

OLTRE IL LAVORO DIPENDENTE

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI DEL LAVORO

NELL'AREA INFERMIERISTICA



LUGLIO 2026



ISTITUTO DI STUDI
POLITICI ECONOMICI E SOCIALI

OLTRE IL LAVORO DIPENDENTE

Nuovi modelli organizzativi del lavoro
nell'area infermieristica

Antonio Alizzi e Maria Rosaria Della Porta
Coordinatori del Rapporto

Reperimento dati Mariarosaria Zamboi



Indice

Indice.....	2
Introduzione	3
Metodologia, analisi, fonti	6
Parte I - Struttura del lavoro infermieristico in Italia.....	7
La popolazione infermieristica in Italia	7
Il quadro attuale: dimensioni e distribuzione della forza lavoro infermieristica	7
Gli infermieri liberi professionisti	15
Infermieri italiani all'estero	18
Infermieri con formazione estera	21
Post-pandemia e riorganizzazione dell'assistenza territoriale: il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità	24
Parte II - Oltre il lavoro dipendente: autonomia, flessibilità e nuovi assetti professionali.....	27
L'autonomia professionale infermieristica	27
Quadro normativo e istituzionale.....	27
Forme di esercizio professionale non subordinato.....	29
Qualità dell'assistenza e assetti contrattuali: un confronto possibile.....	32
Vincoli allo sviluppo dei nuovi modelli.....	35
Conclusioni	39
Nota metodologica	41
Bibliografia e sitografia	42
Riferimenti normativi.....	44



Introduzione

La carenza infermieristica in Italia non è un fenomeno contingente, né una conseguenza della pandemia. È una criticità strutturale del Servizio sanitario nazionale (SSN) che, negli ultimi anni, è diventata più visibile ma non compresa fino in fondo. Il tema – ormai stabilmente al centro del dibattito – continua ad essere affrontato in modo parziale, spesso ridotto a una questione numerica.

Se un merito ha avuto la pandemia è stato quello di rendere evidente il ruolo centrale degli infermieri nei percorsi di cura e, allo stesso tempo, ha mostrato i limiti di un sistema, probabilmente non solo italiano, che fatica a valorizzarli.

Non si è trattato di una “frattura scomposta” – per usare una metafora clinica – ma di una “lussazione”, di un’accelerazione che ha portato alla luce squilibri già esistenti. Nonostante ciò, il dibattito continua a oscillare tra allarme e semplificazione, senza affrontare in modo sistematico le cause del problema.

Il quadro internazionale conferma che la carenza infermieristica è un fenomeno sovranazionale e diffuso. L’Organizzazione Mondiale della Sanità stima un deficit globale di circa sei milioni di infermieri, con implicazioni dirette sulla qualità dell’assistenza e sulla sicurezza dei pazienti.

Nell’area OCSE, la questione non riguarda solo il numero di professionisti, ma anche la loro distribuzione, le condizioni di lavoro e la capacità dei paesi di trattenerli.

In Italia, questi fattori si combinano in modo particolarmente critico. I dati Istat e Ocse collocano il nostro Paese, per numero di infermieri per abitante, al di sotto della media europea, con forti divari territoriali e una domanda di assistenza in crescita, riconducibile all’invecchiamento della popolazione. Ma il nodo non è soltanto quantitativo: riguarda la difficoltà del sistema nel programmare il fabbisogno, valorizzare le competenze e rendere la professione attrattiva.

Due sono le letture prevalenti. La prima, forse più ovvia, interpreta la carenza come emergenza: mancano infermieri, aumentano i carichi di lavoro, cresce la mobilità verso l’estero o verso il settore privato. La seconda, più strutturale, individua le cause nei meccanismi di funzionamento del sistema: formazione, condizioni di lavoro, riconoscimento professionale e prospettive di carriera.

Ridurre il problema a una carenza numerica, tuttavia, significa non cogliere che la questione infermieristica potrebbe risiedere nella natura del modello di organizzazione del lavoro adottato, della distribuzione delle competenze e di equilibrio tra responsabilità e riconoscimento. Senza un intervento su questi fronti, l’analisi – e quindi le risposte – rischiano di essere temporanee.

La carenza infermieristica, in questo senso, rappresenta un indicatore più ampio delle difficoltà del SSN nell’adattarsi ad un contesto in profonda trasformazione. Cosa fare quindi? Serve un cambio di prospettiva: meno gestione emergenziale, più capacità di governo del sistema.



Nel dibattito pubblico, fenomeni diversi vengono spesso sovrapposti, generando risposte imprecise e, di conseguenza, policies inefficaci. La letteratura internazionale propone una distinzione tra tre dimensioni: carenza quantitativa, disallineamento organizzativo e inefficienze del mercato del lavoro.

La carenza quantitativa riguarda il numero assoluto di infermieri disponibili rispetto ai bisogni di assistenza. È la dimensione più immediata e più facilmente misurabile: rapporto infermieri/popolazione, copertura dei servizi, capacità del sistema di rispondere alla domanda di cura.

In Italia, gli indicatori mostrano un livello stabilmente inferiore alla media europea, con differenze significative tra le nostre 20 regioni. Aumentare il numero di infermieri è necessario, ma non risolutivo. Questo dato, infatti, è spesso utilizzato come prova della carenza, ma da solo non è sufficiente a spiegare il fenomeno.

La carenza quantitativa è il risultato di più fattori: programmazione formativa (insufficiente), (difficoltà di) reclutamento e mobilità (verso sistemi più attrattivi). Se non si agisce anche sull'organizzazione del lavoro e sulle condizioni professionali si producono effetti limitati.

Il disallineamento organizzativo riguarda la distribuzione degli infermieri all'interno del sistema. Non si tratta di quanti siano, ma di dove sono e come vengono impiegati.

Questo fenomeno si manifesta in diversi modi: concentrazione nel settore ospedaliero con penalizzazione del territorio, difficoltà a coprire aree periferiche, scarsa valorizzazione delle competenze avanzate, rigidità nei modelli organizzativi. Ciò che si intende sostenere è che anche in presenza di risorse disponibili, il sistema potrebbe non riuscire a utilizzarle efficacemente.

Le cause? Vincoli normativi, assetti organizzativi poco flessibili e una governance spesso frammentata. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale ha reso evidente questo problema: sono stati introdotti nuovi modelli, ma la loro attuazione resta disomogenea.

Il risultato è un sistema che fatica a indirizzare le (limitate) risorse dove occorrono.

La terza dimensione riguarda *il funzionamento del mercato del lavoro infermieristico*. Qui il problema non è solo la disponibilità o la distribuzione, ma la difficoltà di far incontrare domanda e offerta secondo principi di efficienza economica.

Tali inefficienze si manifestano in forme diverse: precarietà, turn-over elevato, scarsa mobilità, difficoltà di riconoscimento dei titoli esteri, condizioni contrattuali poco attrattive. In alcuni casi, carenze di personale e difficoltà di inserimento professionale coesistono, segno di un mercato che non funziona perfettamente.

Un esempio emblematico è rappresentato dagli infermieri formati all'estero, il cui inserimento è spesso ostacolato da barriere amministrative, anche in presenza di fabbisogni evidenti. Allo stesso tempo, le condizioni di lavoro nel settore pubblico incentivano l'esodo verso il privato o verso altri Stati.



Le tre dimensioni non sono indipendenti, ma si rafforzano a vicenda. Una carenza quantitativa può essere aggravata da un disallineamento organizzativo; un mercato del lavoro inefficiente può amplificare entrambe.

Per questo motivo, le politiche basate su un'unica leva – ad esempio, l'aumento dei posti di formazione – tendono a produrre risultati contenuti. Appare evidente che serva un approccio integrato in grado di combinare programmazione, riorganizzazione dei servizi e valorizzazione della professione.

La carenza infermieristica non è dunque un problema unico, ma un insieme di squilibri interconnessi dei quali si deve tenere conto per costruire le politiche future.

Oltre che un problema di quantità o di organizzazione, la carenza infermieristica è anche il riflesso di una trasformazione incompiuta del ruolo: il sistema chiede agli infermieri di fare di più, ma non sempre li mette nelle condizioni di farlo con l'adeguato riconoscimento.

Negli ultimi decenni, la professione infermieristica ha attraversato un processo di profonda trasformazione. Da un modello esecutivo, legato al mansionario e alla subordinazione medico-centrica, a un modello – consolidato sul piano normativo – rotante su competenze, responsabilità e autonomia.

A partire dagli anni Novanta, le principali riforme hanno sempre più cesellato il ruolo dell'infermiere: formazione universitaria, profilo professionale autonomo, riconoscimento delle competenze e sviluppo della propria dimensione organizzativa. Questo percorso ha progressivamente spostato il cuore della professione dall'esecuzione alla responsabilità.

La legislazione più recente ha rafforzato ulteriormente questo impianto, introducendo strumenti di accountability, consolidando la governance ordinistica e promuovendo nuovi modelli di assistenza territoriale. Anche il quadro europeo ha contribuito a uniformare i requisiti formativi e a favorire la mobilità internazionale.

Il problema è che questa evoluzione è rimasta, in parte, sulla carta. Quantomeno con riferimento alla messa a terra dei nuovi paradigmi organizzativi.

Sul piano organizzativo, la professione si è diversificata. Accanto al lavoro dipendente tradizionale si sono sviluppate forme di esercizio più flessibili: libera professione, modelli associati, cooperazione, lavoro tramite agenzie, assetti ibridi pubblico-privato.

Questa pluralità risponde a esigenze reali: maggiore flessibilità, adattamento ai bisogni territoriali, valorizzazione delle competenze. Allo stesso tempo, riflette anche le difficoltà del sistema pubblico nell'offrire condizioni attrattive e percorsi professionali coerenti.

L'introduzione di nuove figure, come l'infermiere di famiglia e di comunità, e la diffusione di modelli di *task-shifting* rappresentano tentativi di allineare la professione ai nuovi bisogni assistenziali. Ma la loro implementazione è ancora disomogenea e spesso rallentata da vincoli organizzativi e, non meno forti, da resistenze culturali intra ed extra professionali.

La conseguenza è una cesura, una frattura, uno iato tra norma e pratica. L'autonomia è formalmente riconosciuta, ma non sempre esercitabile o esercitata. Le



competenze avanzate esistono, ma non trovano spazio nei modelli organizzativi. La responsabilità cresce, ma non è accompagnata da riconoscimento.

Questa transizione incompiuta incide sulla carenza infermieristica: una professione poco valorizzata è meno attrattiva, più esposta al turn-over e più vulnerabile alla mobilità verso altri sistemi sanitari.

Esperienze internazionali differenti mostrano che i sistemi che investono sull'autonomia e sulla valorizzazione degli infermieri ottengono risultati migliori in termini di qualità dell'assistenza e sostenibilità organizzativa. In questo senso, l'evoluzione dei modelli professionali non è un tema separato dalla carenza, ma una delle leve principali per affrontarla.

METODOLOGIA, ANALISI, FONTI

Affrontare la carenza infermieristica richiede, dunque, un approccio che tenga insieme più livelli di analisi. Ridurre il problema a una singola dimensione – ora numerica, ora organizzativa ora economica – fa perdere il governo della complessità.

Per tale motivo, in questo lavoro si è adottato un'impostazione multidimensionale, che integra tre prospettive: analitica, comparativa e istituzionale.

Con l'approccio analitico si è, prima, scomposto il fenomeno tra carenza quantitativa, disallineamento organizzativo e inefficienze del mercato del lavoro, per poi ricostruirlo in un quadro coerente. Più che descrivere il problema, l'obiettivo è interpretarlo.

Con la dimensione comparativa si è collocato il *caso italiano* all'interno di un contesto più ampio, mettendolo a confronto con le esperienze dei membri Ocse. Questo ha permesso di evidenziare non solo le criticità, ma anche le possibili traiettorie migliorative o di sviluppo.

Infine, con l'approccio istituzionale si è analizzato il ruolo delle norme, delle politiche pubbliche e degli assetti organizzativi. Ciò a voler sostenere che la carenza infermieristica non è un fenomeno spontaneo, ma l'esito di scelte (o di mancate scelte) di *policy making*.

L'analisi si articola lungo tre direttrici principali: normativa, organizzativa, economica.

La prima per ricostruire l'evoluzione del quadro legislativo e regolatorio della professione; la seconda per analizzare i modelli di impiego e le modalità di utilizzo della forza lavoro; la terza per valutare le dinamiche di domanda e offerta, le condizioni contrattuali e gli incentivi del sistema.

Sebbene trattate separatamente, queste dimensioni sono da considerarsi parti di un unico sistema.

Il lavoro si basa su un'ampia base documentale: fonti normative, report istituzionali (Ocse, Who, Istat, Ministero della Salute, Fnopi), letteratura scientifica di riferimento e altri contributi di settore.



Per esplorare possibili evoluzioni della professione infermieristica, si è deciso di affiancare un confronto con modelli organizzativi già esistenti, in particolare quello dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta.

L'obiettivo è provare a verificare, e dunque proporre, se e in che misura l'autonomia e la flessibilità possano rappresentare una risposta strutturale alle criticità del sistema.

In ogni caso, autonomia e flessibilità non bastano da sole: possono rappresentare una leva di innovazione, ma solo se inserite in un quadro regolato, sostenibile e coerente.

Senza questo equilibrio, il rischio (già corso e già visto) è duplice: la rigidità del lavoro subordinato da un lato, una flessibilità che si traduce in precarietà dall'altro.

La sfida, che qui assume i primi contorni di un tavolo di lavoro (di recente diventata anche proposta di legge), è costruire un modello intermedio, in cui si tengano insieme autonomia professionale e adeguate tutele.

Parte I - Struttura del lavoro infermieristico in Italia

La popolazione infermieristica in Italia

IL QUADRO ATTUALE: DIMENSIONI E DISTRIBUZIONE DELLA FORZA LAVORO INFERMIERISTICA

La disponibilità di personale infermieristico costituisce un indicatore fondamentale della capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Gli infermieri ricoprono, infatti, una funzione centrale nei diversi ambiti dell'assistenza – ospedaliera, territoriale e domiciliare – contribuendo alla continuità dei percorsi di cura, alla presa in carico dei pazienti con cronicità e al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. In uno scenario caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dalla crescita della domanda assistenziale e dall'esigenza di potenziare la sanità di prossimità, la dimensione della forza lavoro infermieristica assume quindi un rilievo strategico per garantire risposte efficaci, tempestive e appropriate ai bisogni dei cittadini.

