni, previo modulo propedeutico aggiuntivo di almeno 100 ore. Per gli stranieri, titolo equipollente e italiano B2.
Formazione	Almeno 300 ore di cui almeno 150 ore di tirocinio (punto 1.1)	Almeno 500 ore e non meno di 6 mesi (200 ore di moduli didattici, 20 ore di esercitazioni e 280 ore di tirocinio). Privilegiata formazione in presenza, FAD possibile per insegnamenti afferenti all'area delle relazioni professionali. Ogni modulo si conclude con prove di valutazione dell'apprendimento.
Coordinatore del corso		Infermiere con laurea magistrale ed esperienza professionale di almeno 3 anni negli ultimi 5 in ambito sanitario, socio-sanitario o formativo.

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Tirocinio	150 ore	280 ore. Massimo 3 esperienze presso enti pubblici o privati autorizzati o accreditati. Massimo 30% nella struttura dove già si opera.
Tutoraggio	Nessun requisito specifico	Infermiere con esperienza almeno di 2 anni in ambito sanitario o socio-sanitario. Le guide di tirocinio sono Infermieri con elevate competenze nelle attività da apprendere.
Commissione d'esame	Nessun requisito specifico	<i>"(...) due Infermieri, esterni all'organizzazione del corso e designati dall'Ordine Professionale territorialmente competente"</i>

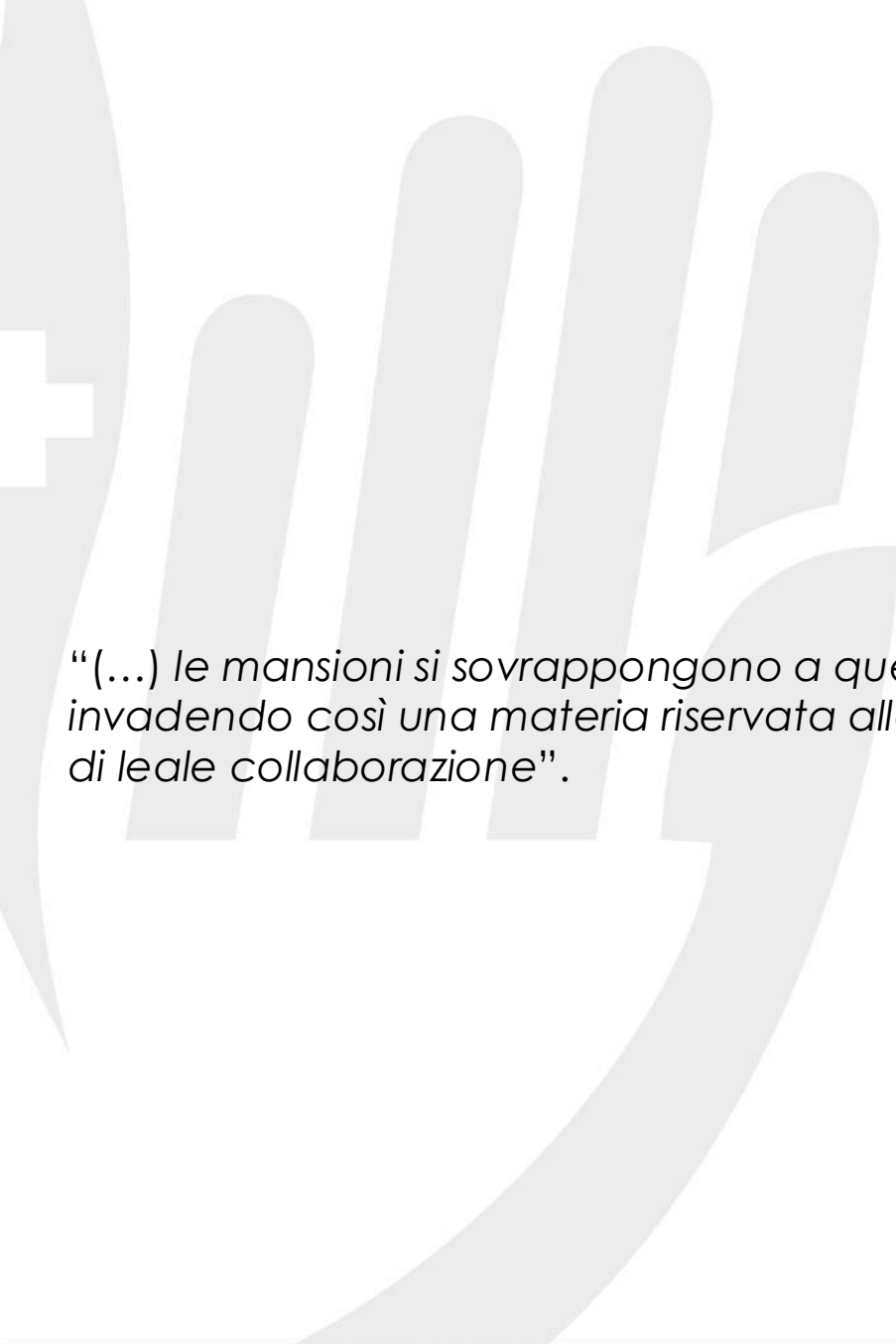
	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Aggiornamento	Non previsto	Obbligo per almeno un'ora al mese lavorato nell'anno di riferimento, con possibilità di completamento nel triennio successivo a partire dall'anno seguente a quello di conseguimento della qualifica.
Titoli pregressi, riconoscimento crediti formativi ed equipollenza	Non previsti	Le Regioni possono valutare i titoli pregressi ai fini del riconoscimento di crediti formativi. I titoli esteri devono essere riconosciuti dal MinSal o dalle Regioni, relativamente ai crediti formativi. Il titolo di OSS-S (Accordo Stato – Regioni 16 gennaio 2003) precedente è equipollente. Con l'entrata in vigore del DPCM il precedente accordo Stato – Regioni del 2003 viene disapplicato.

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Competenze di interesse peculiare	Rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura). Raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico Medicazioni semplici e bendaggi Sorveglianza delle fleboclisi Somministrazione dei pasti e delle diete	Utilizzare POCT. Eseguire ECG. Rilevare, registrare e segnalare sede, caratteristiche e grado del dolore, applicando scale di valutazione. Rilevare parametri mediante puntura capillare. Rilevare e registrare segni vitali, rilevare la saturazione di ossigeno mediante sensore. Effettuare la medicazione della gastrostomia stabilizzata. Rilevare la comparsa di alterazioni relativamente alle attività svolte su cute, mucose, aree peristomali. Rilevare e segnalare dislocazione del dispositivo di infusione, interruzioni di flusso, alterazioni del flusso di infusione. Somministrare la nutrizione enterale in condizioni di stabilità clinica. Effettuare l'aspirazione delle secrezioni oro-faringee, naso-faringee. Effettuare, in assistiti con tracheostomia stabilizzata e clinicamente stabili, l'aspirazione delle secrezioni, la medicazione e la pulizia della cannula tracheostomica. Effettuare la pulizia e cura della cute di stomie stabilizzate e la sostituzione dello specifico sistema di raccolta.

	OSS-S (2003)	Assistente Infermiere (2025)
Competenze di interesse peculiare	Somministrazione, per via naturale della terapia prescritta. La terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica.	In situazioni di stabilità clinica e trattamenti cronici, preparare e far assumere farmaci per via naturale (orale e sublinguale, topica, transdermica, cutanea, otologica, oftalmica, nasale, inalatoria, vaginale, rettale), tramite accessi enterali stabilizzati. Previa valutazione dell'Infermiere delle condizioni clinico – assistenziali e con la sua supervisione somministra farmaci per via intramuscolare e sottocutanea. Applicare cannule nasali, maschere facciali per la somministrazione di ossigeno.



Corsi e ricorsi?



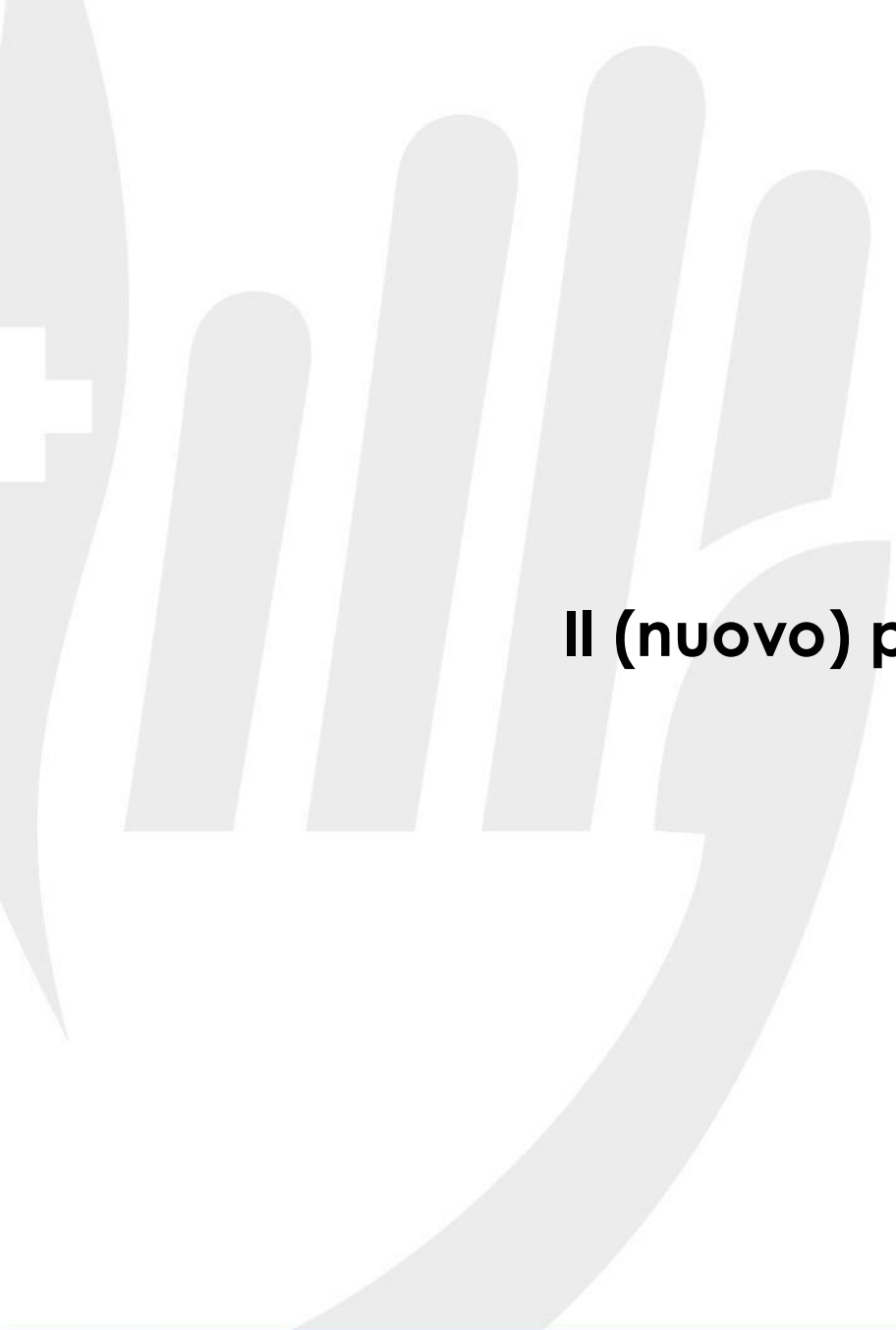
“(...) le mansioni si sovrappongono a quelle tipiche della professione infermieristica, invadendo così una materia riservata alla competenza statale e violando il principio di leale collaborazione”.



"(...) mansioni tipiche e proprie degli infermieri professionisti, quali, come si vedrà, la somministrazione di farmaci, la gestione di stomie e sondini, la rilevazione e interpretazione di parametri vitali, compreso l'elettrocardiogramma"



E gli OSS, cosa ne pensano?