Il confronto internazionale evidenzia, tuttavia, differenze significative nella dotazione di personale infermieristico tra i paesi europei. I sistemi sanitari dell'Europa centro-settentrionale presentano generalmente valori più elevati rispetto alla media, mentre altri paesi mostrano una disponibilità più contenuta. In questo quadro, l'Italia, con 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, si colloca al di sotto della media europea, pari a 8,9 (grafico 1).



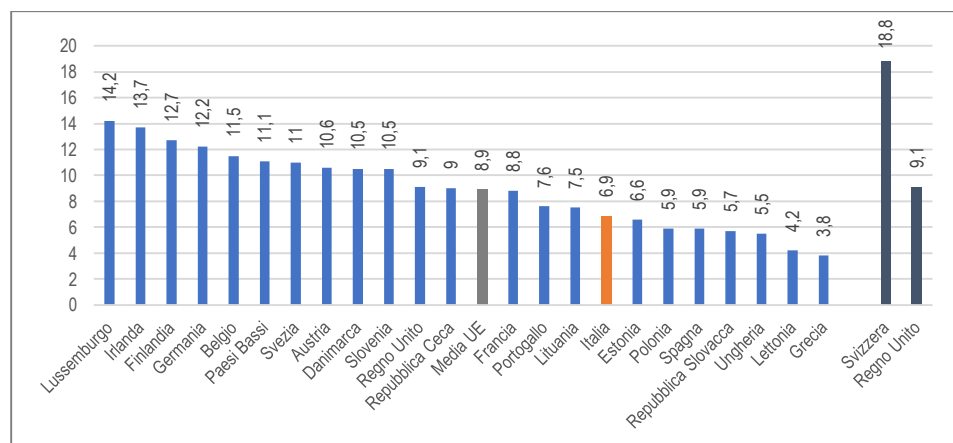
Tale dato può suggerire l'esistenza di una criticità strutturale, potenzialmente in grado di incidere sull'organizzazione dei servizi, sui carichi di lavoro del personale e sulla capacità del sistema sanitario di garantire livelli adeguati di assistenza. Tuttavia, questa indicazione deve essere interpretata con cautela. Il confronto tra Paesi risente, infatti, delle diverse definizioni di personale infermieristico adottate a livello nazionale, nonché delle difficoltà nel distinguere in modo omogeneo gli infermieri effettivamente attivi.

La media internazionale rappresenta quindi un utile riferimento, ma non può essere assunta come unico criterio per formulare valutazioni normative o indicazioni di fabbisogno. L'elevata variabilità dell'indicatore tra i diversi paesi suggerisce infatti prudenza, anche perché i sistemi sanitari differiscono per composizione professionale, organizzazione dei servizi e distribuzione delle competenze tra le diverse figure sanitarie.

Nel caso italiano, un elemento particolarmente rilevante è l'elevato numero di professioni sanitarie presenti nel sistema. Ciò potrebbe indicare che la professione infermieristica abbia, rispetto ad altri paesi, un perimetro di attività più specifico e circoscritto, mentre alcune funzioni che altrove rientrano nelle competenze degli infermieri sono affidate in Italia ad altre figure professionali. Di conseguenza, la percezione della carenza infermieristica potrebbe risultare accentuata se il confronto si limita al solo numero di infermieri, senza considerare il complesso degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza e la diversa ripartizione delle attività tra professioni.

GRAFICO 1

Media infermieri per 1.000 abitanti, Paesi Ue, Svizzera, Regno Unito



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ocse (2026).

Soffermando l'attenzione sul contesto nazionale si evidenzia una marcata eterogeneità territoriale nella distribuzione degli infermieri attivi¹. Nel 2023 la

¹ Per infermieri attivi si intende il numero di infermieri iscritti all'albo professionale. Inoltre, i dati comprendono anche gli infermieri pediatrici.

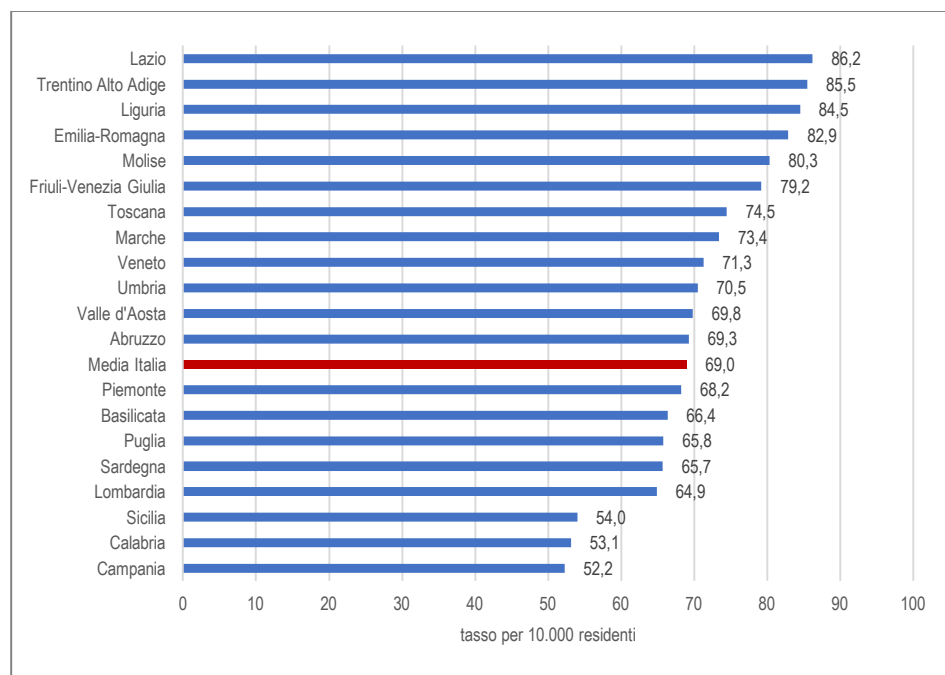
media italiana si attesta a 69 infermieri ogni 10.000 residenti, ma il dato nasconde differenze significative tra le regioni. I valori più elevati si registrano nel Lazio e nel Trentino-Alto Adige, rispettivamente con 86,2 e 85,5 infermieri ogni 10.000 residenti, seguiti da Liguria ed Emilia-Romagna, entrambe ampiamente al di sopra della media nazionale.

Al contrario, le regioni del Mezzogiorno presentano in diversi casi una dotazione infermieristica più contenuta. In particolare, Campania, Calabria e Sicilia registrano i valori più bassi, pari rispettivamente a 52,2, 53,1 e 54,0 infermieri ogni 10.000 residenti. Anche Lombardia, Sardegna, Puglia e Basilicata si collocano al di sotto della media italiana, seppure con scarti meno accentuati (grafico 2).

Questa distribuzione evidenzia una possibile disomogeneità nella capacità dei sistemi sanitari regionali di disporre di personale infermieristico adeguato rispetto alla popolazione residente. Le differenze territoriali possono incidere sull'organizzazione dell'assistenza, sui carichi di lavoro e sulla capacità di garantire servizi omogenei sul territorio nazionale. Tuttavia, anche in questo caso il dato va interpretato con prudenza, poiché la dotazione di infermieri può risentire non solo del numero di professionisti disponibili, ma anche dell'organizzazione dei servizi, della mobilità sanitaria, e della diversa composizione demografica e assistenziale delle regioni.

GRAFICO 2

Infermieri attivi nelle regioni italiane (2023)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (2026).



A completamento del quadro riferito al 2023, un'indicazione più aggiornata sulla consistenza della platea professionale è fornita dall'Albo unico nazionale gestito dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI). Al 30 giugno 2026 risultano iscritti complessivamente 464.193 professionisti.

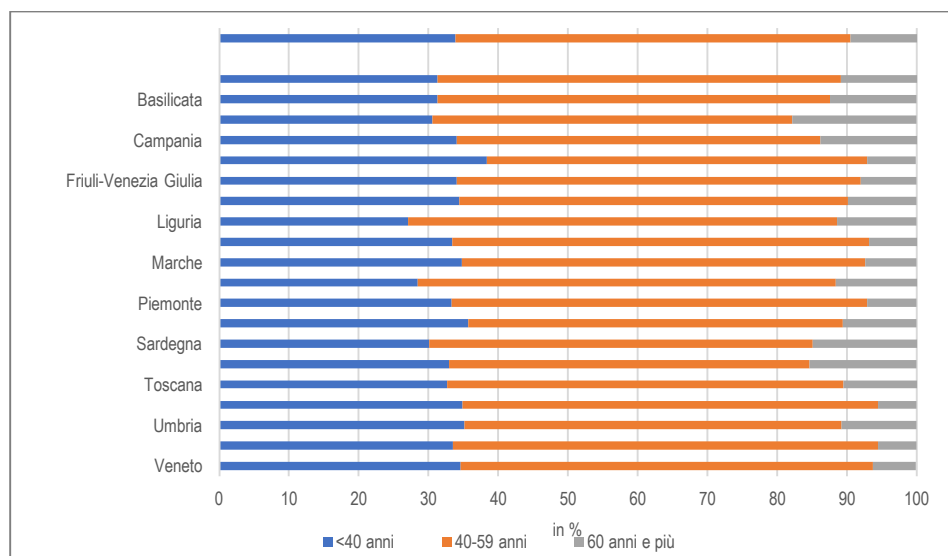
La composizione per età della forza lavoro infermieristica aggiunge un ulteriore elemento di valutazione al quadro finora delineato. Il grafico 3 mostra come la maggior parte degli infermieri attivi in Italia si concentri tra i 40-59 anni, fascia prevalente del personale in quasi tutte le regioni. A livello nazionale, gli infermieri con meno di 40 anni costituiscono circa un terzo del totale, mentre la quota di professionisti con 60 anni e più risulta più contenuta, ma comunque rilevante in prospettiva.

Anche in questo caso emergono differenze territoriali. Alcune regioni presentano una quota relativamente più elevata di infermieri giovani, mentre altre mostrano una maggiore incidenza delle fasce di età più avanzate. La presenza di una componente significativa di personale prossimo all'età pensionabile può accentuare, nel medio periodo, il rischio di carenze di organico, soprattutto nei territori che già oggi registrano una dotazione infermieristica inferiore alla media nazionale.

Nel complesso, il confronto per età conferma che il tema della forza lavoro infermieristica non riguarda solo la disponibilità attuale di personale, ma anche la programmazione futura. Diventa quindi essenziale rafforzare le politiche di reclutamento, formazione e permanenza nella professione, così da garantire continuità assistenziale e capacità di risposta del sistema sanitario anche nei prossimi anni.

GRAFICO 3

Infermieri attivi nelle regioni italiane, per fascia d'età (2023)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (2026)



Il grafico 4 completa il quadro sulla struttura anagrafica della forza lavoro infermieristica, mostrando l'età media degli infermieri attivi nelle diverse regioni italiane nel 2023. A livello nazionale, l'età media si attesta intorno ai 45 anni, confermando la presenza di una forza lavoro prevalentemente collocata nelle fasce centrali della vita professionale.

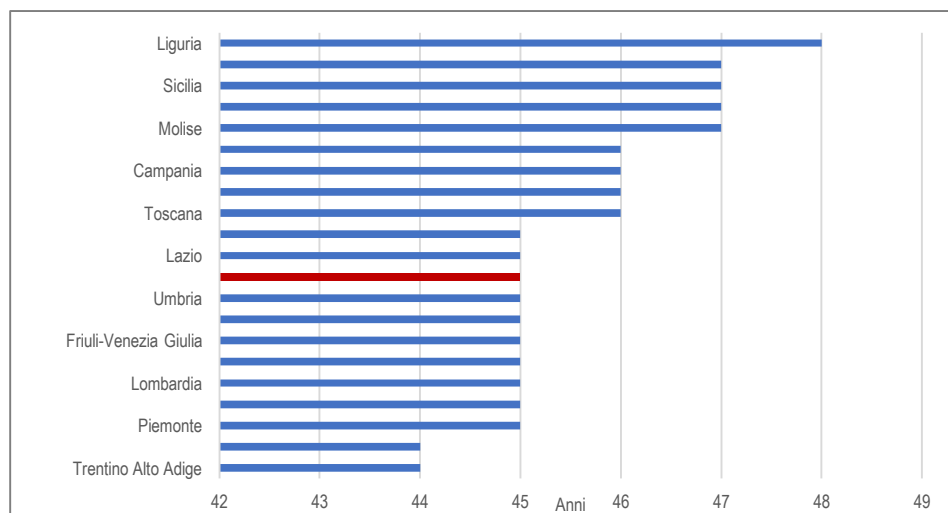
Le differenze territoriali appaiono nel complesso contenute, ma comunque significative. La Liguria registra il valore più elevato, con un'età media pari a 48 anni, seguita da Sardegna, Sicilia, Calabria e Molise, tutte intorno ai 47 anni.

All'estremo opposto, Emilia-Romagna e Trentino-Alto Adige mostrano l'età media più bassa, pari a circa 44 anni, segnalando una composizione leggermente più giovane della forza lavoro infermieristica. La maggior parte delle regioni si colloca invece intorno alla media nazionale, con valori compresi tra 45 e 46 anni.

Nel complesso, il dato non evidenzia divari particolarmente marcati tra i territori, ma richiama comunque un aspetto rilevante ai fini della programmazione sanitaria. Anche nelle regioni in cui la dotazione complessiva di infermieri risulta relativamente adeguata, il profilo anagrafico della forza lavoro può incidere sulla sostenibilità futura degli organici, soprattutto in relazione ai pensionamenti attesi e alla capacità di garantire un adeguato ricambio generazionale.

GRAFICO 4

Età media degli infermieri attivi, per regione (2023)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (2026).

La distribuzione degli infermieri attivi per settore di lavoro (grafico 5) evidenzia una netta prevalenza dell'impiego nel settore pubblico, che a livello nazionale rappresenta circa tre quarti del totale. Il settore privato, pur avendo un peso minoritario – conta 109.199 infermieri –, assume comunque un ruolo non trascurabile, con una quota pari a circa un quarto degli infermieri attivi.

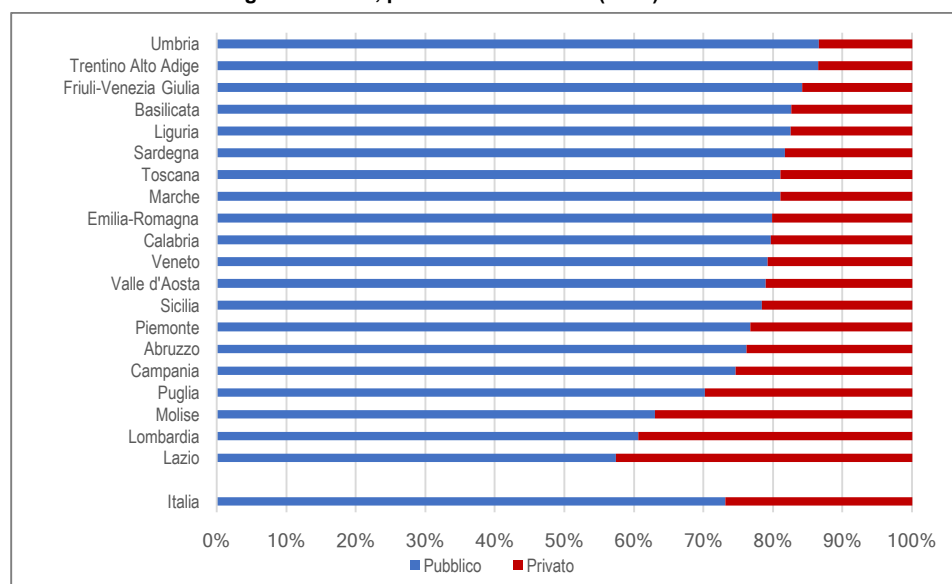


Anche sotto questo profilo emergono differenze territoriali significative. In alcune regioni, come Umbria, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Liguria, la presenza degli infermieri nel settore pubblico risulta particolarmente elevata, superando ampiamente l'80% del totale. In questi territori, dunque, la forza lavoro infermieristica appare fortemente concentrata all'interno del servizio sanitario pubblico.

Al contrario, in regioni come Lazio e Lombardia, il peso del settore privato è più consistente. In particolare, il Lazio presenta la quota più elevata di infermieri impiegati nel privato, segnalando una maggiore articolazione dell'offerta sanitaria tra componente pubblica e privata. Anche la Lombardia mostra una presenza rilevante del settore privato, coerente con un sistema sanitario regionale caratterizzato da un ruolo importante degli erogatori privati accreditati.

GRAFICO 5

Infermieri attivi nelle regioni italiane, per settore di lavoro (2023)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (2026).



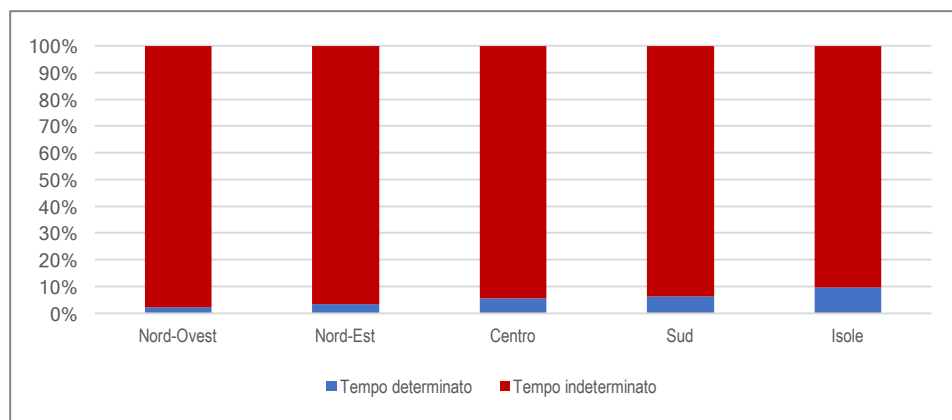
Nel complesso, il dato conferma che la disponibilità di personale infermieristico non dipende soltanto dal numero complessivo di professionisti attivi, ma anche dalla loro allocazione tra settore pubblico e privato e dalla capacità del Servizio sanitario nazionale di trattenere il personale. Questo aspetto è particolarmente rilevante per la programmazione sanitaria, poiché la fuoriuscita di infermieri dal pubblico può incidere sulla continuità assistenziale, sulla copertura dei turni, sul rafforzamento dei servizi territoriali e, più in generale, sulla capacità di risposta ai bisogni della popolazione.

La tipologia contrattuale rappresenta un ulteriore elemento utile per valutare la solidità della forza lavoro infermieristica. Non conta, infatti, soltanto il numero di professionisti disponibili, ma anche la stabilità dei rapporti di lavoro attraverso cui essi sono impiegati nel sistema sanitario.

Nel caso degli infermieri dipendenti, il cui numero complessivo – come riportato dall'Istat nell'ultima pubblicazione relativa ai professionisti sanitari – ammonta a 391.192, emerge una netta prevalenza dei rapporti a tempo indeterminato sia nel settore pubblico sia nel settore privato e in tutte le aree del Paese. La quota di contratti a tempo determinato resta contenuta, pur mostrando alcune differenze territoriali: appare più bassa nelle aree del Nord e tende invece ad aumentare nel Centro, nel Sud e soprattutto nelle Isole (grafico 6). Questo andamento, che mostra una maggiore incidenza di forme contrattuali temporanee nelle aree meridionali e insulari, potrebbe riflettere differenti modalità di reclutamento, fabbisogni organizzativi più variabili o maggiori difficoltà nella stabilizzazione del personale, fattori che potrebbero incidere sulla continuità organizzativa, sulla fidelizzazione del personale e sulla capacità delle strutture sanitarie di pianificare nel medio periodo l'offerta assistenziale.

GRAFICO 6

Infermieri attivi con rapporto di lavoro dipendente sia nel settore pubblico sia nel settore privato, per tipologia contrattuale (2023)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (2026).



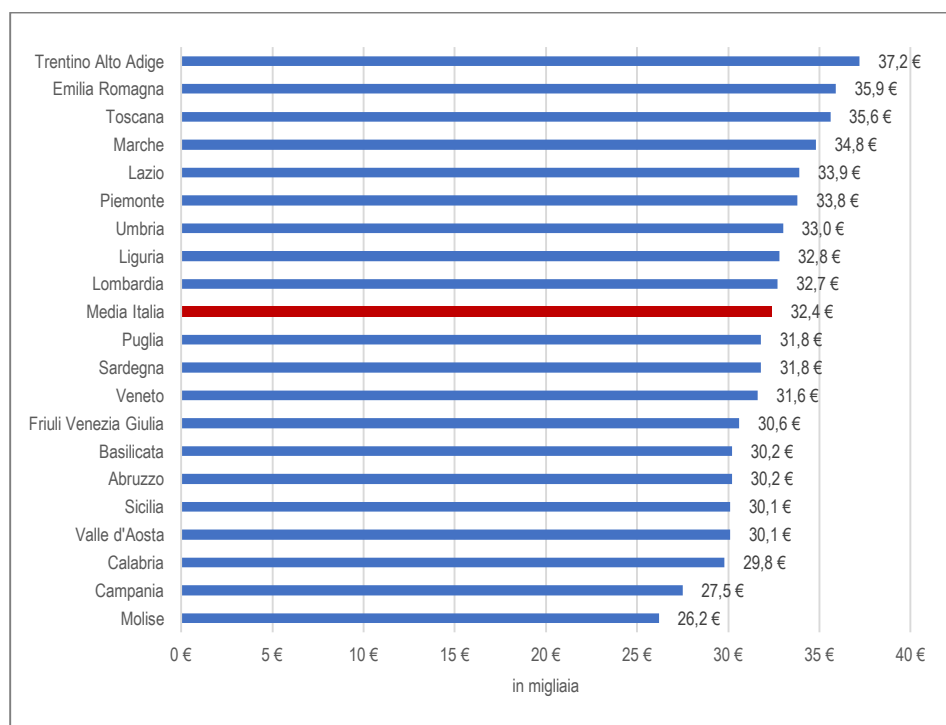
La dimensione retributiva rappresenta un ulteriore aspetto centrale per comprendere l'attrattività della professione e la capacità del sistema sanitario di trattenere il personale. Lo stipendio medio, infatti, incide non solo sulle condizioni economiche dei professionisti, ma anche sulla motivazione, sulla permanenza nel servizio e sulla competitività del settore rispetto ad altri mercati del lavoro.

A livello nazionale, lo stipendio medio della professione infermieristica si attesta a circa 32,4mila euro, con differenze territoriali non trascurabili. Alcune regioni si collocano al di sopra della media italiana, con valori più elevati in Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Toscana e Marche. In particolare, il Trentino-Alto Adige registra il valore più alto, pari a 37,2mila euro, seguito da Emilia-Romagna e Toscana, entrambe sopra i 35mila euro.

Al contrario, le retribuzioni più basse si osservano in Molise, Campania e Calabria, dove lo stipendio medio risulta sensibilmente inferiore alla media nazionale (grafico 7).

GRAFICO 7

Stipendio medio della professione infermieristica



Fonte: FNOPI-SANT'ANNA, Rapporto professioni infermieristiche (2025).

Tuttavia, anche il dato medio nazionale rimane sensibilmente inferiore rispetto alla media Ocse del personale infermieristico, pari a circa 39,8mila euro.



Questo divario evidenzia una distanza significativa tra le retribuzioni degli infermieri italiani e quelle dei colleghi di altri paesi sviluppati, a fronte di responsabilità professionali, carichi assistenziali e rischi lavorativi comparabili².

La questione salariale assume quindi un rilievo non solo economico, ma anche strategico, perché può incidere sull'attrattività della professione, sulla capacità di trattenere il personale nel Servizio sanitario nazionale e sulla propensione dei professionisti a cercare opportunità di lavoro all'estero.

Nel complesso, le differenze retributive tra territori e il divario rispetto al benchmark internazionale suggeriscono la necessità di considerare il tema salariale come parte integrante della programmazione della forza lavoro infermieristica. Livelli retributivi meno competitivi sembrano contribuire ad alimentare fenomeni di mobilità professionale e territoriale, rendendo più difficili reclutamento, *retention* e valorizzazione del personale infermieristico.

Gli infermieri liberi professionisti

Gli infermieri liberi professionisti costituiscono una componente sempre più rilevante del mercato del lavoro sanitario, soprattutto alla luce della crescente domanda di prestazioni domiciliari, territoriali e socio-sanitarie. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la necessità di garantire maggiore continuità assistenziale rendono, infatti, sempre più centrale il contributo di professionisti in grado di operare anche al di fuori dei tradizionali setting assistenziali. La libera professione infermieristica intercetta bisogni di cura spesso complementari rispetto a quelli coperti dal servizio pubblico e può contribuire a rafforzare la capacità di risposta del sistema, in particolare nella presa in carico di pazienti cronici, anziani, fragili o non autosufficienti. Allo stesso tempo, questa componente della forza lavoro pone questioni specifiche in termini di regolazione, tutele, qualità delle prestazioni e stabilità delle opportunità professionali.

Analizzare gli infermieri liberi professionisti consente quindi di osservare una parte della forza lavoro realmente disponibile sul mercato, ma non sempre pienamente integrata nei percorsi ordinari di programmazione sanitaria. Il tema non riguarda soltanto il numero di professionisti attivi, ma anche le condizioni in cui essi operano e la capacità del sistema di valorizzarne il contributo in modo stabile, trasparente e sostenibile.

La distribuzione territoriale dei liberi professionisti "puri", rapportata alla popolazione residente, mostra una presenza non omogenea sul territorio nazionale. Il valore più elevato si registra in Valle d'Aosta, seguita da Lombardia, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia. Si tratta di regioni in cui la libera professione infermieristica appare più diffusa in rapporto alla popolazione, segnalando una maggiore disponibilità di professionisti autonomi sul mercato (grafico 8).

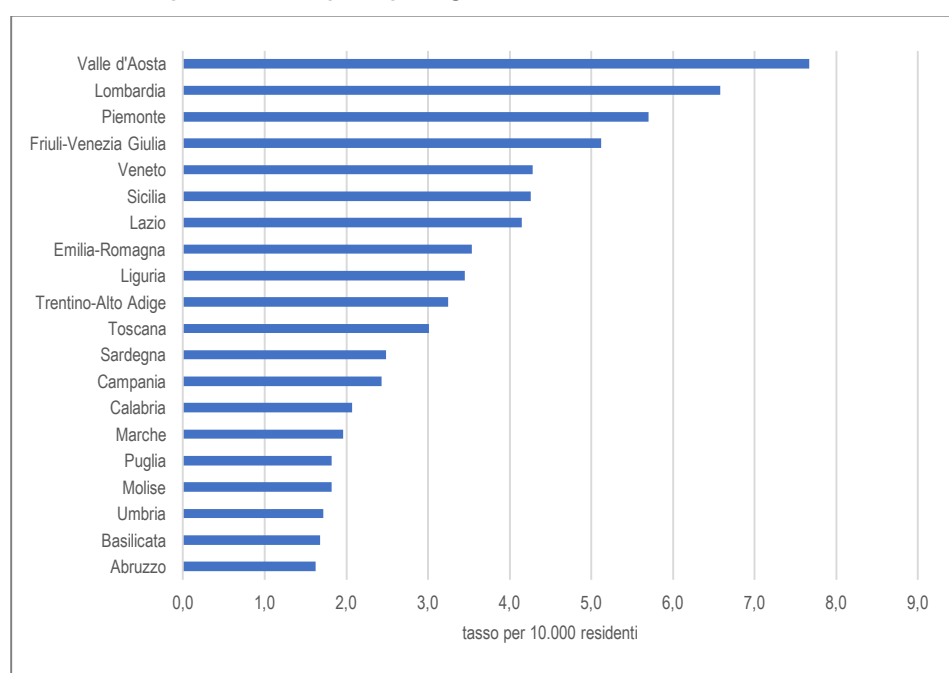
² Fnopi in collaborazione con Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, "Rapporto sulle professioni infermieristiche", 2025.



Nel complesso, il dato conferma che la libera professione infermieristica “pura” non è distribuita uniformemente, ma tende a svilupparsi maggiormente nei contesti in cui esistono condizioni più favorevoli di domanda privata, assistenza domiciliare, servizi territoriali e opportunità professionali autonome. Proprio per questo, la disponibilità di infermieri liberi professionisti non può essere letta soltanto come una riserva flessibile di personale a cui ricorrere in caso di carenze. Al contrario, per valorizzare realmente questa forza lavoro è necessario garantire condizioni contrattuali più definite, compensi equi, tutele adeguate e opportunità professionali strutturate. In assenza di tali elementi, il rischio è che la libera professione venga utilizzata come risposta emergenziale o frammentata ai bisogni del sistema, senza offrire ai professionisti stabilità, riconoscimento e prospettive di crescita.

GRAFICO 8

Infermieri liberi professionisti “puri”, per regione



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati ENPAPI (2026) e Istat.