Il (nuovo) profilo dell'OSS

Infermiere
Profilo: DM 739/94

OSS
Profilo: accordo Stato –
Regioni 22/02/2001
Profilo (Veneto):
LR 20/01



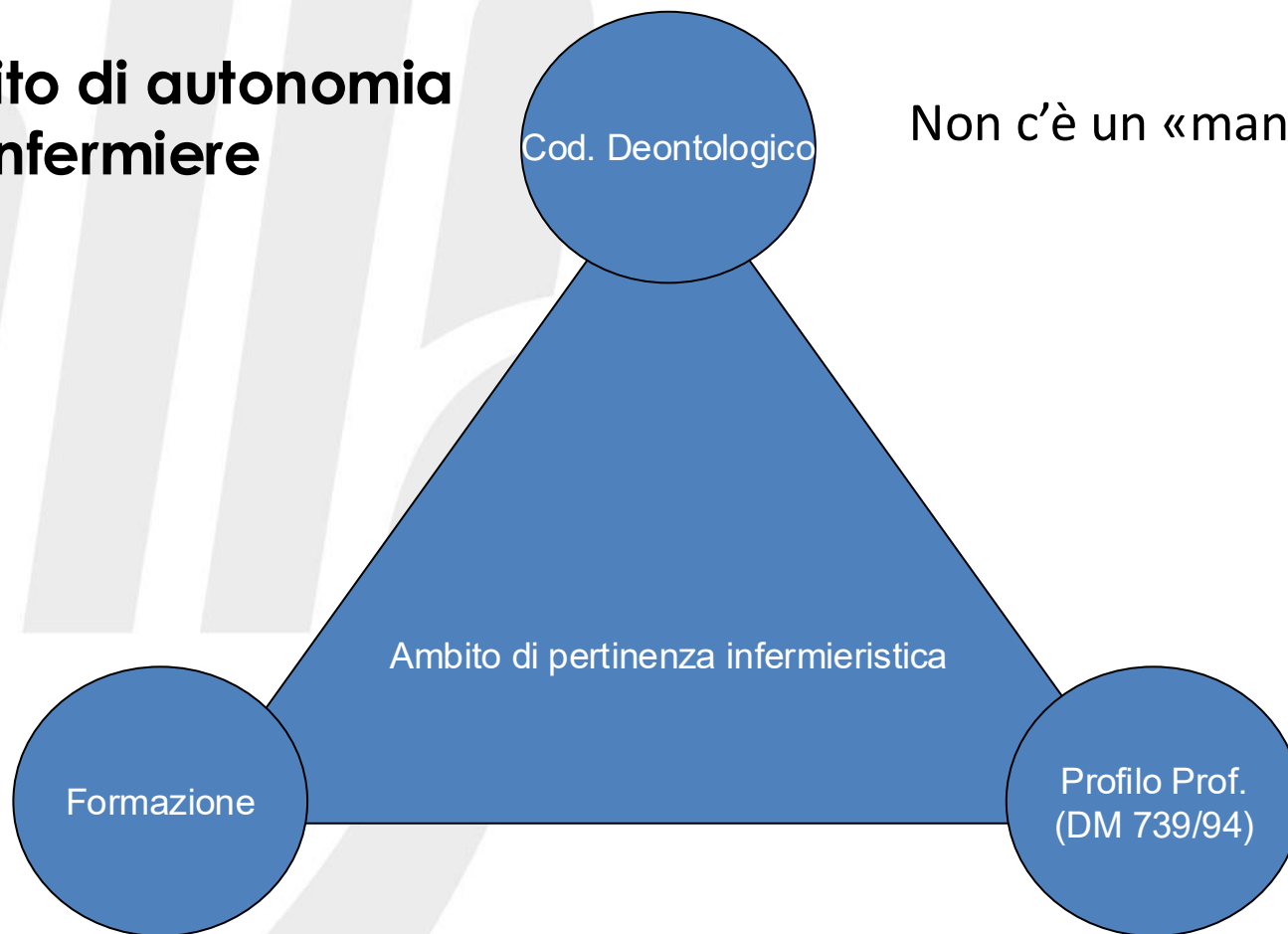
**Nuovo profilo OSS:
DPCM 25 marzo 2025**

NB: da pg. 16!

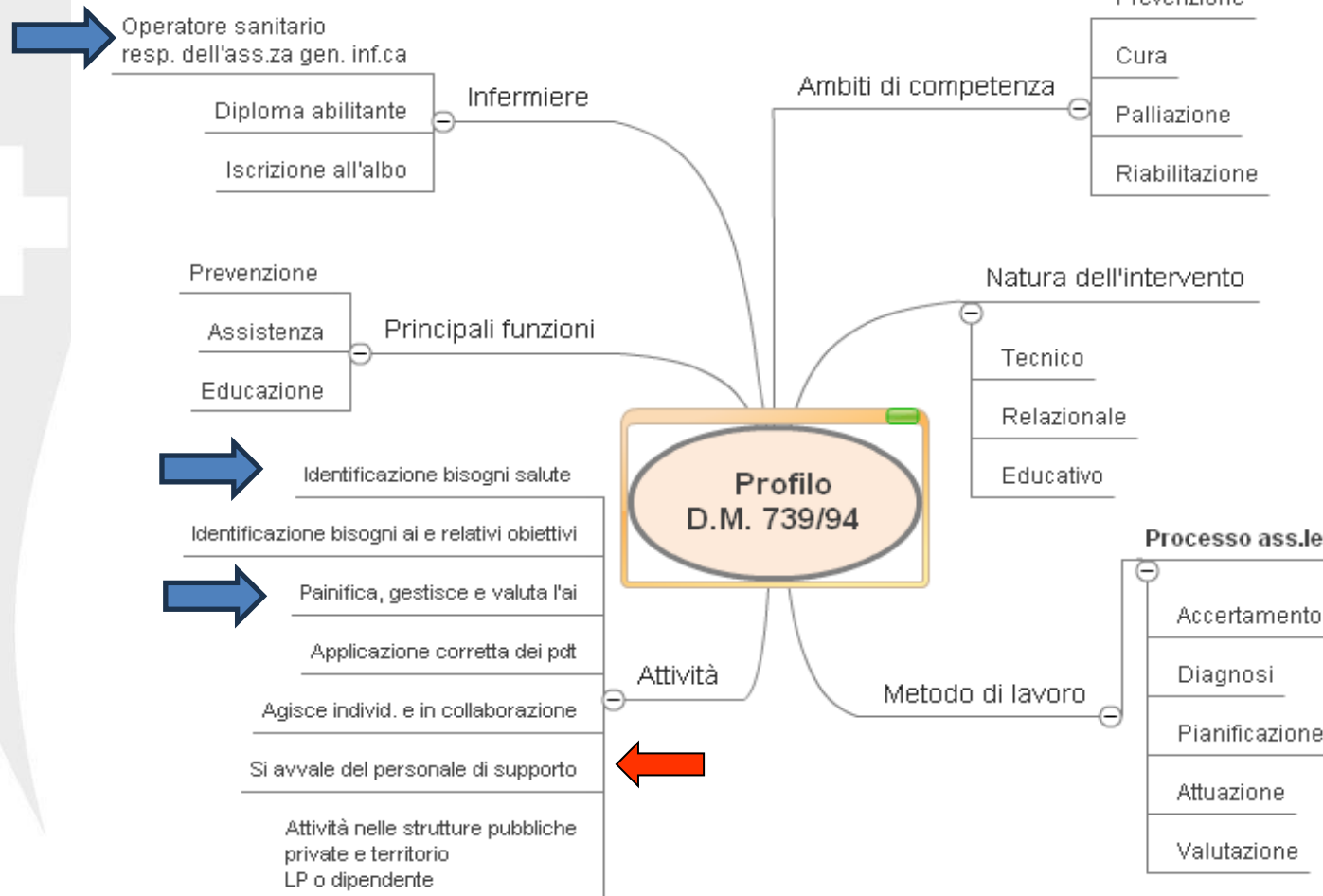


Ambito di autonomia dell'Infermiere

Non c'è un «mansionario»



Infermiere



La gerarchia e la filiera assistenziale

Anno	Norma	Figura	Dipende da
2025	DPCM 25 marzo 2025	OSS (nuovo profilo)	«svolge la propria attività in collaborazione con il professionista sanitario o sociale di riferimento, e in integrazione con gli altri operatori sanitari e sociali»
2025	DPCM 28 febbraio 2025	Assistente Infermiere	«in rapporto alla gravità clinica dell'assistito e all'organizzazione del contesto, svolge le proprie attività secondo le indicazioni dell'Infermiere (...) E' responsabile della correttezza dell'attività svolta»

OSS: la descrizione della figura (art. 1)

Art. 1.

Descrizione della figura

1. L'operatore socio-sanitario è l'operatore di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43.

2. L'operatore socio-sanitario è l'operatore che svolge attività finalizzate a soddisfare i bisogni primari e favorire il benessere e l'autonomia delle persone assistite in ambito sanitario, socio- sanitario e sociale.

3. L'operatore socio-sanitario svolge la propria attività in collaborazione con il professionista sanitario o sociale di riferimento, e in integrazione con gli altri operatori sanitari e sociali.

La collaborazione si realizza attraverso piani e programmi, nonché strumenti di integrazione professionale definiti dal professionista responsabile in base al grado di complessità e stabilità sanitaria e socio-assistenziale della persona assistita.

OSS: lo standard professionale (art. 2)

Art. 2.

Descrizione dello standard professionale

1. Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona, al *caregiver* e agli ambienti di vita e di cura.

2. Gli ambiti di competenza, di seguito indicati, si articolano in abilità minime e conoscenze essenziali, come descritto nell'allegato 1:

- Aiutare la persona assistita nel soddisfacimento dei bisogni di base e alla vita quotidiana
- Assicurare igiene, sicurezza e *comfort* degli ambienti di vita e di cura della persona
- Svolgere attività di assistenza alla persona a carattere sanitario e socio-assistenziale
- Svolgere attività finalizzate all'integrazione con altri operatori e al lavoro in *team*.

OSS: relazioni con altre professioni (art. 5)

Art. 5.

Relazioni con altre professioni

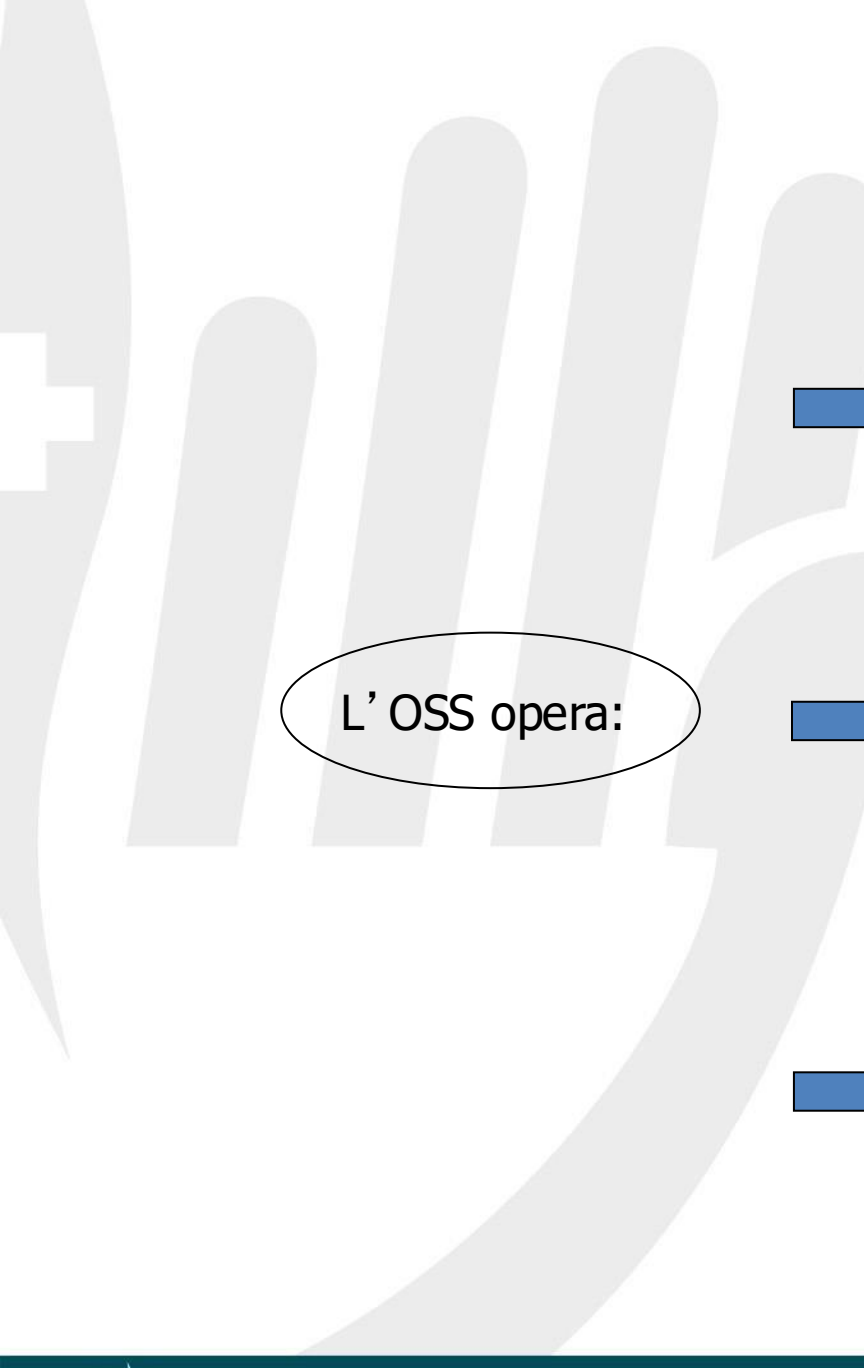
1. L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione e, in relazione alla tipologia dell'attività, con la supervisione dei professionisti preposti all'assistenza sanitaria, socio- sanitaria e sociale, nell'ottica dell'integrazione multi-professionale attenendosi alla pianificazione individuale, ai piani di lavoro e alle attribuzioni di attività dirette alla persona da parte dei professionisti sanitari, e assistenti sociali, in relazione alla complessità/criticità e al contesto operativo. L'operatore socio-sanitario è responsabile della corretta esecuzione delle attività attribuite.