Inoltre, l'analisi sugli infermieri liberi professionisti consente di cogliere un ulteriore aspetto: la presenza di professionisti che, pur svolgendo attività libero-professionale, risultano impegnati anche in un rapporto di lavoro dipendente. Nel complesso, si contano 5.306 infermieri liberi professionisti con doppia attività (inclusi quelli iscritti presso l'ordine delle professioni infermieristiche estero), a fronte di 23.956 professionisti definiti “puri”. Ciò significa che circa un quinto degli infermieri liberi professionisti considerati affianca l'attività autonoma a un impiego dipendente.

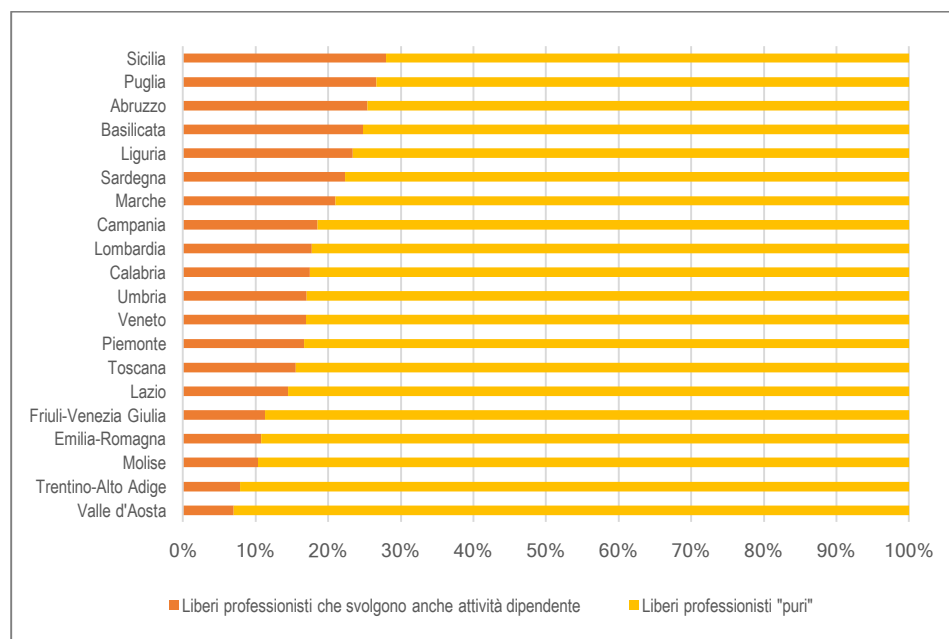


Il dato suggerisce che la libera professione non sempre rappresenta una scelta esclusiva o alternativa al lavoro subordinato. Al contrario, per una parte dei professionisti essa si combina con il lavoro dipendente, probabilmente per rispondere a esigenze di maggiore stabilità economica e tutele contrattuali.

Pur restando minoritaria rispetto alla componente dei liberi professionisti considerati puri, la doppia attività assume un peso più significativo in Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata. In questi contesti, la combinazione tra libera professione e lavoro dipendente può indicare l'esigenza di rafforzare la stabilità reddituale, garantire maggiore continuità occupazionale e diversificare le opportunità professionali. Al contrario, in Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Molise, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia la quota di professionisti con doppia attività risulta più contenuta, indicando una maggiore prevalenza dell'esercizio libero-professionale esclusivo.

GRAFICO 9

Infermieri liberi professionisti: quota di professionisti puri e con doppia attività, per regione



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati ENPAPI (2026).

La distribuzione per sesso degli infermieri liberi professionisti che svolgono anche attività dipendente evidenzia una prevalenza femminile nella maggior parte delle regioni, coerente con la composizione tradizionalmente femminile della professione infermieristica.

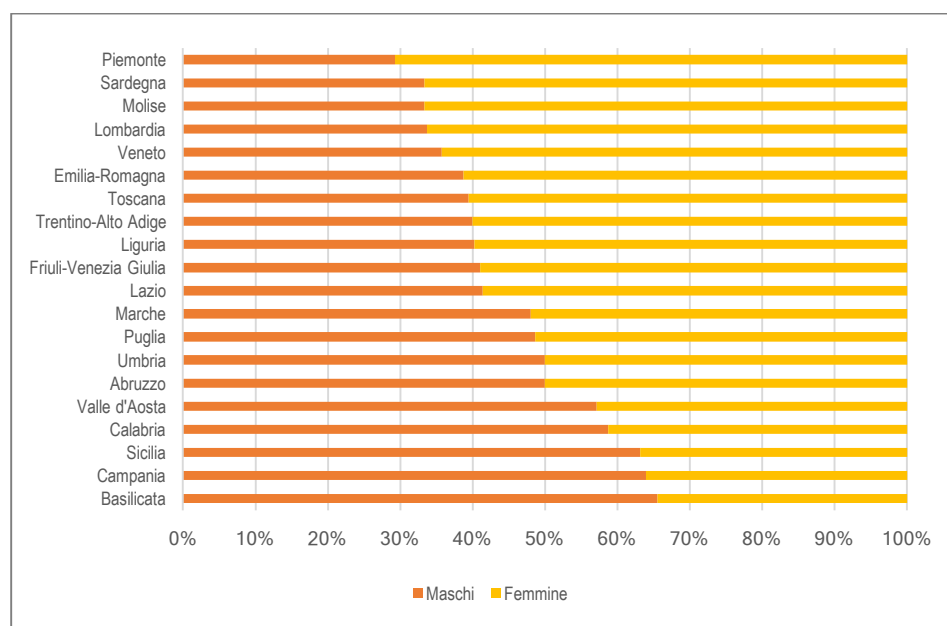
Tuttavia, emergono differenze territoriali significative. In alcune regioni, come Piemonte, Sardegna, Molise, Lombardia e Veneto, la componente

femminile rappresenta oltre la metà dei professionisti con doppia attività, con quote particolarmente elevate. Al contrario, in Basilicata, Campania, Sicilia, Calabria e Valle d'Aosta il peso della componente maschile risulta più elevato, arrivando in alcuni casi a superare quello femminile.

Nel complesso, il dato suggerisce che la doppia attività non presenta una distribuzione uniforme né sul piano territoriale né rispetto al genere. Le differenze osservate possono riflettere specifiche caratteristiche dei mercati del lavoro regionali, diverse opportunità di impiego e strategie individuali di integrazione tra libera professione e lavoro dipendente.

GRAFICO 10

Infermieri liberi professionisti che svolgono anche attività dipendente, per sesso e regione



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati ENPAPI (2026).

Infermieri italiani all'estero

Negli ultimi anni, un numero crescente di professionisti ha scelto di cercare opportunità lavorative all'estero, attratti da condizioni economiche più favorevoli, maggiori prospettive di carriera, percorsi di valorizzazione professionale strutturati e, in alcuni casi, carichi di lavoro percepiti come più sostenibili.

La scelta di trasferirsi fuori dal nostro Paese non può essere letta esclusivamente come una decisione individuale, in quanto riflette limiti del sistema nel trattenere e valorizzare il personale infermieristico italiano. Retribuzioni meno competitive rispetto ad altri paesi europei, limitate possibilità



di avanzamento professionale, elevata pressione organizzativa e difficoltà nel riconoscimento pieno delle competenze possono contribuire a rendere l'esperienza all'estero una prospettiva più attrattiva.

Il fenomeno assume particolare rilievo in un contesto in cui il sistema sanitario italiano registra già criticità legate alla dotazione di personale, al ricambio generazionale e alla crescente domanda di assistenza. La fuoriuscita di infermieri verso altri paesi rischia di accentuare le carenze esistenti, riducendo ulteriormente la capacità di garantire continuità assistenziale e qualità dei servizi.

Analizzare la presenza degli infermieri italiani all'estero consente quindi di osservare il tema della professione infermieristica da una prospettiva più ampia: non solo come questione di fabbisogno interno, ma anche come problema di riconoscimento, competitività – e quindi di attrattività – del Sistema sanitario nazionale nel mercato internazionale del lavoro sanitario.

La dinamica degli infermieri italiani all'estero mostra una crescita graduale nel periodo 2022-2025. Il numero passa da circa 5.725 unità nel 2022 a 5.770 nel 2025, con un incremento complessivo contenuto ma costante. La variazione più marcata si osserva tra il 2024 e il 2025, quando il dato cresce da circa 5.750 a 5.770 infermieri (grafico 11).

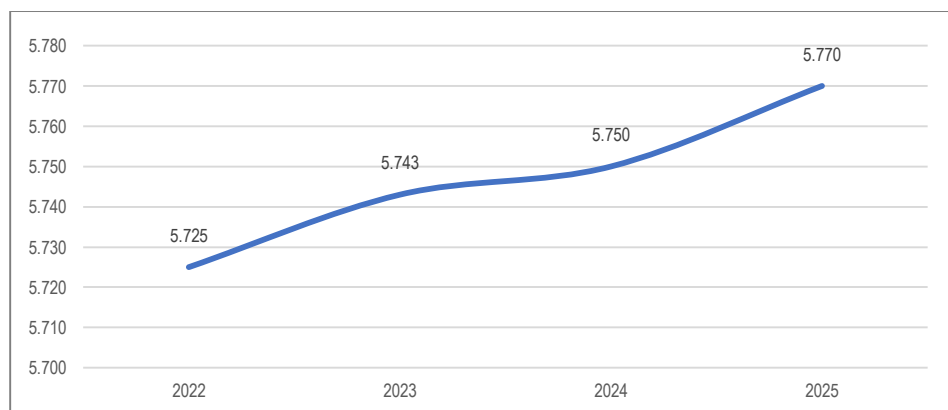
Il dato, tuttavia, deve essere interpretato con cautela, poiché potrebbe non cogliere integralmente la dimensione della mobilità professionale verso l'estero. Le stesse indicazioni metodologiche dell'OECD Health Statistics evidenziano che, ove possibile, i dati dovrebbero riferirsi agli infermieri effettivamente praticanti ma, in assenza di questa informazione, possono essere utilizzati anche dati relativi agli infermieri professionalmente attivi o semplicemente abilitati all'esercizio della professione.

Il numero di infermieri italiani all'estero, inoltre, potrebbe risultare sottostimato nella misura in cui non intercetta pienamente anche trasferimenti temporanei, contratti di breve durata, esperienze professionali non stabilizzate o situazioni non tempestivamente aggiornate nei registri professionali. Al tempo stesso, la diversa metodologia adottata dai paesi di destinazione rende complessa una comparazione omogenea del fenomeno.

Un esempio utile per comprendere questi limiti metodologici è rappresentato dalla Svizzera. Nelle statistiche Ocse, infatti, lo stock di infermieri formati all'estero in Svizzera si basa sui dati del Federal Statistical Office relativi al personale impiegato negli ospedali. La stessa nota metodologica precisa che tali valori non sono rappresentativi dell'intero sistema sanitario, poiché non includono pienamente gli infermieri impiegati in case di cura, assistenza domiciliare o altri servizi ambulatoriali, dove la presenza di personale formato all'estero potrebbe essere diversa. Inoltre, molti ospedali non compilano il questionario relativo al paese in cui è stata conseguita la qualifica professionale, riducendo ulteriormente la completezza dell'informazione.

GRAFICO 11

Numero infermieri italiani all'estero (2022-2025)



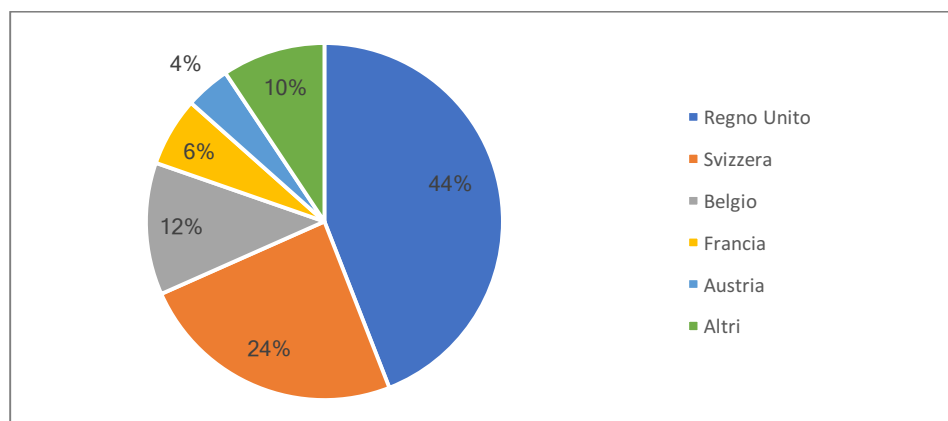
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ocse (2025).

Sebbene la crescita appaia moderata, essa rafforza il tema della capacità del Sistema sanitario nazionale di trattenere e valorizzare i propri professionisti, soprattutto in presenza di condizioni retributive, organizzative e di carriera percepite come più favorevoli in altri paesi.

La distribuzione per paese di destinazione mostra una forte concentrazione della mobilità degli infermieri italiani verso pochi mercati esteri. Nel 2025, il Regno Unito rappresenta la principale destinazione, accogliendo il 44% degli infermieri italiani all'estero. Seguono la Svizzera, con il 24%, e il Belgio, con il 12%. Quote più contenute si registrano invece per Francia e Austria, rispettivamente pari al 6% e al 4%, mentre il restante 10% si distribuisce tra altri paesi.

GRAFICO 12

I principali paesi di destinazione degli infermieri italiani (in %; 2025)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ocse (2025).



Il dato evidenzia come la mobilità internazionale degli infermieri italiani sia orientata prevalentemente verso sistemi sanitari caratterizzati da una domanda elevata di personale, condizioni retributive più competitive e, in alcuni casi, maggiori opportunità di valorizzazione professionale. Il peso del Regno Unito conferma la centralità storica di questo mercato per il reclutamento di professionisti sanitari stranieri, mentre la rilevanza della Svizzera appare coerente sia con la prossimità geografica sia con l'attrattiva delle condizioni economiche e lavorative.

La presenza significativa della Svizzera va, tuttavia, letta anche alla luce delle cautele metodologiche già richiamate. Le statistiche disponibili possono non intercettare pienamente tutte le forme di mobilità, soprattutto quelle temporanee, frontaliere o legate a specifici settori dell'assistenza. Di conseguenza, il peso effettivo di alcuni paesi di destinazione potrebbe risultare diverso da quello rilevato, e in particolare la presenza di infermieri italiani in Svizzera potrebbe essere parzialmente sottostimata.

Nel complesso, il grafico 12 conferma che l'emigrazione infermieristica italiana non è distribuita in modo uniforme, ma si concentra verso paesi in apparenza più attrattivi sotto il profilo economico, professionale e organizzativo. Questo rafforza il tema della carente competitività del Sistema sanitario italiano nel trattenere personale qualificato, soprattutto in presenza di fabbisogni crescenti e di difficoltà di reclutamento.

Infermieri con formazione estera

Durante la pandemia da Covid-19, per rispondere alla grave carenza di personale sanitario, l'Italia ha introdotto una disciplina emergenziale che ha consentito ai professionisti formati all'estero di esercitare temporaneamente sul territorio nazionale senza completare l'ordinaria procedura di riconoscimento del titolo professionale. Tale regime derogatorio, inizialmente giustificato dalla necessità di rafforzare rapidamente gli organici durante l'emergenza sanitaria, è stato successivamente prorogato, assumendo progressivamente le caratteristiche di uno strumento strutturale di reclutamento della forza lavoro.

Questa modalità ha favorito il rapido inserimento di personale straniero nei servizi sanitari, ma ha anche sollevato interrogativi in merito alla verifica uniforme della formazione, delle competenze professionali, della conoscenza della lingua italiana e del rispetto degli obblighi deontologici e formativi.

In tale contesto, la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) ha chiesto il superamento anticipato del regime derogatorio, la cui scadenza è prevista nel 2027, e l'istituzione di elenchi specifici nei quali registrare gli infermieri autorizzati temporaneamente all'esercizio della professione. Secondo la Federazione, tali elenchi consentirebbero agli Ordini professionali di monitorare in modo sistematico i titoli posseduti, le competenze, la conoscenza linguistica, l'osservanza del Codice deontologico e l'adempimento



degli obblighi di aggiornamento, contribuendo così a tutelare sia i professionisti sia la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza. La questione assume particolare rilievo considerando che, secondo le stime richiamate dalla FNOPI, alla fine del 2025 operavano in Italia quasi 20.000 infermieri ammessi all'esercizio attraverso procedure derogatorie³.

Un caso particolarmente significativo è rappresentato dal Piemonte⁴. Tra marzo 2020 e maggio 2026 sono entrati nella regione 2.183 infermieri mediante procedure di autorizzazione temporanea, a fronte dei 1.439 infermieri stranieri iscritti agli Albi professionali piemontesi nei trent'anni precedenti. Il confronto mostra non soltanto la forte accelerazione quantitativa prodotta dalla normativa emergenziale, ma anche una profonda trasformazione della provenienza geografica dei professionisti. I professionisti europei sono diminuiti dall'86,1% tra gli infermieri storicamente registrati al 39,4% tra i professionisti temporaneamente autorizzati mentre sono aumentati in misura consistente gli ingressi dall'Africa, dall'Asia e dall'America meridionale. Gli incrementi più rilevanti hanno riguardato, in particolare, Tunisia, India e Brasile. Parallelamente, il numero delle deliberazioni regionali di autorizzazione è cresciuto progressivamente, soprattutto dopo la trasformazione della misura emergenziale in una risposta più stabile alla carenza di personale.

L'esperienza piemontese evidenzia quindi come le procedure temporanee abbiano modificato in modo sostanziale i modelli di migrazione internazionale degli infermieri, ampliando le aree geografiche di reclutamento e rafforzando il ruolo dei paesi extraeuropei. Questa evoluzione pone tuttavia criticità organizzative, professionali ed etiche, legate alla trasparenza delle attività svolte dalle agenzie di reclutamento e dagli intermediari, all'effettiva valutazione delle qualifiche, alla conoscenza della lingua italiana, all'inserimento nelle équipe assistenziali e al rischio che i lavoratori stranieri siano esposti a condizioni contrattuali svantaggiose o a forme di sfruttamento.

Anche i dati forniti dalla Liguria confermano la rilevanza assunta dalle procedure temporanee, mettendo tuttavia in evidenza i limiti informativi degli elenchi regionali. Al 10 maggio 2026 risultavano complessivamente 1.017 infermieri con titolo acquisito all'estero iscritti nell'Elenco regionale ligure per l'esercizio temporaneo delle professioni sanitarie, di cui 51 iscritti nel corso del 2026.

Il dato riguarda esclusivamente le istanze ricevute e autorizzate perché corredate della documentazione necessaria e non costituisce, pertanto, una fotografia precisa del numero di professionisti effettivamente occupati nella regione. Gli iscritti potrebbero infatti non esercitare la professione, lavorare al di

³ <https://panoramadellasanita.it/site/infermieri-dallestero-in-deroga-fnopi-servono-elenchi-speciali-per-garantire-competenze-e-unassistenza-di-qualita/> (ultima consultazione: 13 luglio 2026)

⁴ Ivan Buffalo, Elena Casabona, "Importazione di infermieri con riconoscimento in deroga in Piemonte: evoluzione dei flussi migratori e trasformazione del mercato del lavoro sanitario" (2020-2026), 2026



fuori del territorio ligure oppure avere successivamente ottenuto il riconoscimento ordinario del titolo da parte del Ministero competente senza essere stati ancora esclusi dal conteggio dell'elenco temporaneo.

I casi del Piemonte e della Liguria mostrano quindi sia la dimensione crescente del fenomeno sia la difficoltà di ricostruire il numero effettivo degli infermieri stranieri operativi nei servizi sanitari. Gli elenchi regionali registrano principalmente le autorizzazioni concesse, ma non sempre consentono di verificare se il professionista abbia effettivamente iniziato a lavorare, in quale struttura sia impiegato, con quale rapporto contrattuale e per quanto tempo rimanga sul territorio. Ne deriva che i dati regionali non sono comparabili e non possono essere sommati automaticamente per ottenere una stima nazionale.

A queste criticità si aggiunge la carenza di dati pubblici, aggiornati e omogenei. Come evidenziato dall'Ordine dei medici di Milano⁵, non esiste un sistema nazionale che consenta di conoscere con precisione quanti medici, infermieri e altri operatori sanitari lavorino attraverso il regime derogatorio, quali titoli possiedano, in quali strutture e reparti siano impiegati, quali verifiche abbiano completato e quali cooperative o agenzie ne gestiscano il reclutamento e i rapporti contrattuali.

Il vuoto informativo rappresenta, esso stesso, un fattore di rischio. Senza registri completi e costantemente aggiornati non è possibile verificare sistematicamente chi operi nei servizi sanitari, con quali qualifiche, in quali contesti e con quali competenze certificate. Diventa inoltre più difficile controllare la trasparenza dei canali di reclutamento, ricostruire il ruolo delle agenzie e delle cooperative, prevenire condizioni contrattuali svantaggiose o forme di sfruttamento e garantire standard assistenziali omogenei. In questa prospettiva, la proposta della FNOPI di istituire elenchi dedicati assumerebbe non soltanto una funzione ordinistica, ma anche un'importante funzione di monitoraggio nazionale, permettendo di distinguere tra professionisti autorizzati, effettivamente occupati, successivamente riconosciuti dal Ministero o non più operativi attraverso la deroga.

Il reclutamento internazionale può rappresentare una risposta utile a carenze contingenti e particolarmente acute, ma non può sostituire una politica di lungo periodo per la professione infermieristica. La sostenibilità del sistema richiede interventi strutturali finalizzati a migliorare le retribuzioni, le condizioni di lavoro, le opportunità di carriera, la formazione e l'attrattività complessiva della professione in Italia. Parallelamente, l'ingresso di personale formato all'estero dovrebbe avvenire attraverso procedure trasparenti, omogenee e verificabili, capaci di tutelare i lavoratori e di garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza sanitaria.

⁵ <https://omceomi.it/2025/12/10/comunicato-stampa-ordine-dei-medici-milano-cancellare-subito-la-deroga-covid-sui-professionisti-stranieri/28827/> (ultima consultazione: 13 luglio 2026)



Post-pandemia e riorganizzazione dell'assistenza territoriale: il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità

L'emergenza Covid-19 ha reso evidente la necessità di rafforzare l'assistenza territoriale e di superare un modello sanitario prevalentemente centrato sull'ospedale. La pandemia ha mostrato, infatti, quanto sia strategica la capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni di salute, seguire i pazienti nei luoghi di vita quotidiana e garantire continuità assistenziale, soprattutto per anziani, persone fragili, pazienti cronici e soggetti con comorbidità. In questa prospettiva si colloca la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Dm 77/2022⁶, orientata al rafforzamento delle reti territoriali integrate.

In questo nuovo assetto, il Distretto assume una funzione strategica quale articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale sul territorio. Esso rappresenta il principale ambito di gestione e coordinamento della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, con l'obiettivo di garantire una risposta integrata, continuativa e omogenea ai bisogni della popolazione. L'obiettivo della riforma è quindi costruire una sanità più vicina alle persone, capace di intercettare precocemente i bisogni, favorire la presa in carico e garantire continuità tra ospedale, territorio e domicilio.

All'interno di questa architettura, l'infermiere di famiglia o comunità (IFoC) rappresenta una delle figure chiave. È il professionista di riferimento per l'assistenza infermieristica nei diversi livelli di complessità e opera in collaborazione con gli altri professionisti presenti nella comunità. Il suo ruolo non si limita all'erogazione di cure assistenziali, ma comprende l'interazione con le risorse formali e informali del territorio, la lettura dei bisogni attuali o potenziali della popolazione e il raccordo tra servizi, famiglie e comunità.

La centralità dell'infermiere di famiglia e comunità va letta anche in relazione agli altri punti chiave della riforma territoriale. Le Case della Comunità – in particolare quelle Hub aperte fino a 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 – costituiscono il punto fisico di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari di prossimità. Le Centrali Operative Territoriali svolgono invece una funzione di coordinamento della presa in carico, raccordando professionisti e setting assistenziali diversi: territorio, ospedale, servizi sociosanitari e rete dell'emergenza-urgenza. A queste si affiancano la Centrale operativa 116117 per le cure mediche non urgenti, le Unità

⁶ Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"



di Continuità Assistenziale, gli Ospedali di Comunità, l'assistenza domiciliare, la rete delle cure palliative, i consultori e la telemedicina⁷.

In tale contesto, l'infermiere di famiglia e comunità può agire come figura di connessione tra i diversi servizi. Può contribuire alla continuità ospedale-territorio, al monitoraggio dei pazienti cronici e fragili, alla promozione dell'aderenza terapeutica, alla formazione dei caregiver e alla prevenzione del peggioramento delle condizioni cliniche. Il suo contributo è particolarmente rilevante nell'assistenza domiciliare, dove trattamenti infermieristici, riabilitativi, diagnostici e di supporto sono rivolti soprattutto a persone non autosufficienti, fragili o con bisogni assistenziali complessi.

Dal punto di vista organizzativo, l'IFoC è un dipendente del Servizio sanitario regionale che afferisce al Distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, operando all'interno delle principali articolazioni della nuova assistenza territoriale: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale. Le Linee di indirizzo AGENAS sottolineano la necessità di superare il modello prevalentemente prestazionale che ha storicamente caratterizzato l'attività infermieristica nei servizi territoriali, affinché l'IFoC svolga una funzione integrata e aggiuntiva, fondata su prossimità, iniziativa e continuità della presa in carico.

Un elemento qualificante del modello è la costruzione di équipe multiprofessionali stabili, basate sulla condivisione di un medesimo bacino di utenti, definito secondo criteri geografici e coerente con le caratteristiche sociali ed epidemiologiche della comunità di riferimento. In questo quadro, l'IFoC opera in raccordo con gli altri professionisti del territorio, in particolare con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, diventando un punto di riferimento per la popolazione assistita. Per rendere effettiva questa integrazione, è necessario definire percorsi condivisi, ruoli specifici e modalità strutturate di collaborazione con i servizi esistenti, valorizzando funzioni come il *case management*, il *disease management* e il monitoraggio anche attraverso strumenti digitali⁸.

Lo standard previsto dal Dm 77/2022 è pari a 1 infermiere di famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti, con possibilità di adattamento in base alle caratteristiche dei territori, come aree interne, isole, comunità montane o zone metropolitane ad alta densità abitativa. Tuttavia, le stesse Linee di indirizzo evidenziano un ritardo rilevante nell'implementazione: al 25 giugno 2021 risultavano effettivamente inseriti nei servizi circa 1.380 infermieri di famiglia o comunità, a fronte dei 9.552 previsti dal legislatore, con una distribuzione disomogenea sul territorio nazionale.

Questo elemento è confermato anche dall'indagine esplorativa di Martini *et al.*, pubblicata nel 2021 su *Assistenza Infermieristica e Ricerca*⁹. Lo studio, basato

⁷ <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/nuova-assistenza-distrettuale/riforma-dellassistenza-territoriale/>

⁸ Agenas, Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità, 2023 - https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf

⁹ <https://www.air-online.it/archivio/3694/articoli/36822/>



su un questionario rivolto a 60 dirigenti delle professioni sanitarie infermieristiche delle aziende territoriali, mostra un quadro fortemente variabile. Il rapporto medio rilevato era pari a circa 1 IFoC ogni 16.000 abitanti, con un intervallo molto ampio tra le aziende considerate, segnalando un livello di diffusione ancora lontano dagli standard successivamente fissati dal Dm 77/2022.

L'indagine evidenzia, inoltre, che la figura dell'IFoC era già attiva in diversi contesti, ma secondo modalità organizzative non omogenee. Variavano gli standard numerici adottati, i criteri di selezione, i percorsi formativi, la collocazione gerarchica e funzionale, il grado di autonomia e le attività svolte. In molte realtà, gli IFoC lavoravano in équipe multidisciplinari e si occupavano soprattutto di persone fragili e famiglie al domicilio, anziani, scuole, RSA e comunità di recupero. Le attività più ricorrenti riguardavano la valutazione dei bisogni, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, la formazione dei caregiver, la continuità ospedale-territorio e la revisione dei piani assistenziali.

Per quanto riguarda i numeri attuali, il quadro resta caratterizzato da una certa incertezza metodologica. Alcune fonti indicano circa 12.000 infermieri di famiglia e comunità in servizio¹⁰, mentre altre stime, più restrittive, parlano di circa 3.000 professionisti realmente operativi¹¹.

Questi elementi mostrano che l'introduzione dell'infermiere di famiglia e comunità non può essere ridotta a una semplice questione numerica. Affinché questa figura diventi realmente efficace, è necessario inserirla in un'organizzazione territoriale coerente, fondata su équipe multiprofessionali, percorsi condivisi, integrazione con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi sociali e strumenti digitali.

Nel post-pandemia, l'infermiere di famiglia e comunità rappresenta, quindi, una leva fondamentale per rendere concreta la transizione verso una sanità di prossimità. Il suo sviluppo può contribuire a ridurre accessi impropri, evitare ricoveri non necessari, favorire dimissioni protette, migliorare la gestione delle cronicità e rafforzare il sostegno a famiglie e caregiver. Tuttavia, la piena valorizzazione di questa figura richiede investimenti in personale, formazione specifica, governance territoriale e strumenti operativi adeguati. Solo così la riforma dell'assistenza territoriale potrà tradursi in un effettivo miglioramento dell'accessibilità, della continuità e della qualità delle cure.