2. Il professionista di riferimento per l'operatore socio-sanitario è individuato in base alla finalità e al contenuto dell'attività svolta dell'operatore socio-sanitario così come indicato nell'allegato 1.

La buona attribuzione (che NON è una delega)

Giusto compito
Giuste circostanze
Giusta persona
Giusta comunicazione
Giusta supervisione e valutazione





L' OSS opera:



IN AUTONOMIA
SULLA BASE DI PROTOCOLLI O
ALTRE DISPOSIZIONI,
COERENTI CON IL SUO RUOLO



IN COOPERAZIONE DIRETTA
CON IL PROFESSIONISTA
SANITARIO DI RIFERIMENTO
QUANDO E' NECESSARIA LA
PRESENZA DI QUEST' ULTIMO



SU PRESCRIZIONE QUANDO
SVOLGE UN' ATTIVITA'
ESEGUIBILE SU PRECISA
ATTRIBUZIONE

Problemi connessi alla poca chiarezza dei ruoli (OSS)

Abuso di professione: la professione infermieristica è una professione protetta. E' è un reato penale (art. 348 c.p.), punito con la reclusione da sei mesi a tre anni con la multa da euro 10.000 a euro 50.000.

Aggravanti di pena per omicidio (art. 589 c.p.) e lesioni personali colpose (art. 590 c.p.), commesse in esercizio abusivo di Professione, secondo quanto previsto dalla L. 3/2018: «Se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria»

589 c.p. «a pena è della reclusione da tre a dieci anni»

590 c.p. «la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni»

Problemi connessi alla poca chiarezza dei ruoli (Infermiere / Organizzazioni)

«Si applica la pena della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 15.000 a euro 75.000 nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato di cui al primo comma (esercizio abusivo di professione protetta) ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo»

Tra Infermieri e OSS:

è possibile ATTRIBUIRE ATTIVITA'

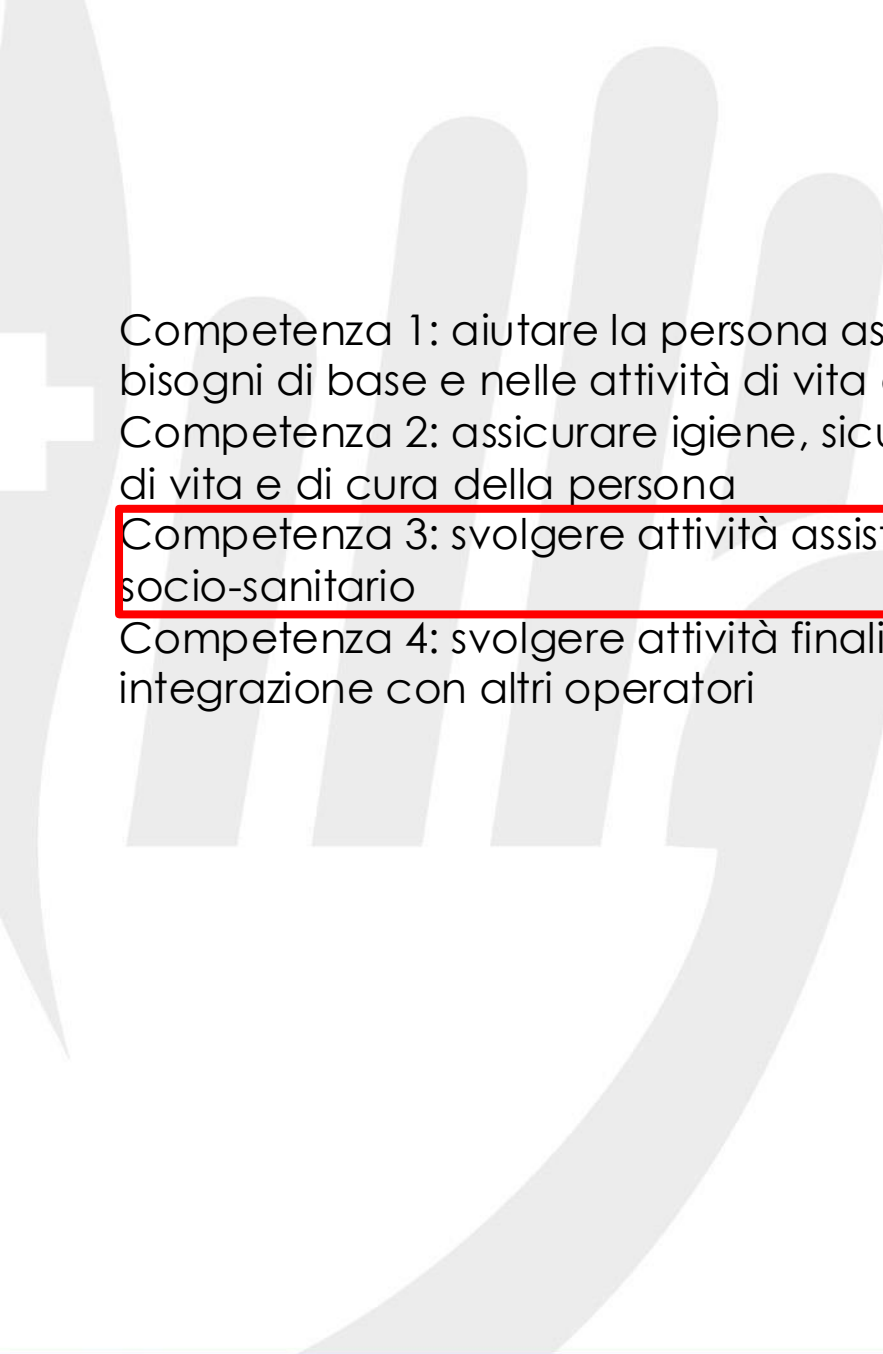
NON è possibile DELEGARE FUNZIONI

le attività devono essere compatibili con i relativi Profili normativi
regola aurea: «non è la semplicità dell'atto a determinare la sua
legittimità»



Il (nuovo) profilo dell'OSS: dalle attività alle competenze





Competenza 1: aiutare la persona assistita nel soddisfacimento dei bisogni di base e nelle attività di vita quotidiana

Competenza 2: assicurare igiene, sicurezza e comfort degli ambienti di vita e di cura della persona

Competenza 3: svolgere attività assistenziali a carattere sanitario e socio-sanitario

Competenza 4: svolgere attività finalizzate a lavoro in team e in integrazione con altri operatori

ABILITÀ MINIME	CONOSCENZE ESSENZIALI
Predisporre materiali, ausili, attrezzature e apparecchi elettromedicali per indagini e attività di assistenza e cura <u>Utilizzare apparecchi elettromedicali, secondo procedura</u> Attuare procedure per lo stoccaggio di dispositivi, medicinali e altri materiali impiegati per l'erogazione dell'assistenza Prelevare campioni biologici la cui raccolta non richiede manovre invasive e provvedere alla loro conservazione e trasporto, se previsto Effettuare la preparazione di provette, etichette e compilare la modulistica per le parti di competenza.	Preparazione di materiali, ausili, attrezzature e apparecchi elettromedicali per indagini e attività di assistenza e cura <u>Procedure</u> che prevedono l'utilizzo di apparecchi elettromedicali di semplice uso Procedure non invasive per la raccolta di campioni biologici Modalità di predisposizione di dispositivi per raccolta di campioni biologici con impiego di dati anagrafici; conservazione e sicurezza nel trasporto dei campioni

Rilevare e registrare parametri vitali, segni e sintomi di alterazione, anche con l'utilizzo di monitor multiparametrici

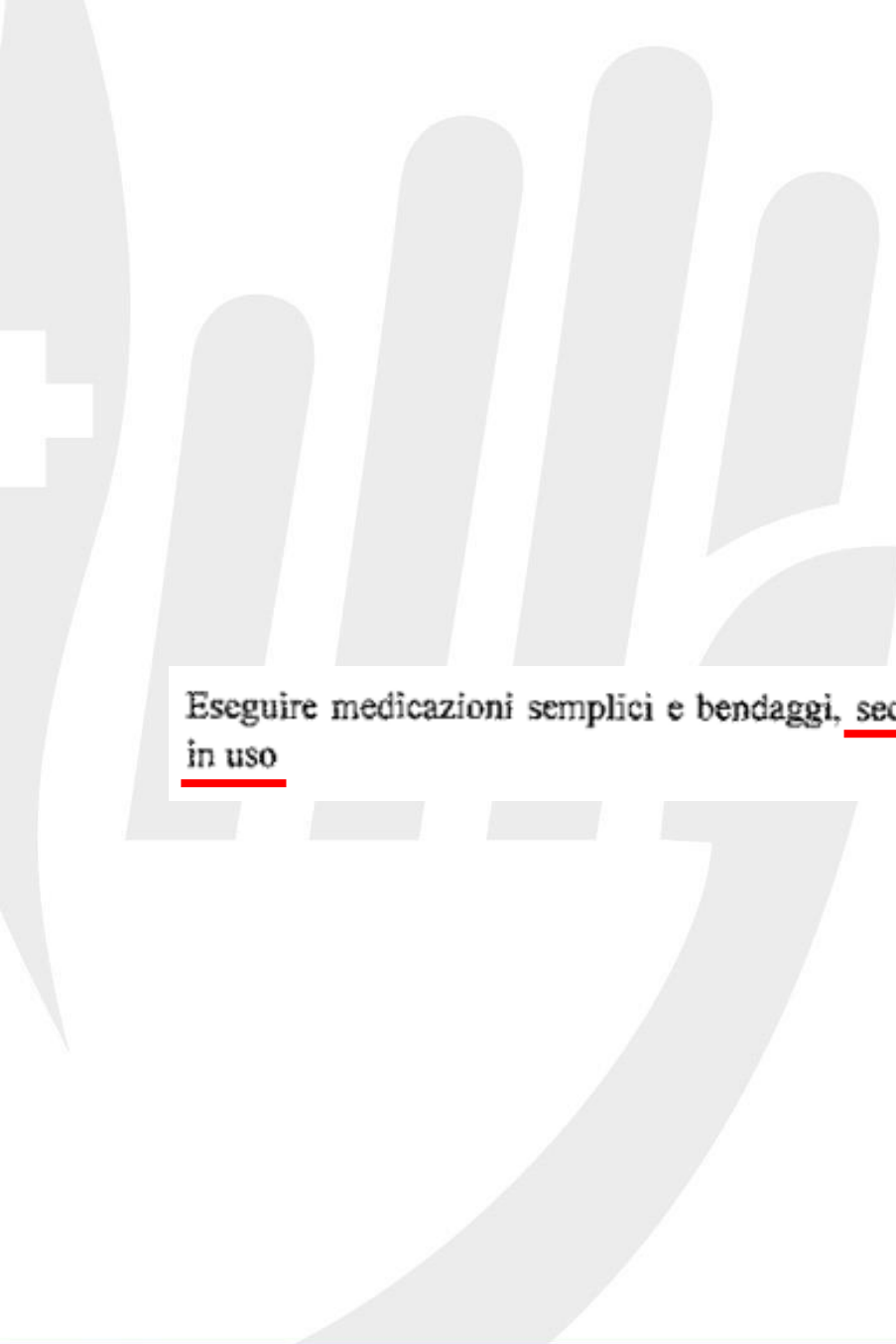
Collaborare alla rilevazione di altri dati funzionali alla definizione del bisogno assistenziale mediante l'applicazione di scale di valutazione validate per personale di supporto.