¹⁰https://www.repubblica.it/salute/dossier/labrevolution/2025/05/29/video/infermieri_di_famiglia_e_comunita_12mila_in_servizio_ma_serve_innovare_i_modelli_di_assistenza-424636284/ (ultima consultazione 04 maggio 2026)

¹¹ <https://agensalute.it/2026/01/28/indagine-nursing-up-infermieri-di-famiglia-il-gap-che-blocca-sanita-territoriale-europa-a-30-50mila-unita-italia-ferma-a-3mila/> (ultima consultazione 04 maggio 2026)



Parte II - Oltre il lavoro dipendente: autonomia, flessibilità e nuovi assetti professionali

L'autonomia professionale infermieristica

QUADRO NORMATIVO E ISTITUZIONALE

L'autonomia professionale dell'infermiere, nell'ordinamento italiano, si è consolidata con il superamento del modello "mansionario" e l'adozione di un impianto basato su profilo professionale, competenze e responsabilità. Prima di questo passaggio cruciale, il Dpr 225/1974¹² rappresentava l'assetto regolatorio di riferimento, centrato sul cosiddetto "mansionario", ossia un'elencazione puntuale delle attività attribuite all'infermiere e dei relativi confini operativi, in linea con una concezione prevalentemente esecutiva e gerarchica della funzione assistenziale. Il modello organizzativo era, dunque fortemente medico-centrico. All'infermiere veniva richiesto di eseguire con precisione le prescrizioni, con margini decisionali molto limitati e una responsabilità soprattutto di carattere tecnico. In questo quadro, la formazione era principalmente pratica e orientata all'ambito ospedaliero, con uno scarso riconoscimento sul piano accademico e culturale¹³.

A partire dagli anni Novanta la cornice di riferimento cambia. È in questo periodo, infatti, che il ruolo dell'infermiere entra in una fase di piena professionalizzazione.

Con la riforma del Servizio Sanitario (D.Lgs. 502/1992)¹⁴, la formazione infermieristica viene trasferita in ambito universitario; non si tratta soltanto di un adeguamento organizzativo, ma è il riconoscimento che l'assistenza infermieristica si basa su un sapere scientifico e su strumenti metodologici propri¹⁵.

Su questa linea, il Dm 739/1994¹⁶ definisce il profilo professionale dell'infermiere e ne chiarisce la nuova fisionomia: non più un operatore circoscritto da un elenco di mansioni, come nel "mansionario" del Dpr 225/1974, ma un professionista responsabile dell'assistenza generale infermieristica, in grado di pianificare, attuare e valutare l'assistenza, orientandola a obiettivi e garantendo la continuità delle cure¹⁷. In questo modo, l'autonomia viene fondata non su una lista di

¹² 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".

¹³ <https://www.nursenews.eu/2026/02/17/evoluzione-del-ruolo-infermieristico-in-italia/> (ultima consultazione: 03 marzo 2026)

¹⁴ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

¹⁵ <https://www.infermierattivi.it/studenti/7536-evoluzione-professione-infermieristica-italia.html> (ultima consultazione: 03 marzo 2026)

¹⁶ Decreto 14 settembre 1994, n. 739 B "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

¹⁷ <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>



“atti” consentiti, ma su una funzione professionale riconosciuta e su una responsabilità diretta verso la persona assistita, esercitata da chi è abilitato e iscritto all'albo.

La legge 42/1999¹⁸ consolida in modo netto la transizione avviata negli anni precedenti: archivia l'impostazione centrata sul mansionario e ridefinisce il perimetro dell'esercizio professionale richiamando profilo, ordinamenti didattici (formazione base e post-base) e codice deontologico come fonti che delimitano e orientano l'agire professionale. In continuità con questa impostazione, la legge 251/2000¹⁹ rafforza la visione delle professioni sanitarie come aree dotate di autonomia e responsabilità, valorizzandone anche la dimensione organizzativa e lo sviluppo dei ruoli. La legge 43/2006²⁰ prosegue lungo la stessa traiettoria, collegando l'evoluzione delle professioni sanitarie al consolidamento dell'assetto ordinistico e alla definizione di percorsi di riconoscimento e organizzazione professionale.

Nel decennio 2010-2020 si cerca di tradurre l'autonomia riconosciuta dalle norme in autonomia nella pratica, con compiti e responsabilità più articolati. L'aspetto più controverso è l'art. 1, comma 566, della legge 190/2014²¹ che, pur ribadendo le competenze mediche sugli atti complessi e specialistici, prevede la definizione di ruoli, competenze e responsabilità delle professioni infermieristiche anche attraverso percorsi formativi complementari. L'obiettivo è sostenere forme di *task shifting* (compiti avanzati) per valorizzare competenze acquisite con master ed esperienza e, al contempo, alleggerire i medici da attività routinarie. Questa evoluzione, tuttavia, incontra resistenze e contenziosi: una parte della rappresentanza medica la interpreta come un possibile indebolimento dell'“atto medico” e come una fonte di ambiguità nei confini di ruolo. Da qui derivano ricorsi e un acceso dibattito pubblico e professionale, con casi emblematici come il *See and Treat*²². Nel tempo, la giurisprudenza amministrativa ammette la legittimità di tali modelli, purché si fondino su protocolli condivisi, formazione certificata e limiti operativi chiaramente definiti, evitando margini di discrezionalità diagnostica nosologica²³.

Successivamente, la legge 24/2017²⁴, nota come legge “Gelli-Bianco”, irrobustisce la dimensione di *accountability*: l'autonomia cresce insieme alla richiesta di tracciabilità, gestione del rischio clinico e riferimento a percorsi e linee guida, con un effetto di maggiore tutela ma anche di maggiore esposizione alla

¹⁸ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.

¹⁹ Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.

²⁰ Legge 1 febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”.

²¹ Legge 23 dicembre 2014, n. 190 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge di stabilità 2015).

²² <https://www.altalex.com/documents/news/2016/10/24/ambulatori-see-and-treat-legittimo-il-servizio-infermieristico> (ultima consultazione: 03 marzo 2026)

²³ <https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/il-tar-lazio-dice-s-al-see-treat-respinto-ricorso-ordine-medici/> (ultima consultazione: 03 marzo 2026)

²⁴ Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.



responsabilità se i contesti organizzativi non supportano correttamente il professionista. Dal punto di vista istituzionale, la legge 3/2018²⁵ riordina gli Ordini delle professioni sanitarie²⁶, rafforzando governance e vigilanza deontologica (con effetti pratici sul modo in cui l'autonomia viene esercitata e valutata). In modo coerente, il Codice Deontologico FNOPI (2019 e successivi aggiornamenti) esplicita che l'infermiere agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile, facendo della deontologia una fonte operativa di orientamento e di confine professionale.

La dimensione europea completa il quadro: la direttiva 2005/36/CE²⁷ (e le modifiche della 2013/55/Ue) armonizza il riconoscimento delle qualifiche e definisce requisiti minimi per l'infermiere responsabile dell'assistenza generale, mentre la direttiva delegata (Ue) 2024/782²⁸ aggiorna tali requisiti minimi formativi, con impatto prospettico sulle competenze attese e quindi sull'autonomia possibile; in Italia ciò si innesta sul recepimento tramite il D.Lgs. 206/2007²⁹ e aggiornamenti successivi.

In termini di potenzialità applicative, il Dm 77/2022³⁰ (modelli e standard dell'assistenza territoriale) crea lo spazio organizzativo in cui l'autonomia infermieristica può esprimersi di più ma lascia anche margini di eterogeneità attuativa tra Regioni e Aziende sanitarie, rendendo l'autonomia "reale" dipendente dalla qualità della governance locale.

FORME DI ESERCIZIO PROFESSIONALE NON SUBORDINATO

Nel contesto italiano, le modalità di esercizio professionale non subordinato in ambito infermieristico possono essere ricostruite distinguendo tra libera professione in senso stretto e ulteriori rapporti di lavoro autonomo o parasubordinato.

La libera professione infermieristica può essere esercitata in forma individuale, quando il professionista opera direttamente nei confronti dell'utente o del committente, oppure in forma aggregata, nelle fattispecie dello studio associato, della cooperativa sociale e della società tra professionisti (STP); quest'ultima costituisce

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

²⁶ La Federazione nazionale Ipasvi cambia nome in Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), e i Collegi provinciali diventano Ordini provinciali delle professioni infermieristiche (Opi).

²⁷ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

²⁸ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32024L0782>

²⁹ Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206 "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania".

³⁰ Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".



una forma societaria specificamente prevista per le professioni ordinistiche ed è disciplinata dall'art. 10 della legge 183/2011 e dal Dm 34/2013³¹.

Nell'esercizio della libera professione in forma individuale, l'infermiere instaura un rapporto diretto con l'utente o con il committente, fondato sulla condivisione personale della pianificazione assistenziale e del compenso relativo alle prestazioni erogate. Tale modalità operativa presuppone il possesso di una solida esperienza professionale pregressa, necessaria per garantire interventi appropriati, efficaci e sicuri in risposta ai bisogni assistenziali espressi. Sotto il profilo amministrativo, l'avvio dell'attività deve essere comunicato all'Ordine provinciale di iscrizione entro trenta giorni, mediante trasmissione via PEC della documentazione relativa alla partita Iva, al numero di attribuzione del codice di fatturazione elettronica (Codice Univoco), qualora obbligati, alla domanda di iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), da effettuarsi comunque entro sessanta giorni dall'apertura della partita Iva, nonché al recapito professionale e all'eventuale sede di ambulatorio o studio. Ogni successiva variazione dei riferimenti professionali o fiscali, compresa l'eventuale cessazione dell'attività, deve essere notificata.

Qualora l'attività venga svolta in modo non occasionale in una provincia diversa da quella dell'Ordine di iscrizione, il professionista è inoltre tenuto a darne comunicazione anche all'Ordine territorialmente competente, indicando l'avvio dell'attività libero-professionale, l'Ordine di iscrizione e l'attestazione dell'avvenuta trasmissione della documentazione necessaria all'Ordine di iscrizione.

L'esercizio della libera professione in forma aggregata tra più professionisti consente di garantire una risposta assistenziale continuativa, articolata e prolungata nel tempo, potendo essere rivolta anche a più assistiti contemporaneamente. In questo assetto organizzativo, la presenza di più professionisti favorisce, inoltre, l'inserimento di infermieri neolaureati in condizioni di maggiore sicurezza ed efficacia, agevolandone il progressivo avvicinamento alla libera professione e il consolidamento di esperienza e competenze³².

Le principali configurazioni di tale modalità – come precedentemente riportato – sono lo studio associato, la cooperativa sociale e la società tra professionisti (STP).

Lo studio associato, sottoposto alla vigilanza ordinistica, segue sul piano del funzionamento interno e del regime fiscale, la disciplina civilistica della società semplice; può essere costituito da infermieri liberi professionisti iscritti all'Ordine, anche insieme ad altri professionisti sanitari le cui attività siano integrabili con quella infermieristica, e richiede almeno una scrittura privata registrata contenente denominazione, sede, durata, regole di recesso, criteri di ripartizione degli utili e norme di gestione interna.

L'infermiere può esercitare la libera professione in forma aggregata anche tramite le Cooperative Sociali di tipo A, regolarmente costituite ai sensi della legge

³¹ FNOPI, "Vademecum della libera professione infermieristica", III edizione 2025 (aggiornamento marzo 2026).

³² Ibidem.



381/91 e 142/2001. All'interno della cooperativa possono operare anche altri professionisti o figure di sostegno, purché ciò non limiti in alcun modo le garanzie di un corretto esercizio professionale da parte dell'infermiere, ed è inoltre prevista l'individuazione di un infermiere responsabile per l'area infermieristica.

Infine, tra le forme di esercizio libero-professionale in forma aggregata, è stato recentemente definito e introdotto un nuovo soggetto giuridico: la Società tra Professionisti (STP), regolamentata dall'emanazione del Dm 34 dell'8 febbraio 2013.

La società tra professionisti è il modello societario specificamente previsto per l'esercizio delle professioni ordinistiche: può assumere la forma di società di persone, di capitali o cooperativa, deve recare nella denominazione la dicitura "società tra professionisti" e può includere, accanto ai soci professionisti, anche soci non professionisti con funzioni tecniche o di investimento; resta tuttavia necessario che i soci professionisti mantengano la maggioranza qualificata dei due terzi nelle decisioni sociali, a tutela dell'autonomia e della prevalenza dell'attività professionale.

In un'accezione più ampia di esercizio professionale non subordinato, che comprenda anche rapporti autonomi o parasubordinati diversi dalla libera professione in senso stretto, rientrano anche la collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co.) e la prestazione di lavoro autonomo occasionale, entrambe riconducibili alla Gestione Separata³³.

Accanto alle forme classiche della libera professione infermieristica, il settore sanitario italiano presenta ulteriori assetti organizzativi, intesi come modalità attraverso cui l'attività professionale autonoma può essere inserita, intermediata o esternalizzata.

In tale prospettiva, il lavoro tramite agenzia rientra nel contratto di somministrazione, nel quale intervengono tre soggetti: l'agenzia autorizzata, il lavoratore e la struttura utilizzatrice. In ambito sanitario, tale modalità è riconoscibile nel ricorso a personale infermieristico fornito da soggetti esterni, fenomeno che l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) monitora specificamente anche con riferimento agli "infermieri a gettone". Ne consegue che esso non coincide, in senso proprio, con la libera professione infermieristica, ma si colloca nell'area del lavoro organizzato da un soggetto terzo.

I processi di esternalizzazione e outsourcing, invece, rinviano all'affidamento a terzi di servizi medici ed infermieristici, che il legislatore³⁴ ammette solo in presenza di necessità e urgenza, in via eccezionale e per periodi limitati; coerentemente, ANAC ha chiarito che l'esternalizzazione di tali servizi deve essere considerata una soluzione di extrema ratio³⁵.

³³ https://www.enpapi.it/category/gestione-separata/iscrizione-e-termine-attivita-2/iscrizione_gse/ (ultima consultazione: 03 marzo 2026)

³⁴ Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, art. 10

³⁵ ANAC, Aggiornamento 2024 sulla domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti»)



I modelli ibridi pubblico-privato, infine, descrivono l'integrazione tra soggetti pubblici e privati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e coinvolgono, in tale assetto, anche il personale infermieristico impiegato presso strutture private accreditate che operano per conto del Servizio sanitario nazionale. Il SSN, infatti, è organizzato in modo da favorire la collaborazione tra erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro, e il rapporto con i soggetti privati si fonda su tre elementi principali: autorizzazioni, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali. Le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie; l'accreditamento richiede il rispetto di specifici standard di qualità e sicurezza, anche con riguardo all'organizzazione, alle strutture e al personale; gli accordi contrattuali disciplinano invece l'erogazione delle prestazioni per conto del SSN³⁶. In tale quadro, anche le prestazioni comprese nei LEA possono essere erogate da soggetti privati accreditati, all'interno dei quali il personale infermieristico concorre, insieme con le altre professioni sanitarie, alla realizzazione dell'assistenza secondo le regole del Sistema sanitario nazionale.

La distinzione tra forma individuale e forma aggregata richiama, dunque, differenti livelli di autonomia, responsabilità e strutturazione dell'attività, mentre le ulteriori fattispecie di lavoro autonomo e parasubordinato confermano l'ampiezza delle modalità con cui la prestazione infermieristica può oggi essere resa al di fuori del lavoro subordinato.

In conclusione, il quadro italiano dell'esercizio professionale non subordinato in ambito infermieristico si presenta articolato e composito, comprendendo tanto la libera professione in senso stretto, esercitabile in forma individuale o aggregata, quanto ulteriori rapporti autonomi o parasubordinati. Tale pluralità di modelli riflette l'evoluzione del ruolo infermieristico e la crescente diversificazione dei bisogni assistenziali, richiedendo al professionista non solo competenze cliniche avanzate, ma anche adeguate conoscenze normative, organizzative, fiscali e previdenziali. Ne deriva che l'esercizio non subordinato della professione infermieristica rappresenta non soltanto una modalità alternativa di svolgimento dell'attività lavorativa, ma anche un ambito in cui si intrecciano autonomia professionale, tutela dell'assistito e sostenibilità organizzativa dei servizi sanitari.

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E ASSETTI CONTRATTUALI: UN CONFRONTO POSSIBILE

Nell'analisi dell'evoluzione della professione infermieristica, un'ipotesi che appare meritevole di approfondimento è quella di un rapporto diretto tra infermiere e Azienda sanitaria o ospedaliera, così da consentire l'inserimento del professionista nel servizio pubblico senza il tramite di un soggetto terzo. In questa prospettiva, il nodo centrale diventa inevitabilmente quello della forma

³⁶ <https://www.salute.gov.it/new/it/ministero/i-soggetti-erogatori-e-le-prestazioni/>
consultazione: 03 marzo 2026)

(ultima



contrattuale da adottare. La questione, posta in termini molto concreti, è se tale rapporto debba essere inquadrato attraverso la partita Iva. In linea generale, questa soluzione sembrerebbe la più coerente, poiché consente di configurare con chiarezza un rapporto di natura autonoma, distinto tanto dal lavoro subordinato quanto dai meccanismi di intermediazione oggi affidati a terze parti. Ciò nonostante, la sola qualificazione del rapporto come libera professione non è sufficiente a superare le criticità attualmente esistenti. Occorre, infatti, evitare che l'autonomia professionale si traduca, nei fatti, in una condizione di precarietà o in una sostanziale assenza di tutele. Per questa ragione, accanto al profilo fiscale e previdenziale, sarebbe opportuno immaginare una disciplina convenzionale capace di regolare in maniera più equilibrata e ordinata il rapporto tra il professionista e il Servizio sanitario pubblico.

L'analogia più immediata è quella con il modello già esistente per i Medici di medicina generale (MMG) e per i Pediatri di libera scelta (PLS).

Il sistema dei MMG e PLS non funziona come un concorso pubblico classico, ma come un sistema di convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, disciplinato dall'art. 8 del D.lgs. 502/1992³⁷ e dagli Accordi Collettivi Nazionali³⁸ di settore. In altre parole, MMG e PLS non sono dipendenti del SSN: sono professionisti convenzionati che entrano nel sistema attraverso regole nazionali e procedure regionali.

Il meccanismo, semplificando, si regge su tre passaggi:

- iscrizione in una graduatoria regionale;
- individuazione e pubblicazione degli incarichi vacanti/zone carenti;
- assegnazione degli incarichi secondo un ordine di priorità previsto dall'ACN.

Le Regioni approvano e pubblicano ogni anno le graduatorie definitive.

La graduatoria regionale è, in sostanza, un elenco ordinato di professionisti che hanno presentato domanda e che vengono collocati in base ai titoli e ai criteri previsti dall'ACN.

Di solito si pubblica, prima, una graduatoria provvisoria – contro la quale si possono presentare osservazioni o ricorsi – poi si approva la graduatoria definitiva.

Una volta formata la graduatoria, le Regioni e le Aziende rilevano i fabbisogni territoriali e pubblicano gli ambiti o gli incarichi vacanti. Per i MMG questo riguarda gli ambiti in cui manca il medico di assistenza primaria³⁹; per i PLS riguarda le aree in cui il rapporto ottimale tra popolazione pediatrica e

³⁷ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

³⁸ https://www.sisac.info/ActionPagina_432.do (ultima consultazione: 05 marzo 2026)

³⁹ SISAC, Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2022-2024.



pediatri disponibili non è coperto⁴⁰. La piattaforma GeDiSi della SISAC raccoglie gli incarichi vacanti pubblicati dalle Regioni, mentre la prassi regionale prevede la pubblicazione ufficiale degli avvisi e delle relative procedure di assegnazione.

Dal punto di vista pratico, dunque, il modello funziona nel seguente modo: il professionista presenta domanda per entrare nella graduatoria regionale; la Regione approva la graduatoria; vengono pubblicate le sedi o zone carenti; i candidati vengono chiamati secondo le regole di priorità e il loro posizionamento; chi accetta ottiene l'incarico convenzionale in quella sede, chi rinuncia lascia spazio al successivo.

La differenza essenziale rispetto al lavoro dipendente è che, una volta ottenuto l'incarico, MMG e PLS operano come convenzionati, non come dipendenti aziendali. Infatti, il Ministero della Salute distingue espressamente il personale convenzionato del SSN dal personale dipendente, e per i medici di assistenza primaria e i pediatri il rapporto è regolato dagli ACN di settore, non dal CCNL del comparto sanità⁴¹. Inoltre, sul piano organizzativo, il Ministero ricorda che ciascun MMG e ciascun PLS opera con massimali di assistiti e con un ruolo centrale nella rete dell'assistenza distrettuale⁴².

In sintesi, il sistema dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta si configura come un modello convenzionale pubblico-programmato, frequentemente richiamato quale possibile riferimento ogniquale si ragiona su forme di inserimento professionale nel Servizio sanitario nazionale alternative al lavoro subordinato tradizionale. L'eventuale trasposizione di una logica analoga al settore infermieristico potrebbe aprire uno spazio di convenzionamento stabile anche per gli infermieri, idoneo a coniugare flessibilità organizzativa, continuità assistenziale e maggiore capacità di risposta ai fabbisogni territoriali, senza relegare tali rapporti alla mera occasionalità né ricondurli integralmente allo schema del lavoro dipendente. In questa prospettiva, il modello convenzionale potrebbe rappresentare, anche per la professione infermieristica, uno strumento di valorizzazione professionale ed economica, oltre che una possibile leva per accrescere l'attrattività della professione e migliorare l'equilibrio tra autonomia lavorativa e integrazione nel servizio pubblico.

I Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, pur non essendo dipendenti del Servizio sanitario nazionale, beneficiano infatti di un sistema di tutele definito dagli Accordi collettivi nazionali, comprendente permessi retribuiti, assenze disciplinate per malattia e gravidanza, premi. Si tratta, dunque, di un rapporto formalmente convenzionale, ma assistito da garanzie che attenuano il rischio tipico della libera professione pura e lo collocano in una posizione

⁴⁰ SISAC, Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2022-2024.

⁴¹ <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/professioni-sanitarie/personale-dipendente-e-convenzionato-del-ssn/> (ultima consultazione: 05 marzo 2026).

⁴² <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/statistiche-sanitarie/assistenza-sanitaria-distrettuale/> (ultima consultazione: 05 marzo 2026).



intermedia tra autonomia professionale e stabilità del rapporto con il servizio pubblico. Proprio questa combinazione tra flessibilità e tutela rende il modello particolarmente rilevante anche in chiave infermieristica: una sua eventuale adattabilità agli infermieri potrebbe infatti consentire di superare alcune delle criticità oggi connesse tanto alla precarietà della libera professione non regolata quanto alla rigidità del lavoro subordinato, offrendo un assetto più equilibrato, sostenibile e coerente con l'evoluzione dei bisogni assistenziali.

VINCOLI ALLO SVILUPPO DEI NUOVI MODELLI

Un passaggio decisivo per l'infermieristica italiana è stato l'approvazione della legge 42/1999, che ha riconosciuto sul piano giuridico l'autonomia professionale degli infermieri. Nonostante ciò, gli effetti concreti di questa riforma restano ancora oggi solo parzialmente visibili nella pratica quotidiana.

Per lungo tempo, infatti, l'infermiere è stato percepito come una figura ausiliaria e subordinata rispetto al medico, con compiti prevalentemente assistenziali. Negli ultimi anni, tuttavia, la professione infermieristica ha espresso con crescente forza la richiesta di affermarsi come disciplina autonoma, pur in relazione con quella medica. In questo contesto si inserisce la progressiva riorganizzazione dei sistemi sanitari, orientata a ridurre il ricorso all'ospedale e a rafforzare i servizi territoriali e le cure primarie⁴³.

In molti paesi, tale processo ha favorito una maggiore specializzazione e autonomia infermieristica, anche attraverso strategie di *task-shifting*, ossia il trasferimento di compiti e responsabilità specifici dalla professione medica a quella infermieristica, reso possibile dal ruolo centrale della governance nella riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria. In Italia, tuttavia, sebbene il governo abbia promosso diversi modelli di assistenza primaria e integrata, tali interventi si sono caratterizzati per una debole definizione sul piano della riorganizzazione della divisione del lavoro sanitario e del riconoscimento formale e sociale dei nuovi compiti e ruoli. Ne deriva un ritardo significativo nel processo di ridefinizione dei rapporti interprofessionali, che conferma la persistente capacità della professione medica di mantenere i propri confini professionali e di perpetuare la subordinazione della professione infermieristica⁴⁴. Tale ritardo emerge in modo evidente nei servizi territoriali. Sebbene figure come l'infermiere di famiglia e di comunità siano diffuse in molti paesi e promosse anche dall'OMS, in Italia il loro riconoscimento resta ancora incompleto sul piano organizzativo e istituzionale.

Di conseguenza, la difficoltà dell'infermieristica italiana nel raggiungere una piena autonomia professionale può essere spiegata dal sostegno insufficiente o

⁴³ Barbara Sena, *Professionalization without Autonomy: The Italian Case of Building the Nursing Profession*, 2017 (<https://journals.oslomet.no/index.php/pp/article/view/1900>)

⁴⁴ *Ibidem*.



contraddittorio fornito dallo Stato e dalle riforme regolative. Sebbene siano stati sviluppati percorsi di formazione specialistica avanzata, tali competenze non trovano ancora un corrispondente riconoscimento nei servizi sanitari in termini di carriera, responsabilità e relazioni interprofessionali.

In questo quadro, dunque, il ruolo dello Stato è apparso ambiguo: da un lato, ha promosso riforme e nuovi modelli assistenziali, dall'altro, ha mantenuto vincoli strutturali e organizzativi che hanno rallentato l'*empowerment* professionale degli infermieri.

Lo sviluppo dei nuovi modelli professionali infermieristici incontra, dunque, ancora oggi una serie di ostacoli che ne rallentano la piena affermazione nel Sistema sanitario italiano. In primo luogo, permangono vincoli istituzionali e normativi, poiché, sebbene negli ultimi decenni siano stati formalmente ampliati gli spazi di autonomia professionale, il riconoscimento giuridico delle competenze avanzate non si è tradotto in modo uniforme in percorsi di carriera, responsabilità definite e ruoli stabilmente collocati nell'organizzazione dei servizi. A ciò si aggiungono resistenze culturali e professionali, legate alla persistente centralità della professione medica e alla difficoltà di ridefinire in termini realmente collaborativi la divisione del lavoro sanitario, soprattutto nei contesti territoriali e di assistenza primaria. Infine, rilevano i problemi di sostenibilità economica e organizzativa, poiché l'ampliamento delle competenze e delle responsabilità infermieristiche non è stato sempre accompagnato da adeguati investimenti, da un corrispondente riconoscimento economico e da assetti organizzativi coerenti.

In altre parole, l'autonomia "reale" risulta spesso condizionata dalla qualità della governance e dalla presenza di protocolli, percorsi e procedure condivise, con applicazioni disomogenee tra Regioni e Aziende sanitarie.

A ciò si aggiunge il rischio di una "autonomia senza potere", quando all'ampliamento delle responsabilità non corrispondono risorse, inquadramenti, tutele e riconoscimenti adeguati, mentre la crescente richiesta di accountability – in termini di tracciabilità, gestione del rischio e aderenza a linee guida e percorsi – aumenta l'esposizione del professionista qualora i contesti organizzativi non offrano un supporto adeguato. In questo scenario, la "questione infermieristica" resta dunque aperta: la piena applicazione delle competenze specialistiche, il riconoscimento economico proporzionato alle responsabilità assunte e la sostenibilità dei carichi di lavoro rappresentano le sfide decisive che Istituzioni e rappresentanza professionale dovranno affrontare nel prossimo decennio, per evitare che la crisi demografica e motivazionale comprometta la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale.

In definitiva, la libera professione infermieristica appare oggi come un'area ricca di potenzialità, ma ancora priva di un assetto ordinato e sostenibile. Se adeguatamente regolata attraverso convenzioni, graduatorie trasparenti, equo compenso e un nucleo minimo di welfare professionale, essa potrebbe offrire non solo nuove opportunità agli infermieri, ma anche una risposta concreta alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. Continuare a gestire il problema



esclusivamente attraverso strumenti emergenziali, deroghe temporanee o protocolli con paesi esteri significa rinviare una questione strutturale. Il punto centrale, invece, è riconoscere che la libera professione infermieristica può diventare una componente stabile dell'organizzazione sanitaria pubblica, a condizione che venga finalmente collocata entro una cornice normativa chiara, coerente e sostenibile.