Verificare e registrare dati e osservazioni sugli effetti delle attività svolte, segnalando ai professionisti di riferimento le anomalie o le circostanze che possono influire sull'assistenza, considerando i feedback dell'assistito

Utilizzare strumenti comunicativi e informativi all'interno del contesto in cui svolge la propria attività anche per assicurare la continuità delle cure



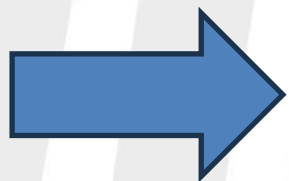
Attuare misure per la riduzione del rischio di cadute, lesioni, ,
sindrome da allettamento e altri rischi correlati alle
caratteristiche delle persone assistite, secondo procedure in uso



Eeguire medicazioni semplici e bendaggi, secondo procedure
in uso

ABILITÀ MINIME	CONOSCENZE ESSENZIALI
<u>Sostenere, compensare o sostituire, nelle situazioni a bassa complessità assistenziale e stabilità clinica, assistiti e familiari nello svolgimento di attività di autocura, intervenendo direttamente anche nella preparazione e nell'assunzione di terapia farmacologica, con la supervisione e indicazioni operative dell'infermiere o del medico.</u>	Le principali attività di autocura: attività fisica, alimentazione, igiene, autogestione di ausili e dispositivi Forme farmaceutiche, modalità di assunzione della terapia farmacologica <u>frequentemente auto-gestita</u>

Le figure di supporto hanno un obbligo assicurativo?



NO!, Ma...

Legge 24/2017, art. 10, comma 3

3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

Quindi non hanno alcuna responsabilità?

OSS

Art. 5, comma 1: «E' responsabile della corretta esecuzione delle attività attribuite»

Assistente Infermiere

Art. 1, comma 4: «È responsabile della correttezza dell'attività svolta».
Art. 4, comma 2: «risponde per l'esecuzione delle prestazioni affidategli e previste nel presente atto»

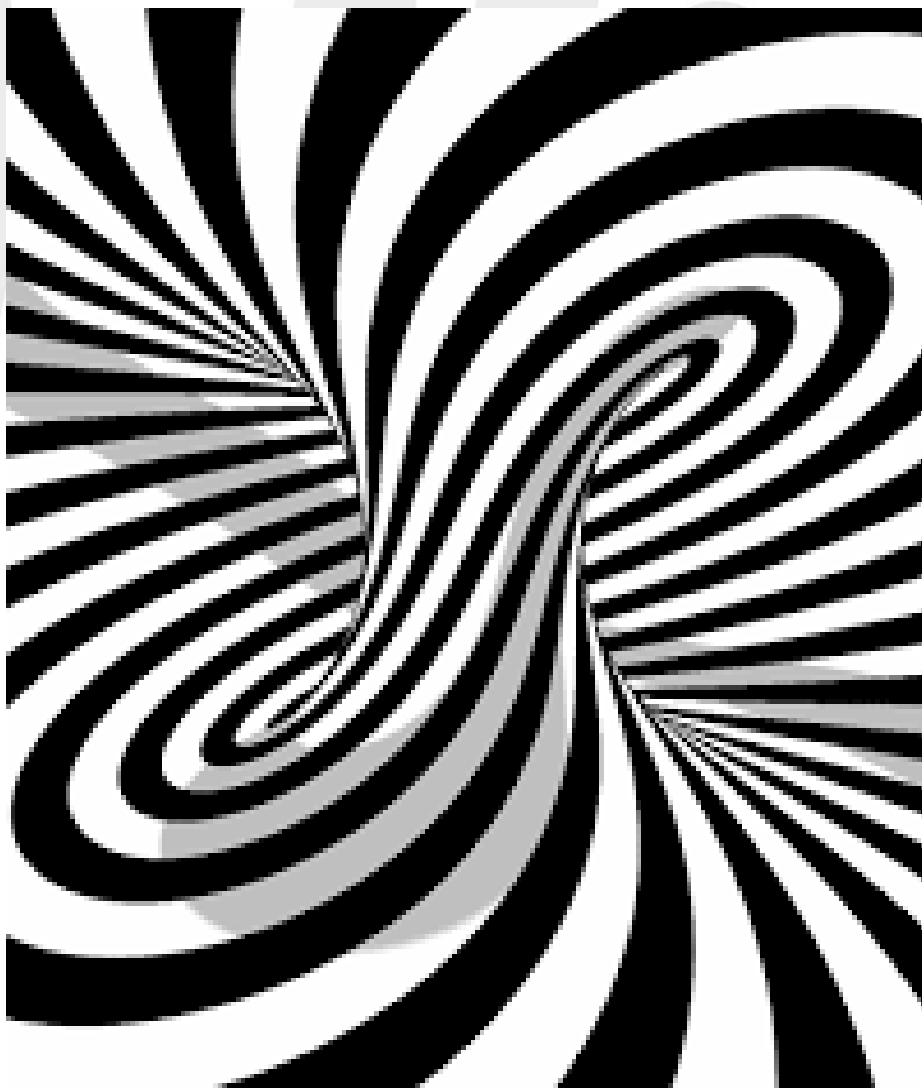
Profili assicurativi

- Legge 24/2017, art. 10, comma 1: la struttura sanitaria e sociosanitaria, pubblica e privata è obbligata ad avere una adeguata copertura assicurativa “per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante”
- In ambito privato possibile azione di regresso del datore di lavoro (art. 2049 c.c.) e/o surrogazione dell'impresa di assicurazione (art. 1916 c.c.)
- In ambito pubblico: diritto di rivalsa solo in caso di dolo e colpa grave (art. 9, comma 1)?
- E le tutele previste dal comma 3?
- E i limiti previsti dal comma 5?

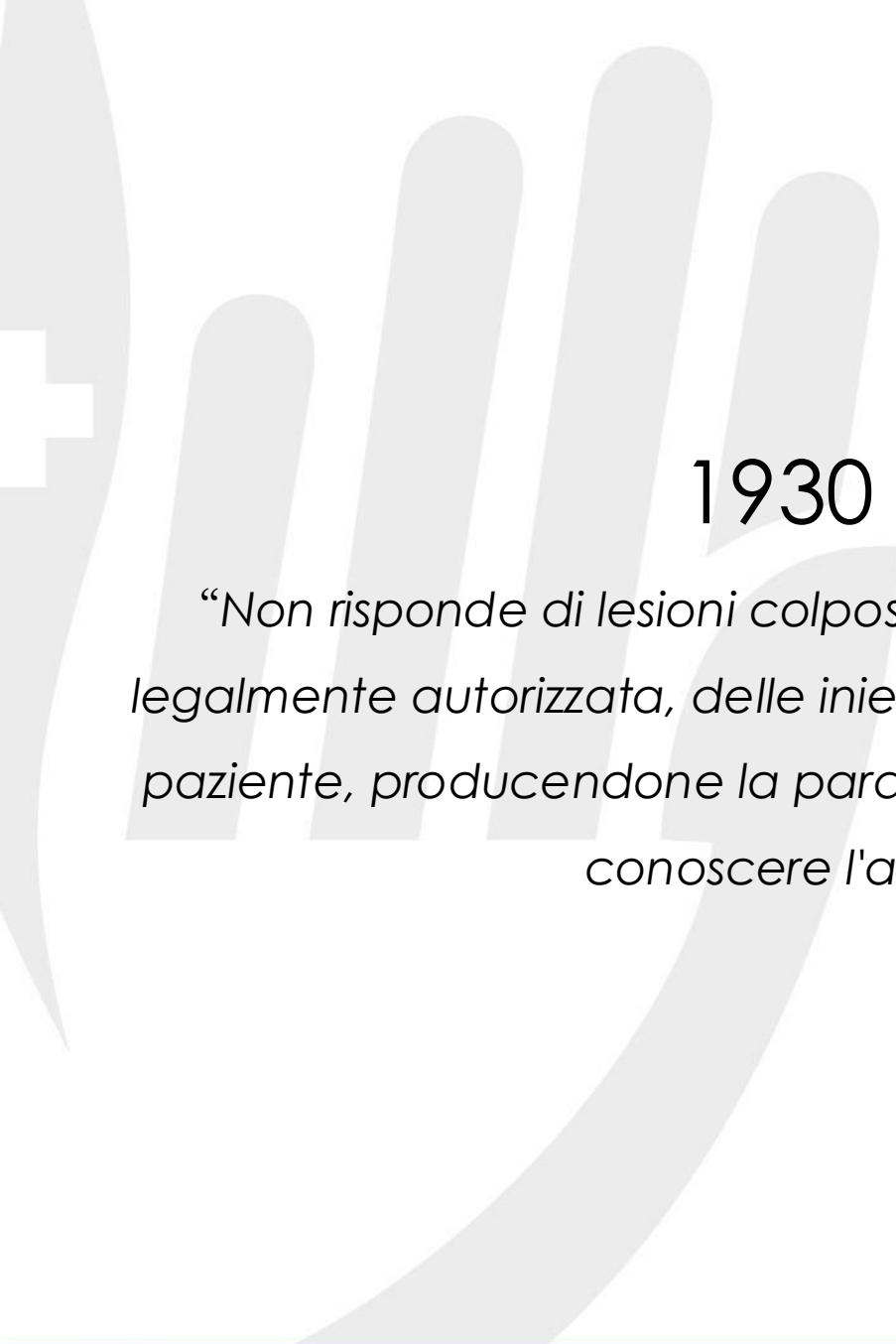


Profili di responsabilità professionale (dell'Infermiere)





**Una
responsabilità...
...dinamica...**



1930 Tribunale di Pavia

“Non risponde di lesioni colpose una infermiera, la quale nell'eseguire, legalmente autorizzata, delle iniezioni, abbia perforato il nervo sciatico del paziente, producendone la paralisi, perché un' infermiera non è tenuta a conoscere l'anatomia topografica”

1980 Tribunale di Bolzano

“Il medico è responsabile dell'organizzazione interna del servizio a lui affidato e deve svolgere attività di controllo e verifica sull'operato degli ausiliari. Se il medico effettua una prescrizione di farmaci e l'infermiera la trascrive per consegnarla al malato, il primo è tenuto a controllare che la seconda non incorra in errore di trascrizione causativo della morte”

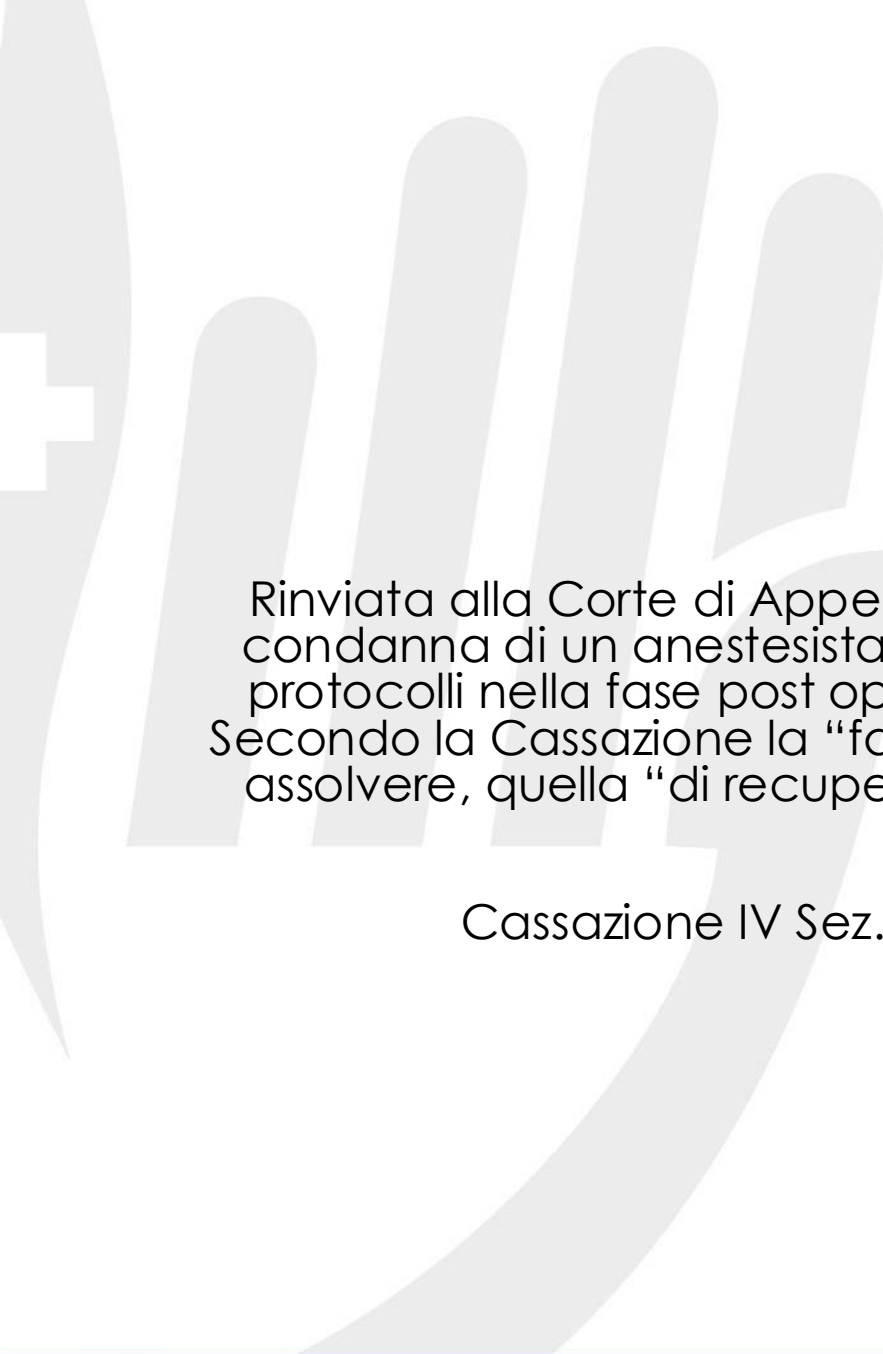
Tribunale di Bolzano, Sentenza 3 marzo 1980, in Rivista italiana di medicina legale, 605, 1983

2000 Cassazione Penale

“Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di una **posizione di garanzia**

nei confronti dei pazienti....
posizione che va sotto il nome di
posizione di protezione,
la quale è contrassegnata dal
dovere giuridico incombente
al soggetto di provvedere
alla tutela di un certo
bene giuridico contro qualsiasi pericolo
atto a minacciarne l'integrità ”

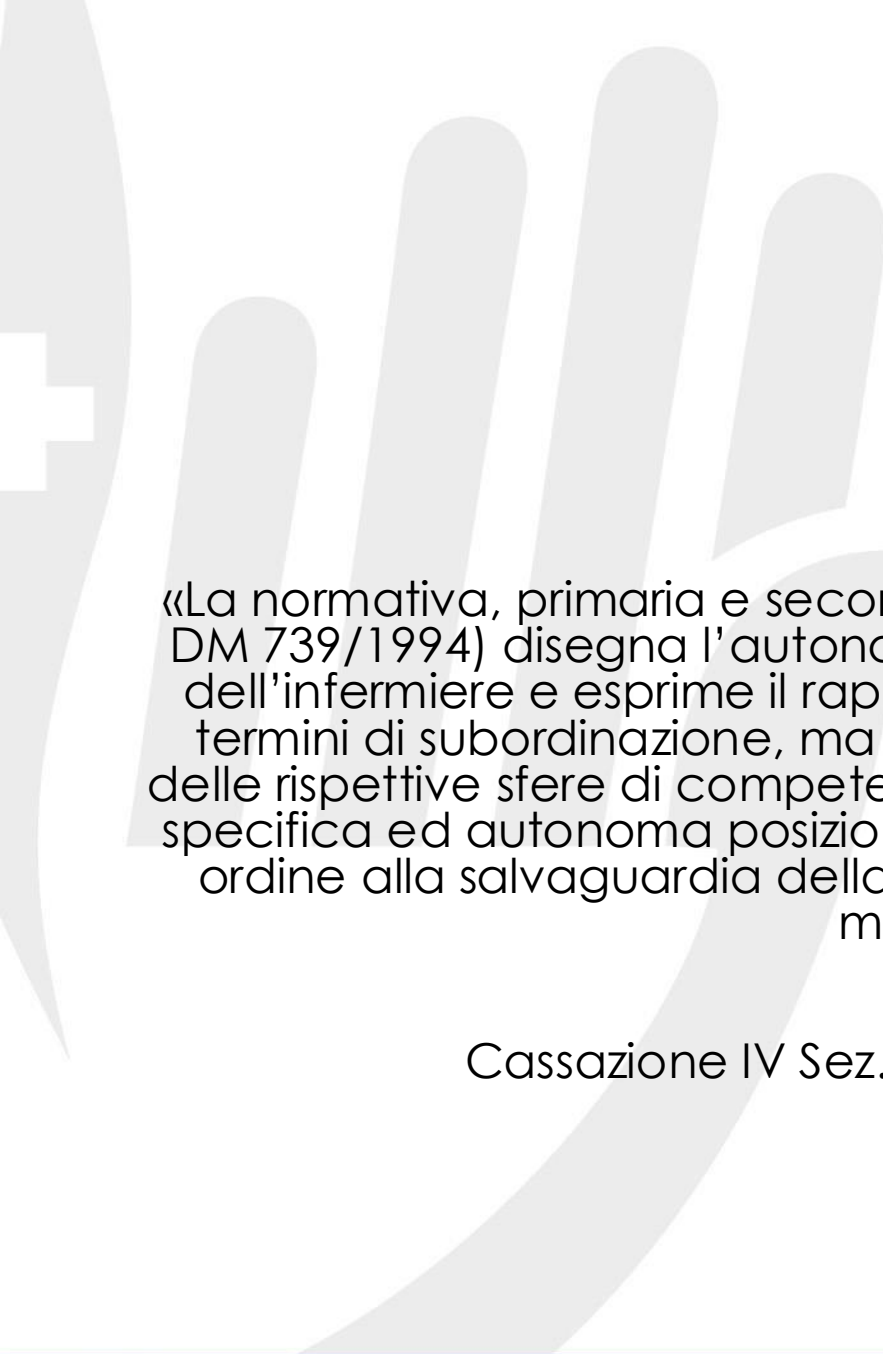
Corte Cassazione, IV sezione penale
Sentenza 2/3/2000, n. 447



2017

Rinviata alla Corte di Appello di Catania una sentenza di doppia condanna di un anestesista e un Infermiere per non aver seguito i protocolli nella fase post operatoria di un paziente finito in coma. Secondo la Cassazione la “fase di risveglio” è in capo al medico, da assolvere, quella “di recupero” è dell’infermiere, da condannare.

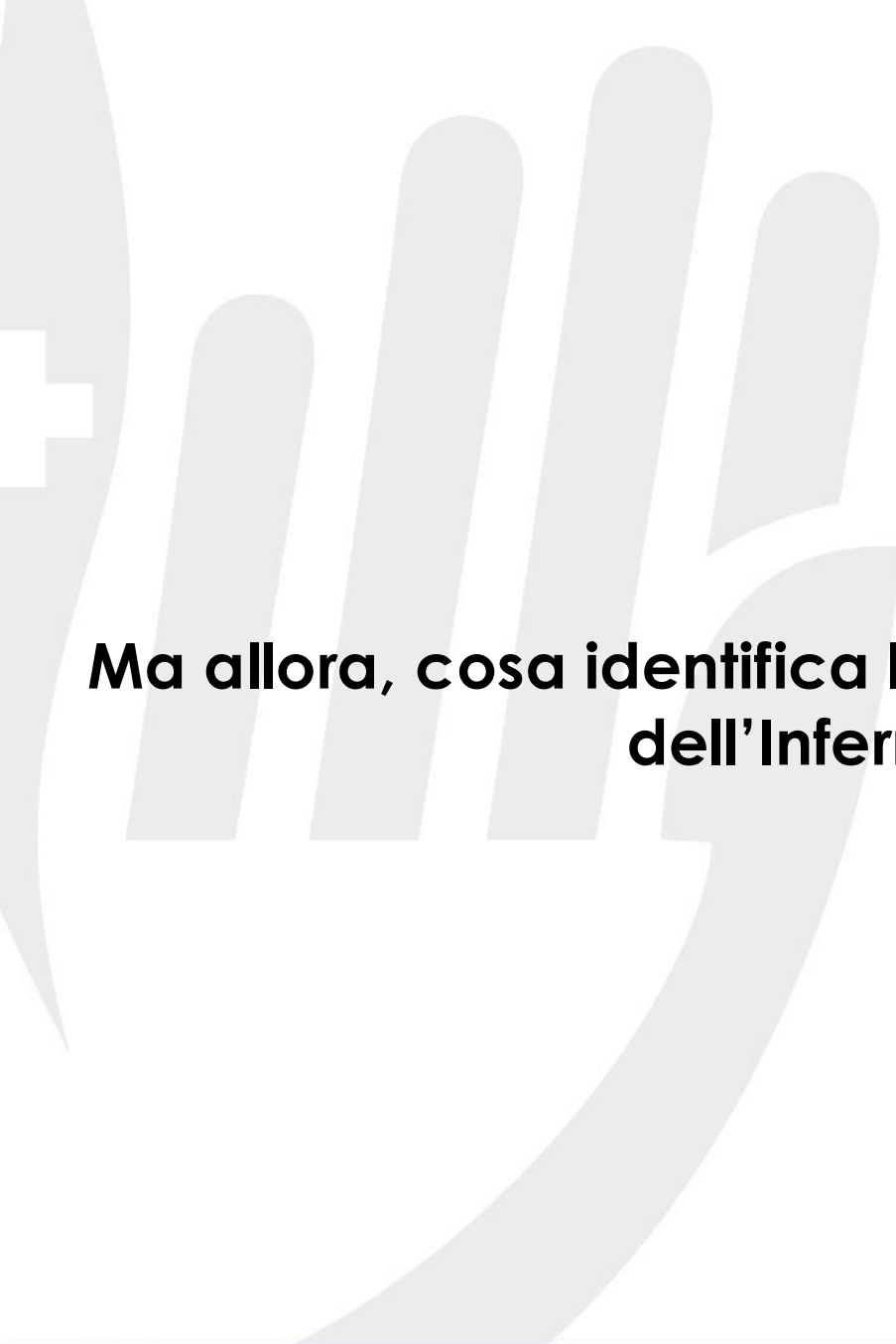
Cassazione IV Sez. Penale, Sentenza 8080/2017



2021

«La normativa, primaria e secondaria, di settore (L. 43/2006, L. 251/2000, DM 739/1994) disegna l'autonomia operativa della figura professionale dell'infermiere e esprime il rapporto tra infermiere e medico non più in termini di subordinazione, ma in chiave di collaborazione nell'ambito delle rispettive sfere di competenza, con conseguente assunzione di una specifica ed autonoma posizione di garanzia da parte dell'infermiere in ordine alla salvaguardia della salute del paziente, il cui limite è l'atto medico in sé»

Cassazione IV Sez. Penale, Sentenza 392/2021



**Ma allora, cosa identifica la responsabilità professionale
dell'Infermiere, oggi?**



Legge 42/1999

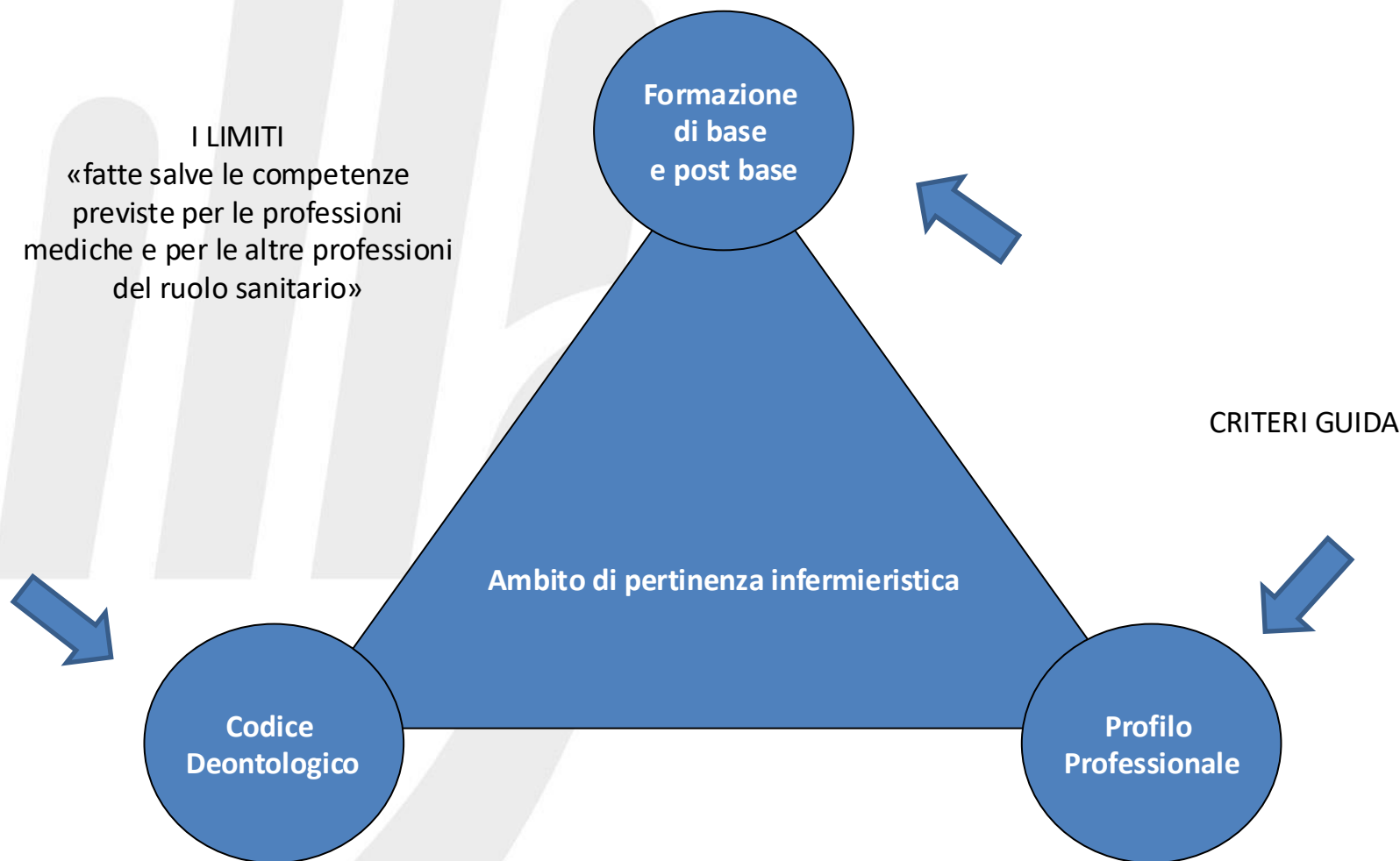
Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Art. 1

1. La denominazione "**professione sanitaria ausiliaria**" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "**professione sanitaria**".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, (...). **Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie** (...) è determinato **dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali** e degli **ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base** nonché degli specifici **codici deontologici**, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario (...)

I LIMITI
«fatte salve le competenze
previste per le professioni
mediche e per le altre professioni
del ruolo sanitario»



ALCUNE domande/1

Buongiorno,

Vorrei avere delle informazioni in merito alla fattibilità, in termini professionali, di una procedura che mi è stata richiesta da parte di una clinica odontoiatrica: la procedura di rigenerazione di membrana tramite prp (plasma ricco di piastrine).

In particolare richiedono che l'infermiera esegua il prelievo del sangue al paziente, centrifughi le provette ed estragga poi da queste la parte plasmatica di cui poi una parte andrà assieme a un tessuto osseo e una parte verrà proprio usata per la creazione della membrana stessa che verrà poi consegnata e posizionata dal medico odontoiatra.

ALCUNE domande/2

*Buongiorno,
chiedo cortesemente un chiarimento rispetto alla legittimità dell'impiego dell'Infermiere nell'esecuzione delle prestazioni di autorefrazione e pneumotonometria, attività che vengono eseguite tramite l'utilizzo di appositi macchinari.*

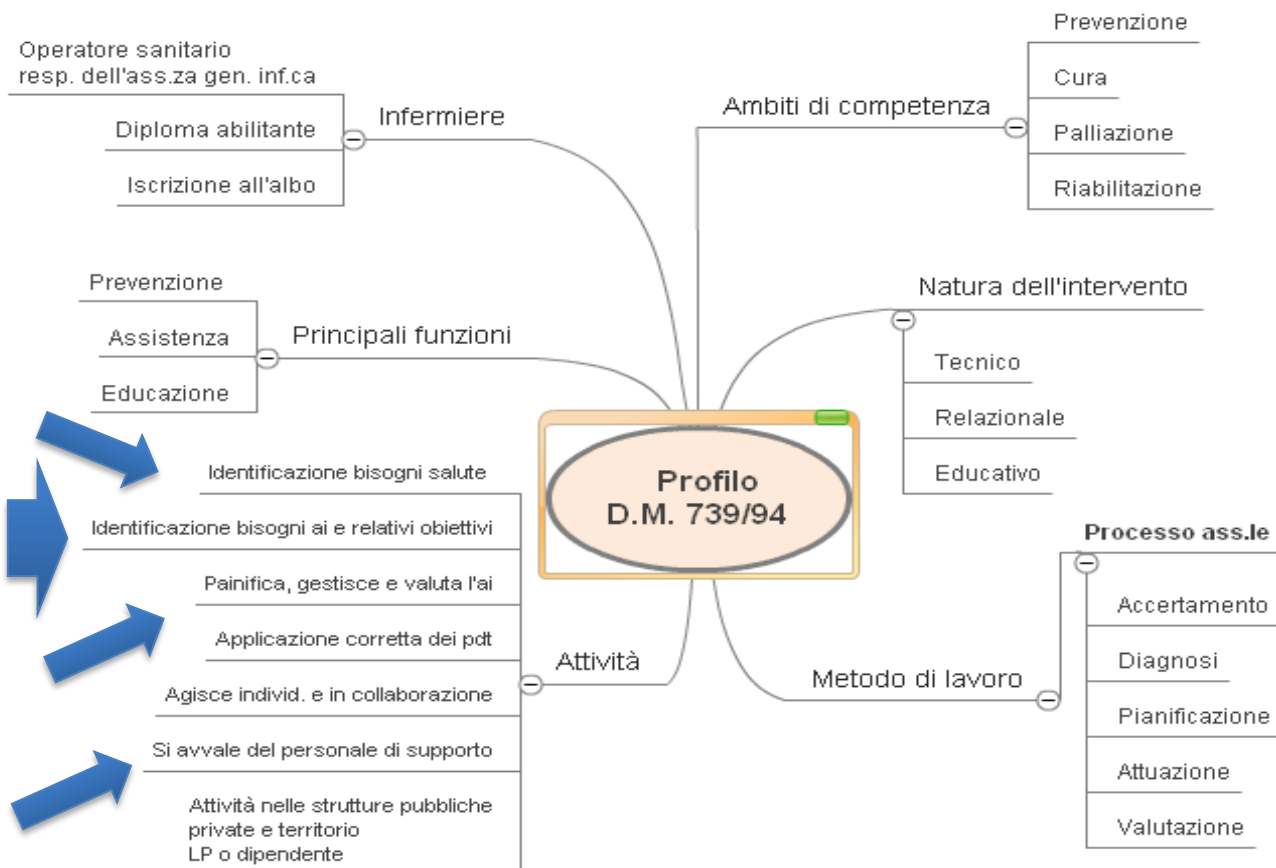
ALCUNE domande/3

*Buongiorno,
vorrei sapere se l'Infermiere è abilitato alla rimozione del tappo di cerume.*

ALCUNE domande/4

*Buongiorno,
l'Infermiere può eseguire un clisma con sonda senza la prescrizione
medica?
Grazie*





Responsabilità civile della struttura e del professionista (doppio binario)

Ente: responsabilità contrattuale (confermata), anche in riferimento alle prestazioni in regime di libera professione convenzionata, *intramoenia*, ricerca, telemedicina

Esercente la Professione Sanitaria: **responsabilità extracontrattuale**

	RESPONSABILITA' CONTRATTUALE	RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE
FONDAMENTO	Mancato rispetto del contratto	Danno ingiusto ex art. 2043
ONERE DELLA PROVA	Il creditore (paziente) deve dimostrare il risultato non soddisfacente rispetto al pattuito. Il debitore (Sanitario) deve dimostrare che non era possibile ottenere risultato migliore	Il paziente deve dimostrare sia il danno che la colpa

**Con la L.
24/2017**

Trimarchi P. Istituzioni di diritto privato Giuffrè nona edizione p. 354



Emendamento «Biancofiore» al DdL Delega «Professioni Sanitarie

1. L'articolo 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è sostituito dal seguente articolo:
«Art. 7 - (Responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria o sociosanitaria)
1. L'esercente la professione sanitaria che, nell'esercizio dell'attività svolta all'interno di una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, cagiona un danno al paziente risponde in via principale del proprio operato a titolo di **responsabilità contrattuale** ai sensi dell'articolo 1218 del codice civile.
 2. La struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, **risponde in via sussidiaria** ai sensi dell'articolo 1218 del codice civile, esclusivamente nei casi in cui:
 - a) non abbia assicurato un'adeguata organizzazione del servizio sanitario e assistenziale, conforme ai requisiti previsti dalle normative sanitarie vigenti;
 - b) non abbia fornito al personale sanitario, e in primo luogo ai medici, gli strumenti, dispositivi e attrezzature idonei allo svolgimento delle attività;
 - c) non sia in possesso delle autorizzazioni sanitarie all'esercizio dell'attività rilasciate dagli enti preposti.



La responsabilità professionale sanitaria 3.0: la riforma Gelli (L. 24/2017)



Responsabilità penale professionale: modifica del Codice Penale (!)

Art. 590-sexies «Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario»: se i reati di **omicidio colposo (art. 589 c.p.)** e **lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)** sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste **escludendo la punibilità**, qualora l'evento si è verificato a causa di **imperizia**, **quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida** come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.



2026 - Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie



CAPO II

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

1. Al codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 590-*sexies* è sostituito dal seguente:

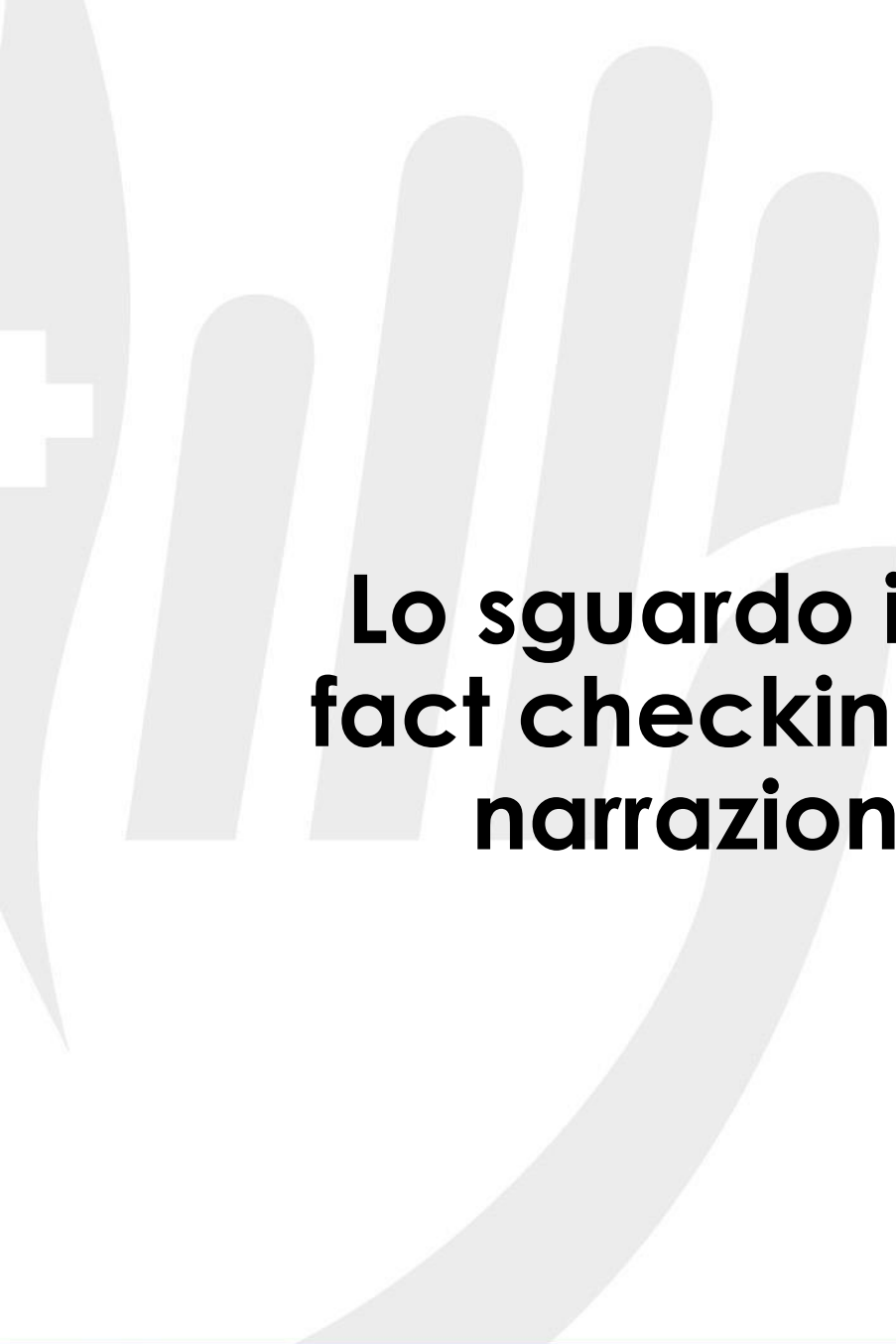
« Art. 590-*sexies*. – (*Limiti della responsabilità nell'attività sanitaria*) – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria, si applicano le pene ivi previste, salvo quanto disposto dal secondo comma del presente articolo.

Quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, o alle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto, è punibile solo per colpa grave »;

b) dopo l'articolo 590-*sexies* è inserito il seguente:

« Art. 590-*septies*. – (*Colpa nell'attività sanitaria*) – Nell'accertamento della colpa o del suo grado si tiene conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare e della presenza di situazioni di urgenza o emergenza ».





Lo sguardo internazionale: fact checking, debunking e narrazione sui media

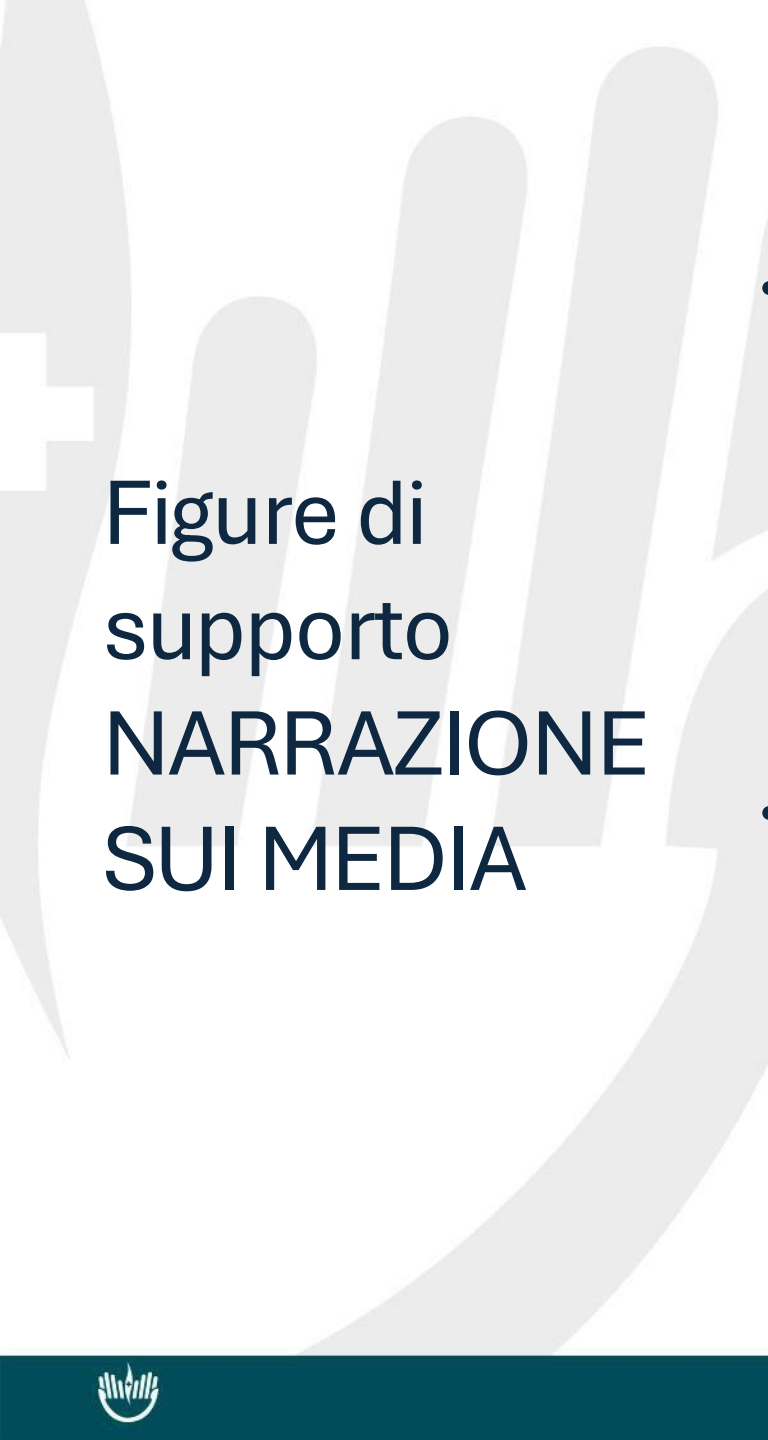


Figure di supporto NARRAZIONE SUI MEDIA

- «Non si tratta di delegare prestazioni specificamente infermieristiche, ma di operare un'integrazione al lavoro dell'infermiere, perché questi possa riappropriarsi compiutamente dell'intero processo assistenziale»
- «L'inserimento del nuovo operatore non deve tradursi in pericolose deleghe di funzioni di competenze degli infermieri. Necessario quindi il ruolo della formazione, in primis infermieristica»

NECESSARIO DUNQUE (Spunti trovati sui media):

- Riconoscimento del ruolo sociale dell'infermiere, dell'identità e dell'autonomia professionale e delle responsabilità
- Aumentare il livello formativo degli infermieri e riconoscerne inquadramenti contrattuali e relativi fabbisogni
- Definire i compiti delle nuove figure e relativo controllo della loro corretta applicazione
- Aumentare la governance infermieristica

Quello che abbiamo appena letto è stato preso da «L'infermiere», anno 1989...

... cui trattasi dipende quasi esclusivamente dall'infermiere e dal caposala che devono considerare la presenza di questo operatore come una reale opportunità di riorganizzazione del lavoro e di redistribuzione delle risorse. In particolare, l'infermiere si avvale dell'Ota per l'insieme di attività di tipo domestico-alberghiero e che, comunque, sono legate al perseguimento di un equilibrio tra benessere fisico e psichico del malato.

Non si tratta di delegare prestazioni specificamente infermieristiche, ma di operare un'integrazione al lavoro dell'infermiere, perché questi possa riappropriarsi compiutamente dell'intero processo assistenziale.

A questo punto sarà bene riflettere sul processo assistenziale complessivo e sull'organizzazione del lavoro infermieristico, in cui assumono un ruolo chiave caposala e dirigente dei servizi. La cultura professionale deve poter dare una risposta adeguata in diverse direzioni:

– l'identità e la specificità professionale

Gorizia, un convegno promosso dal Collegio

Infermieri e Ota a ciascuno il suo

L'inserimento dell'operatore tecnico non deve tradursi in pericolose deleghe di funzioni di competenza degli Ip. Il ruolo della formazione

un'organizzazione del lavoro
che sacrifica la...

L' VIII ed
spital"
ziona
sanitario (C
maggio), l
stand all'I
La presen
scosso m
termini d
mazioni
sitatori c
fessioni



CAUSE

1 - Immissione massiccia nella professione infermieristica di "personale sanato" a più riprese e pertanto non in grado di fornire un'assistenza di qualità.

2 - Mancato riconoscimento del ruolo sociale dell'Infermiere, nella considerazione reale dell'identità dell'Infermiere stesso, con le responsabilità che gli sono proprie e possono sintetizzarsi nella promozione attiva della salute, la prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria della popolazione; le cure al malato per le malattie e il compito di alleviare il dolore prendendosi cura della globalità dell'uomo.

3 - A fronte di queste grandi responsabilità che richiedono un iter formativo molto impegnato, turni di lavoro stressanti, manca un adeguato riconoscimento giuridico ed economico.

4 - Carente programmazione del numero delle Scuole sul territorio nazionale e mancanza totale di controllo dello Stato sulla istituzione e funzionamento delle scuole stesse, sotto il profilo dell'organizzazione logistica, didattica e dei tirocini.

5 - Il continuare ad ammettere alle Scuole Infermieristiche studenti con scarsa cultura di base, limite di età molto basso (15-16 anni), età adolescenziale in cui il soggetto, estremamente immaturo dal punto di vista psico-psicologico, non è in grado di affrontare una professione così impegnativa a servizio dell'uomo in tutte le età della vita.

6 - Disorganizzazione generale dei servizi, sia ospedalieri che extra ospedalieri, con la mancata o errata assunzione di responsabilità, a vari livelli ed ambiti, anche medico-amministrativi.

PROPOSTE

1 - No ad ulteriori sanatorie! che comunque sarebbero in contrasto con le leggi dello Stato, della CEE e con le Raccomandazioni dell'O.M.S.

2 - Riconoscimento del ruolo sociale dell'Infermiere, dell'identità e autonomia professionale e delle responsabilità che assume nel S.S.N. Si ribadisce che il personale infermieristico è presente ed opera responsabilmente, a tutela della salute, dovunque l'uomo vive e lavora.

3 - Riconoscimento giuridico ed economico adeguato alle peculiarità professionali.

4 - Programmazione e controllo a livello centrale di tutte le Scuole esistenti sul territorio nazionale; del loro funzionamento, della loro distribuzione geografica e della loro efficacia formativa.

5 - Allo scopo di formare e indirizzare giovani che abbiano motivazioni, attitudini e capacità di "comprendere la natura e l'etica della professione" (direttiva CEE), è urgente elevare il limite minimo di età, per l'accesso alla Scuola di base, a 18 anni.

Il diploma di scuola secondaria superiore, come per l'accesso all'Università, per l'ammissione alle Scuole infermieristiche di base consentirà la maturità culturale e biologica necessaria.

6 - Istituzione, nel S.S.N. del Servizio Infermieristico, a livello centrale, regionale e locale, con la relativa diretta responsabilità, della professione infermieristica, nella funzione di programmazione, organizzazione, gestione, coordinamento e controllo.

CAUSE

Mancata istituzione e chiaro riconoscimento del Servizio Infermieristico cosa che impedisce la corretta gestione del personale infermieristico e ausiliario

7 - Mancata applicazione dei D.M. 10.2.1984 e 15.6.1987 n. 590 con conseguente continuo svolgimento da parte del personale infermieristico di mansioni inferiori alla propria posizione funzionale.

8 - Carente previsione, nelle piante organiche, del personale ausiliario e ausiliario socio sanitario specializzato e mancanza di reale utilizzazione da parte delle Direzioni Sanitarie del suddetto personale per rispondere ai bisogni domestico-alberghieri.

9 - Utilizzazione impropria del personale infermieristico senza tenere conto delle competenze specifiche e delle relative abilitazioni professionali.

10 - Mancato espletamento di molti concorsi nelle aree del Centro-Sud ove sono presenti, paradossalmente, sacche di disoccupazione infermieristica.

PROPOSTE

7 - Definizione dei compiti dell'Ausiliario Socio Sanitario e Socio Sanitario Specializzato in base alle proposte allegate (1-2) e a quanto previsto dai D.M. 10.2.1984 e 15.6.1987 n. 590 - Relativo controllo della loro corretta applicazione.

8 - Nella applicazione del D.M. 13.9.1988 n. 109, relativamente alla definizione degli organici, in ragione delle diversificate esigenze, vanno distinte le figure degli ausiliari socio-sanitari da quelle degli ausiliari socio-sanitari specializzati e quindi dei relativi compiti. Medesimo criterio dovrà essere seguito relativamente alle figure succitate da assegnare ai servizi extraospedalieri.

9 - Il ruolo del Personale Infermieristico deve essere chiaramente definito delimitandone ambiti, funzioni e responsabilità con la conseguente sfera di autonomia assoluta e relativa alle altre aree (medica, tecnico-professionale, amministrativa).

10 - Istituzione a livello centrale dell'osservatorio permanente per rilevare l'esistenza e per programmare il fabbisogno reale di personale infermieristico richiesto dalla normativa (standards assistenziali).



"L'Assistente Infermiere sostituirà gli infermieri" — narrazione ricorrente e ripresa sui social

Sentenza TAR Lazio sul ricorso numero di registro generale 9254 del 2025

Nel merito ha dedotto:-

Per l'art. 1 del d.m. n. 739/1994 "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica ... 3. L'infermiere: ... e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto". La figura dell'Assistente infermiere rientra proprio nell'ambito delle lettere e) e f) sopra riportate, in quanto viene inquadrato nella categoria degli "operatori di interesse sanitario", ed è previsto per svolgere le sue funzioni solo a seguito di precise indicazioni fornitegli dall'infermiere.

In sostanza, l'Assistente infermiere non è previsto per fornire attività di esclusiva competenza dell'Infermiere ma esclusivamente quale figura di ausilio. In conclusione, il ricorso deve essere respinto.





SANITÀ ROBOTICA

Il robot che fa i prelievi di sangue da solo: la FDA autorizza il primo dispositivo

Trova la vena, inserisce l'ago e riempie le provette senza essere guidato passo dopo passo. Ma l'essere umano resta indispensabile: la vera novità è nel modo in cui potrebbe cambiare il lavoro sanitario



Marco Digiorgio • 24 Agosto 2026

Condividi



IMMAGINE GENERATA CON AI +



La comunicazione ha sempre due elementi: i fatti e la narrazione dei fatti.



Sponsorizzato

SEI UN INFERMIERE?

Forse ti sei abituato a una routine che non ti rappresenta più.

- ✋ Stipendi tra i più bassi in Europa
- ✋ Turni notturni e festivi
- ✋ Zero autonomia, zero crescita
- ✋ Energia e motivazione azzerate

🛑 Basta sopravvivere.

Con Sanitari in Salute® puoi Aumentare il tuo Valore Professionale e:

- ✓ Lavorare dove e come vuoi
- ✓ Costruire un'attività tua
- ✓ Valorizzare le tue competenze
- ✓ Ritrovare tempo, dignità e benessere

☀️ +60 infermieri lo hanno già fatto.

🎓 Percorso accreditato ECM.

Sono Marco. Sono un infermiere. E oggi ho pianto nel corridoio. Nessuno se n'è accorto. Nessuno mi ha chiesto se stavo bene. Oggi ho accompagnato due pazienti nei loro ultimi momenti di vita. Ho abbracciato un padre che aveva appena perso suo figlio. Ho lavato i capelli a un anziano che, con un sorriso stanco, mi ha detto:...

Lavori con gli stipendi più alti in Italia, quali sono le professioni più pagate? La classifica

mercoledì 12 agosto 2026

1 di 5



di Redazione web



Venezia, 17.09.2026



**Io... non stavo più bene!
Mi mancava l'aria**

No, non faccio la mantenuta e no, non ho vinto alla lotteria 😊

Mi si è presentata un'opportunità a gennaio 2022 che mi faceva davvero davvero PAURA!

Sarei dovuta uscire dalla mia zona di comfort, prendermi cura degli altri, ma in modo diverso da quello che ero abituata a fare in reparto!

Non avrei più dovuto rianimare nessuno insomma 😊😊

Ho iniziato informandomi sul progetto, capendo di che si trattava e poi... mi sono buttata!

Nono.. non sono incosciente! Non mi sono licenziata pronti partenza via! ☐ ho lavorato un anno affiancando il progetto al mio full time e DOPO, solo dopo, che ho capito come girava il mondo... mi sono licenziata dedicandomi full time a questo progetto! 😊

Sul mio profilo troverai viaggi, esperienze, relazioni e sì.. tutto grazie a quella scelta! Tutto grazie al coraggio di sentire quella vocina dentro che ci sussurra: "non aver paura... seguimi! Tu sei abbastanza"

Seguimi 🌱 e se quello che hai letto risuona anche nel tuo cuore, fai il primo passo e chiedimi informazioni!

| riscatto | benessere | autostima | energia | rinascita | cura di sé |
motivazione | cambiamento | comunità | fitness femminile |
crescita personale | imprenditrice | leadership femminile |
indipendenza | successo | carriera | empowerment femminile |



Piace a 4689 persone

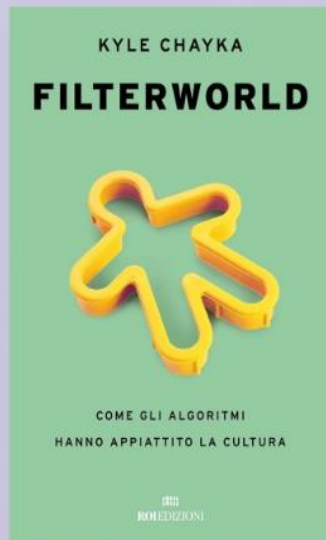
19 dicembre 2024

Cos'è il Metodo **Free Nurse**

Un percorso per trasformare le competenze che hai già in nuove possibilità professionali, attraverso prevenzione, comunicazione e personal branding.



Venezia, 17.09.2026



Un algoritmo entra in un bar.
Il barista chiede: "Cosa prendi?".
L'algoritmo risponde:
"Cosa prendono gli altri?"

Nella cultura algoritmica, la scelta giusta è sempre quella che la maggioranza delle altre persone ha già scelto", scrive Chayka.

Euristica affettiva — decidiamo cosa condividere in base a come ci fa sentire un contenuto, non in base alla sua veridicità. Un'emozione forte (indignazione, commozione, paura) bypassa la verifica critica.

Bias di conferma — tendiamo a credere e ricondividere ciò che conferma ciò che già pensiamo (es. chi è già convinto che la propria professione sia sotto attacco troverà "prova" in ogni notizia sull'Assistente Infermiere, vera o distorta che sia).

Effetto verità illusoria — più un'affermazione viene ripetuta (anche se falsa o semplificata), più viene percepita come vera, indipendentemente dalle prove. È il motivo per cui frasi come "ci sostituiranno" diventano senso comune anche senza fondamento normativo diretto.

Semplicità cognitiva — un'affermazione breve, netta, priva di condizionali ("sostituirà" vs "in alcuni ambiti a bassa complessità clinica, sotto supervisione...") richiede meno sforzo mentale ed è quindi più condivisibile della realtà, che è quasi sempre più sfumata.

Effetto novità/allarme — il cervello è programmato per dare priorità attentiva a segnali di minaccia; un titolo allarmistico batte sempre uno descrittivo in termini di attenzione catturata.

Echo chambers e polarizzazione — gli algoritmi dei social premiano contenuti che generano reazione, favorendo la formazione di bolle in cui circolano solo conferme della propria view, ostacolando il confronto con dati o posizioni diverse.

Perdita di autorevolezza del sapere esperto — un fenomeno più ampio della sola infermieristica: chiunque su un social può presentarsi come fonte autorevole, mettendo teoricamente sullo stesso piano un comunicato istituzionale e un post di una pagina anonima.

Prima o poi arriva il momento di decidere che infermiere essere.

Non in senso tecnico, ma per quanto riguarda il tipo di atteggiamento che si vuole avere con i pazienti, con i colleghi, con i concetti di benessere e malessere.

Per postura professionale ci si riferisce a un modo di porsi che, analogamente alla postura del corpo, tende a mantenersi e a consolidarsi nel tempo; ma, a differenza della postura fisica, non riceve adeguata attenzione e impegno per eventuali correzioni necessarie.

Postura scienista

Postura specialistica

Postura vitalista

Postura filantropica

Postura conversazionale



Questo video racconta una narrazione in cui ci riconosciamo?

E se sì che tipo di narrazione fa di noi?



Da chi porta la padella?

A chi ha bisogno della padella?



FORECASTS FOR 1907.



IV.—DEVELOPMENT OF WIRELESS TELEGRAPHY. SCENE IN HYDE PARK.

[These two figures are not communicating with one another. The lady is receiving an amatory message, and the gentleman some racing results.]

IL FUTURO E' SEMPRE ESISTITO

- Ogni epoca ha sempre avuto la sua idea di futuro e la società si è sempre divisa da apocalittici (avversi al cambiamento) e integrati (disponibili al cambiamento), per citare Umberto Eco.
- Cambiano i tempi, cambiano i contesti, ma il timore del nuovo resta una variabile umana con cui fare sempre i conti.

LE ANALOGIE CON IL TEMPO PRESENTE



Sugli ota, poi oss, era identico al dibattito sull'assistente infermiere

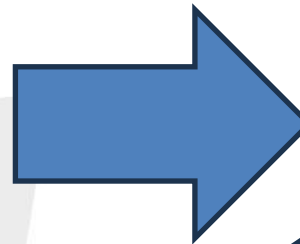


Allora entrammo in università, fu reso obbligatorio il diploma di scuola superiore, si abolì il mansionario e diventammo professione a tutti gli effetti ed iniziò il percorso ancora in essere sulle prime dirigenze manageriali. Un percorso che comunque si sviluppò in circa 15/20 anni.

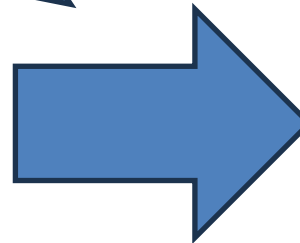


Oggi vengono istituite le lauree magistrali ad indirizzo clinico, si apre la possibilità prescrittiva, mentre sempre più infermieri assumono ruoli di dirigenza apicale fuori dall'ambito strettamente professionale e sempre più infermieri assumono ruoli incardinati dentro l'università

«Non chiamatelo Infermiere»



*International Standard
Classification of Occupations (ISCO)*



*International
classification of
health workers*



5 gruppi di professionisti della salute

2 includono le figure di supporto:

- health associate professionals:

- nursing associate professionals:

- assistant nurse

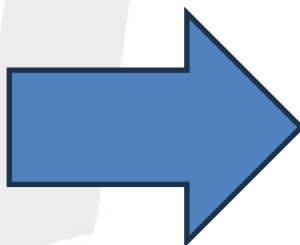
- enrolled nurse

- practical nurse

- personal care workers in health services:

- health care assistants

- home-based personal care workers



***International Standard
Classification of Occupations (ISCO)***

***European Skills, Competences,
Qualifications and Occupations (ESCO)***

Paese/Istituzione	Denominazioni adottate
OMS*	<i>Assistant nurse, enrolled nurse, practical nurse, nursing aide(s), nursing aide (hospital), nursing aide (clinic), nursing aide (home), patient care assistant, psychiatric aid(e), home care aide, personal care worker</i>
UE [^]	<i>Assistant nurse, enrolled nurse, practical nurse, nursing aide(s), nursing aide (hospital), nursing aide (clinic), nursing aide (home), patient care assistant, psychiatric aid(e), home care aide, personal care worker, associate professional nurse</i>
UK	<i>Healthcare assistant, support worker, nursing assistant(s), nursing auxiliary, healthcare support worker</i>
CA	<i>Nurse aides, healthcare aide, psychiatric aid(e), hospital attendant, long term care aide, nursing attendant, orderly, patient care aide, patient service associate, personal care attendant - medical, resident care aide - medical, licensed practical nurses (LPN), graduate nursing assistant, registered nursing assistant (RNA), operating room technicians</i>
USA	<i>Nursing assistant(s), nursing aide(s), licensed practical nurses (LPN), licensed vocational nurses (LVN)</i>



Approfondimenti

Ig. Sanità Pubbl. 2019; 75: 201-210

Indagine nazionale sull'applicazione degli Accordi Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 e 16 gennaio 2003 istitutivi del profilo professionale dell'operatore socio sanitario e della formazione complementare in assistenza sanitaria

Claudio Costa¹, Elisabetta Girace², Elena Fanton³, Simone Stevanin³, Tiziana Tasca³, Domenico Mantoan⁴

¹ Direttore, Direzione Risorse Strumentali SSR, Regione del Veneto; ² Funzionario amministrativo, Direzione Risorse Strumentali SSR, Regione del Veneto; ³ Infermiere, Direzione Risorse Strumentali SSR, Regione del Veneto; ⁴ Direttore Generale, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

Parole chiave: Operatore socio sanitario, accordo stato regioni, profilo professionale, formazione.

Riassunto: A distanza di quasi vent'anni dalla sua istituzione, l'Operatore Socio Sanitario (OSS) è fondamentale per i servizi sanitari e socio-sanitari italiani, ma la realtà sanitaria, clinico-assistenziale e sociale è ormai mutata rispetto all'epoca in cui è avvenuta la definizione del profilo, e si presenta in continua evoluzione. Questo articolo riporta i risultati di uno studio condotto a livello nazionale per indagare lo stato di applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 istitutivo del profilo professionale dell'OSS che ne disciplina caratteristiche e competenze e dell'Accordo 16 gennaio 2003 che ne disciplina la formazione complementare in assistenza sanitaria.



Approfondimenti

ASSIST INFERM RIC 2023; 42: 218-234

La formazione dell'operatore sociosanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria: scenario attuale e prospettive future

Elena Fanton¹, Tiziana Tasca², Claudio Costa³, Anna Brugnolli⁴

¹Infermiera dirigente Direzione Risorse Umane del SSR; UO Formazione, sviluppo e modelli organizzativi delle professioni sanitarie, Regione Veneto

²Infermiera, esperta in formazione e sviluppo risorse umane. Direzione Risorse umane del SSR; UO Formazione, sviluppo e modelli organizzativi delle professioni sanitarie, Regione Veneto, Padova

³Direttore Direzione Risorse Umane del SSR, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto

⁴Responsabile Polo Universitario delle professioni sanitarie APSS, Docente Università degli Studi di Verona

Per corrispondenza: Anna Brugnolli, anna.brugnolli@apss.tn.it



Venezia, 17.09.2026

Approfondimenti

ASSIST INFERM RIC 2024; 43: 35-43

Gli operatori di supporto a livello internazionale: una revisione narrativa

Federico Fonda, Alessandro Galazzi, Alvisa Palese
Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Udine
Per corrispondenza: Federico Fonda, federico.fonda@uniud.it



Venezia, 17.09.2026



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Grazie!