Un segnale di possibile evoluzione del quadro regolatorio è stato rappresentato dagli emendamenti presentati al disegno di legge, recante Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie⁴⁵. In particolare, una proposta di modifica all'articolo 3 prevedeva l'inserimento di un criterio direttivo volto a favorire, da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, il reclutamento diretto del personale infermieristico attraverso contratti di collaborazione libero-professionale, nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto legge n. 78/2010 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122⁴⁶.

La proposta si è inserita in un dibattito parlamentare più ampio sulla riforma delle professioni sanitarie. Gli emendamenti, depositati in Commissione Affari Sociali alla Camera, poi non portati avanti, miravano ad ampliare il perimetro del disegno di legge, intervenendo su diversi nodi strutturali: carenza di personale, maggiore flessibilità nell'esercizio professionale, valorizzazione delle carriere, riduzione delle liste d'attesa e nuovo inquadramento degli specializzandi. L'obiettivo dichiarato era quello di trattenere i professionisti nel Servizio sanitario nazionale, offrendo maggiori opportunità economiche e di carriera e razionalizzando l'utilizzo delle risorse umane disponibili.

Sul fronte infermieristico, gli emendamenti hanno assunto rilievo sotto due profili. Da un lato, aprivano alla possibilità di reclutamento diretto attraverso contratti di collaborazione libero-professionale, nel rispetto dei tetti di spesa vigenti; dall'altro, proponevano il riconoscimento delle prestazioni infermieristiche all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, con aggiornamento del Dpcm del 2017, al fine di garantire accesso universale ed erogazione omogenea su tutto il territorio nazionale.

Tale proposta si collocava coerentemente nella necessità di individuare strumenti più flessibili e tempestivi per fronteggiare la carenza infermieristica, evitando al tempo stesso il ricorso a soluzioni emergenziali o ad assetti organizzativi intermediati da soggetti terzi. Il reclutamento diretto mediante contratti libero-professionali potrebbe infatti consentire agli enti del SSN di integrare in modo immediato competenze infermieristiche nelle strutture

⁴⁵ <https://storagehub.homnys.net/cmsimage/2026/03/leg.19.bol0640.data20260303.com12.pdf>

⁴⁶ <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/riforma-delle-professioni-sanitarie-la-maggioranza-allarga-il-perimetro-pi-flessibilit-su-libera-professione-per-medici-e-infermieri-stretta-su-aggressioni-e-nuovo-status-per-gli-specializzandi/> (ultima consultazione: 22 aprile 2026).



pubbliche, rafforzando la capacità di risposta ai fabbisogni assistenziali e contribuendo alla continuità delle prestazioni.

La rilevanza dell'emendamento risiedeva soprattutto nel tentativo di ricondurre la collaborazione libero-professionale entro un perimetro più ordinato e compatibile con la programmazione pubblica.

In questa o simili future prospettive, la libera professione infermieristica non verrebbe considerata soltanto come risposta residuale o temporanea alla carenza di organico, ma come componente regolata dell'organizzazione sanitaria, capace di coniugare autonomia professionale, flessibilità gestionale e integrazione nei servizi del SSN.

Il quadro delineato da *Quotidiano Sanità*⁴⁷ richiama, inoltre, il tema del superamento del vincolo di incompatibilità per il personale non dirigenziale delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consentendo lo svolgimento di ulteriori prestazioni professionali al di fuori dell'orario di servizio. Anche questo elemento conferma la volontà di introdurre forme di maggiore flessibilità nell'utilizzo delle competenze sanitarie, con l'obiettivo di rispondere alla carenza di personale e rafforzare l'assistenza territoriale e ospedaliera.

Resta, tuttavia, essenziale che eventuali forme di reclutamento diretto e di maggiore flessibilità siano accompagnate da garanzie adeguate in termini di equo compenso, trasparenza delle procedure, qualità delle prestazioni, copertura assicurativa, continuità assistenziale e tutela del professionista. In assenza di tali condizioni, il rischio sarebbe quello di trasformare la flessibilità in precarietà, senza risolvere le criticità strutturali che oggi limitano l'attrattività e la sostenibilità del lavoro infermieristico.

⁴⁷ *Ibidem*.



Conclusioni

L'analisi condotta conferma che la questione infermieristica in Italia non può essere ricondotta esclusivamente alla carenza numerica di personale. Il numero di infermieri disponibili resta certamente un indicatore cruciale, soprattutto se confrontato con i *benchmark* europei e internazionali, ma non esaurisce la complessità del problema. La criticità riguarda anche la distribuzione territoriale della forza lavoro, l'equilibrio tra pubblico e privato, l'invecchiamento del personale, le condizioni retributive, la capacità di trattenere i professionisti nel Servizio sanitario nazionale e l'effettivo riconoscimento delle competenze maturate dalla professione infermieristica.

In questo quadro, la carenza infermieristica appare come il risultato di squilibri interconnessi: da un lato, un fabbisogno crescente di assistenza, alimentato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle cronicità; dall'altro, un mercato del lavoro che fatica a rendere la professione attrattiva, stabile e adeguatamente valorizzata. Le differenze retributive rispetto ad altri paesi, la mobilità verso l'estero o verso il settore privato, la difficoltà di reclutamento e la limitata capacità di offrire percorsi di carriera coerenti rappresentano segnali di un sistema che non riesce ancora a trattenere pienamente il capitale professionale formato.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, avviata con il PNRR e il Dm 77/2022, costituisce un passaggio decisivo, ma anche una prova di tenuta per il sistema. Figure come l'infermiere di famiglia e comunità indicano una direzione chiara: spostare il baricentro dell'assistenza verso la prossimità, la prevenzione, la continuità della presa in carico e l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Tuttavia, perché questa trasformazione produca effetti concreti, non basta introdurre nuove figure o nuovi standard sulla carta. Servono organici adeguati, formazione specifica, governance territoriale, strumenti digitali, équipe multiprofessionali e modelli organizzativi capaci di superare la logica puramente prestazionale.

La seconda parte dell'analisi mostra come il tema dell'autonomia professionale sia centrale per comprendere le possibili traiettorie evolutive della professione. L'ordinamento italiano ha progressivamente riconosciuto l'infermiere come professionista autonomo e responsabile, superando il modello mansionariale. Tuttavia, l'autonomia formalmente riconosciuta non sempre trova piena traduzione nella pratica organizzativa. Persistono vincoli culturali, istituzionali ed economici che limitano l'effettivo esercizio delle competenze avanzate.

In questa prospettiva, la libera professione infermieristica – che rappresenta una componente rilevante ma ancora non pienamente ordinata del mercato del lavoro sanitario – intercetta una forza lavoro realmente disponibile, capace di



rispondere a bisogni assistenziali domiciliari, territoriali e socio-sanitari, ma rischia di restare frammentata se non viene inserita in una cornice chiara di regole, tutele e opportunità. La libera professione non può essere considerata soltanto una riserva flessibile da utilizzare in situazioni di emergenza o carenza di organico. Può invece diventare una componente stabile e regolata dell'organizzazione sanitaria, a condizione che siano garantiti equo compenso, trasparenza delle procedure, qualità delle prestazioni, coperture assicurative, continuità assistenziale e adeguate forme di welfare professionale.

Il confronto con il modello dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta segnala quanto forse sia importante, anche per gli infermieri, di procedere con forme di rapporto intermedie tra lavoro subordinato e libera professione pura. Un sistema convenzionale o di reclutamento diretto regolato potrebbe contribuire a coniugare autonomia professionale, flessibilità organizzativa e integrazione nel servizio pubblico, evitando sia la rigidità del lavoro dipendente sia il rischio di precarizzazione connesso a forme non governate di lavoro autonomo.

Al di là del loro sviluppo, gli emendamenti al disegno di legge sulle professioni sanitarie, con particolare riferimento al reclutamento diretto del personale infermieristico attraverso contratti di collaborazione libero-professionale, hanno inteso muoversi su questa direzione facendo entrare il tema nel dibattito regolatorio. Se non interpretato come semplice risposta emergenziale alla carenza di personale, trattasi di un passaggio potenzialmente rilevante. Il punto decisivo, alla base, è costruire un modello sostenibile, trasparente e coerente con la programmazione pubblica.

Affrontare la questione infermieristica, in conclusione, significa intervenire contemporaneamente su quantità, organizzazione, riconoscimento e qualità del lavoro. La sfida non è tanto o soltanto "avere più infermieri", quanto costruire condizioni affinché questi possano esercitare pienamente il proprio ruolo, essere trattenuti, trovare nel SSN un contesto professionale attrattivo, stabile e valorizzante, contribuendo alla trasformazione dell'assistenza territoriale.

Solo un approccio integrato, capace di tenere insieme autonomia, tutele e programmazione, è in grado di trasformare la crisi attuale in un'occasione di riforma strutturale del lavoro infermieristico.



Nota metodologica

Per l'analisi degli infermieri italiani all'estero: l'analisi è stata condotta a partire dal database OECD Health Statistics – Health workforce migration, considerando la misura Health workforce stock, Persons riferita agli infermieri, con origine Italia e luogo di formazione estero (foreign-trained). Il dato rappresenta quindi lo stock di infermieri formati in Italia e registrati nei paesi Ocse di destinazione come professionisti con titolo conseguito al di fuori del paese ricevente.

Per il grafico 11, relativo all'andamento del numero di infermieri italiani all'estero, i valori del 2024 sono stati stimati solo nei casi in cui il dato risultava mancante, mentre i valori del 2025 sono stati proiettati utilizzando il CAGR (Compound Annual Growth Rate). Il CAGR è stato calcolato, per ciascun paese, sulla base delle ultime cinque osservazioni annuali effettive disponibili.

Per il grafico 12, relativo alla distribuzione percentuale per paese di destinazione, le quote sono state calcolate sullo stock stimato al 2025. I risultati devono pertanto essere interpretati come stime e non come dati osservati puntualmente. Inoltre, poiché le metodologie di rilevazione possono variare tra paesi, il dato potrebbe non intercettare pienamente tutte le forme di mobilità professionale, in particolare quelle temporanee, frontaliere o non tempestivamente registrate negli archivi amministrativi.



Bibliografia e sitografia

- AGENAS, Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità, 2023
- Agensalute, Indagine nursing up: “Infermieri di famiglia, il gap che blocca sanità territoriale. Europa a 30-50mila unità, Italia ferma a 3mila”, 2026
<https://agensalute.it/2026/01/28/indagine-nursing-up-infermieri-di-famiglia-il-gap-che-blocca-sanita-territoriale-europa-a-30-50mila-unita-italia-ferma-a-3mila/>
- Altalex, “Ambulatori See and Treat: legittimo il servizio infermieristico”.
<https://www.altalex.com/documents/news/2016/10/24/ambulatori-see-and-treat-legittimo-il-servizio-infermieristico>
- Comunicato stampa: Ordine dei Medici Milano: “Cancellare subito la deroga Covid sui professionisti stranieri”, 2025
- ENPAPI, Gestione separata - iscrizione e termine attività.
https://www.enpapi.it/category/gestione-separata/iscrizione-e-termine-attivita-2/iscrizione_gse/
- EUR-Lex, Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>
- EUR-Lex, Direttiva delegata (UE) 2024/782. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32024L0782>
- FNOPI, Dm 739/1994 - Profilo professionale dell'infermiere.
<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>
- FNOPI - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Rapporto sulle professioni infermieristiche, 2025
- InfermieriAttivi, “Evoluzione della professione infermieristica in Italia”.
<https://www.infermieriattivi.it/studenti/7536-evoluzione-professione-infermieristica-italia.html>
- Istat, I professionisti sanitari attivi - Anni 2021-2023, 2026
<https://www.istat.it/tavole-di-dati/i-professionisti-sanitari-attivi-anni-2021-2023/>
- Ivan Buffalo, Elena Casabona, “Importazione di infermieri con riconoscimento in deroga in Piemonte: evoluzione dei flussi migratori e trasformazione del mercato del lavoro sanitario” (2020-2026), 2026
- La Repubblica, Infermieri di famiglia e comunità: 12mila in servizio. Ma serve innovare i modelli di assistenza, 2025
https://www.repubblica.it/salute/dossier/labrevolution/2025/05/29/video/infermieri_di_famiglia_e_comunita_12mila_in_servizio_ma_serve_innovare_i_modelli_di_assistenza-424636284/



Martini L., Dallolio L., Di Falco A., Costa C., Mantoan D., “Gli infermieri di famiglia in Italia: indagine esplorativa”, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2021.

Ministero della Salute, Assistenza sanitaria distrettuale.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/statistiche-sanitarie/assistenza-sanitaria-distrettuale/>

Ministero della Salute, I soggetti erogatori e le prestazioni.
<https://www.salute.gov.it/new/it/ministero/i-soggetti-erogatori-e-le-prestazioni/>

Ministero della Salute, Personale dipendente e convenzionato del SSN.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/professioni-sanitarie/personale-dipendente-e-convenzionato-del-ssn/>

Ministero della Salute, Riforma dell'assistenza territoriale.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/nuova-assistenza-distrettuale/riforma-dellassistenza-territoriale/>

Nurse News, “L’evoluzione del ruolo infermieristico in Italia”.
<https://www.nursenews.eu/2026/02/17/levoluzione-del-ruolo-infermieristico-in-italia/>

OECD, Health at a Glance, 2025

OECD, International Migration Outlook 2025

Panorama della Sanità, Infermieri dall’estero in deroga, Fnopi: “Servono elenchi speciali per garantire competenze e un’assistenza di qualità”,
<https://panoramadellasanita.it/site/infermieri-dallestero-in-deroga-fnopi-servono-elenchi-speciali-per-garantire-competenze-e-unassistenza-di-qualita/>

Quotidiano Sanità, “Il TAR Lazio dice sì al See and Treat”.
<https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/il-tar-lazio-dice-s-al-see-treat-respinto-ricorso-ordine-medici/>

Quotidiano Sanità, “Riforma delle professioni sanitarie. La maggioranza allarga il perimetro: più flessibilità su libera professione per medici e infermieri, stretta su aggressioni e nuovo status per gli specializzandi”

<https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/riforma-delle-professioni-sanitarie-la-maggioranza-allarga-il-perimetro-pi-flessibilit-su-libera-professione-per-medici-e-infermieri-stretta-su-aggressioni-e-nuovo-status-per-gli-specializzandi/>

SISAC, Accordi Collettivi Nazionali e incarichi vacanti.
https://www.sisac.info/ActionPagina_432.do



Riferimenti normativi

- 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.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
- Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Decreto 14 settembre 1994, n. 739
- Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206
- Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42
- Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251
- Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- Legge 1 febbraio 2006, n. 43
- Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.
- Legge 23 dicembre 2014, n. 190
- Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)
- Legge 8 marzo 2017, n. 24
- Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3
- Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77
- Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, art. 10
- Disegno di legge AC 2700, Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie