



**CENSIS**

**COSTRUIRE LA BUONA SANITÀ DEL FUTURO:  
L'*UPGRADING* DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
COME RISPOSTA DI QUALITÀ IN SANITÀ**

**Nota sui principali risultati**

## INDICE

1. I principali risultati	1
2. L' <i>upgrading</i> sarà nella sanità territorializzata o non sarà...	4
3. In cosa si concretizza l' <i>upgrading</i>	5
4. Infermiere come dipendente o come lavoratore autonomo?	7
5. La ricerca in sintesi	11



## 1. I principali risultati

Obiettivo della ricerca è stato quello di definire le condizioni e i contenuti dell'*upgrading* della professione infermieristica, inteso come evoluzione e mutamento delle attività dell'infermiere nel senso di una maggiore qualificazione rispetto alla situazione pregressa.

La ricerca ha quindi consentito di definire i principali aspetti dell'*upgrading* delle funzioni infermieristiche, che si configura come segue:

- è una *realtà in atto nei diversi contesti della sanità*, dall'ospedale all'ambulatoriale alla medicina del territorio. L'*upgrading* non è dunque un modello astratto, teorico, ma un processo reale inscritto nella concretezza dei diversi ambiti della sanità italiana;
- è *incastonato in processi di innovazione* insiti nell'organizzazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, e non è quindi pura redistribuzione di poteri, ruoli, funzioni secondo modelli statici;
- si presenta sempre incardinato in processi che puntano esplicitamente a *promuovere maggiore appropriatezza, più prevenzione e/o più alta qualità delle prestazioni*. Dalla gestione delle terapie farmacologiche a quella dei dispositivi medici alla valutazione dei bisogni, le funzioni più evolute dell'infermiere sono legate alle iniziative mirate ad utilizzare meglio le risorse della sanità;
- ha una pluralità di modalità con cui si manifesta, sia tra i diversi ambiti sanitari considerati (ospedale o territorio), sia all'interno di ogni singolo ambito, e si dispiega in attività concrete di tipo diverso, che vanno dall'*area relazionale a quella educativa, a quella tecnico-professionale, a quella gestionale*. In ciascuno dei singoli ambiti vi è sempre una dimensione principale che guida il processo, ad esempio quella gestionale nell'area ospedaliera o quella educativa negli ambulatori a conduzione infermieristica;
- è sempre *orientato alla interazione professionale e multidisciplinare*, ed è connotato da un impulso qualificante al lavoro in team e in équipe, in cooperazione virtuosa con altre figure professionali, a cominciare dai medici;
- *attiva una soggettività molto alta da parte degli infermieri*, fatta di forte motivazione, coinvolgimento e identificazione, non solo con la

professione, ma anche con i processi innovativi complessivi di cui anche l'evoluzione delle loro funzioni è componente vitale;

- *riesce ad imporsi più agevolmente dove beneficia dell'endorsement della dirigenza, che lo promuove, supporta, incentiva*, creando le condizioni di contesto e di disponibilità di risorse adeguate. Di solito questo supporto dei vertici è legato alla consapevolezza che l'*upgrading* è uno dei meccanismi attraverso i quali promuovere innovazione nell'organizzazione sanitaria;
- deve fare ovunque i conti con il *downsizing* innescato dai problemi di sostenibilità finanziaria che, pur con molte differenze tra comparti e regioni, è fenomeno trasversale alla sanità italiana. Tuttavia, nelle esperienze di *upgrading*, i tagli annunciati o attesi non generano mai reazioni di pura difesa dell'esistente, piuttosto *stimolano a ricercare nuove modalità di utilizzo delle risorse in risposte assistenziali più adeguate alla composizione degli attuali bisogni dei cittadini*. Le esperienze ospedaliere e quelle territoriali mostrano come sia possibile coprire bisogni tradizionali con modalità più efficaci ed efficienti o dare risposte innovative a nuovi bisogni, come ad esempio nel caso degli stomizzati e delle attività di prevenzione per minori.

Ulteriore particolare dimensione dell'*upgrading* è relativa alle condizioni contrattuali e materiali in cui si svolge la professione infermieristica; se tradizionalmente il lavoro dipendente nel Servizio sanitario, e soprattutto negli ospedali, era lo sbocco occupazionale atteso degli infermieri, nel futuro non è una forzatura ipotizzare *che le diverse forme di lavoro autonomo, ed in particolare quello associato, possano diventare lo sbocco privilegiato*.

Infatti, il futuro della sanità è legato alla capacità crescente di offrire assistenza sul territorio, *prima, fuori e oltre l'ospedale*, e in tale scenario anche l'assistenza infermieristica dovrà sempre più trovare modalità organizzative ed operative adeguate a rispondere alla nuova composizione della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Non è un caso che oggi il mercato privato delle prestazioni infermieristiche sia in netta crescita; in un anno sono oltre 3 milioni gli italiani che dichiarano di avere fatto ricorso a prestazioni infermieristiche che hanno pagato interamente di tasca propria; e si stima in oltre 850 milioni di euro il valore monetario delle prestazioni scambiate in un anno.

Si tratta, quindi, di risorse rilevanti, e tuttavia decisamente inferiori a quelle corrispondenti alla reale domanda esistente, se è vero che nei vari ambiti una parte della domanda di prestazioni di tipo infermieristico, ed in particolare quella a più bassa intensità tecnologica e di competenze, trova risposte, presumibilmente inappropriate almeno in parte, sul mercato privato dei servizi di cura, presidiato da oltre 1 milione di badanti, in prevalenza straniere, oppure nell'assistenza fornita direttamente dai familiari.

Quello dei servizi privati di assistenza è un mercato che viene stimato per i soli pazienti oncologici pari a quasi 1,9 miliardi di euro; ed è evidente che una parte cospicua di questo valore è potenzialmente ascrivibile a prestazioni di natura infermieristica.

Per il futuro è presumibile che la domanda di prestazioni infermieristiche relativa all'assistenza domiciliare ed a quella sul territorio sia destinata a crescere in maniera forte, tenuto conto dei tassi di longevità attesi e di quelli connessi e relativi alle patologie croniche ed alla non autosufficienza.

Il lavoro autonomo, soprattutto nelle forme associate, sarà d'altra parte sempre più frequentemente una opportunità da giocare in un *mass-market* di dimensioni consistenti e crescenti, e non più un tabù per gli infermieri che vi intravedono, come accaduto per altre categorie, una sorta di grimaldello per ridurre retribuzioni e tutele rispetto alla situazione attuale.

In ogni caso, la scure che si è abbattuta sugli infermieri nelle aziende ospedaliere, dove sono diminuiti di poco meno del 29% e addirittura di quasi un terzo nelle Regioni con Piano di Rientro, dovrebbe indurre a puntare con maggior decisione su nuovi sbocchi occupazionali.

A questo proposito, si consideri ad esempio che la sola estensione all'intero territorio nazionale della figura dell'*infermiere di comunità*, come referente e organizzatore dei percorsi assistenziali extra-ospedalieri, già sperimentata positivamente in alcune situazioni locali, potrebbe creare non meno di 18 mila nuove opportunità occupazionali (laddove si considerasse un parametro di 1 infermiere ogni 3.500 abitanti), che potrebbero salire fino a circa 24 mila, se il parametro prescelto fosse di 1 infermiere di comunità ogni 2.500 abitanti.

## 2. L'upgrading sarà nella sanità territorializzata o non sarà...

Nell'attuale fase non si può d'altra parte prescindere dalla contestualizzazione dell'*upgrading* nell'ambito dei più generali processi che vive la sanità italiana, tra cui l'evidente *downsizing* dell'offerta legato alle problematiche di sostenibilità finanziaria.

Infatti, l'asimmetria tra bisogni di salute e assistenziali dei cittadini e offerta sanitaria genera inappropriata e determina un gap crescente tra disponibilità delle risorse ed esigenze di finanziamento, per una matrice di servizi e prestazioni che soddisfa sempre meno le esigenze dei cittadini.

La regressione patologica della sanità italiana degli ultimi mesi ed anni è inscritta in questa dinamica, che vede un'offerta spesso costosa, in parte inappropriata e sicuramente asimmetrica, rispetto ad una domanda sempre più esigente e portatrice di bisogni assistenziali nuovi.

In questo quadro è la cronicità la cifra della nuova dimensione della domanda di salute e di sanità, e sono i servizi di continuità assistenziale sul territorio quelli che la longevità crescente della popolazione e la transizione epidemiologica richiedono di sviluppare.

Quella descritta, sia pure in modo molto sintetico, è la cornice imprescindibile in cui vanno affrontate tutte le tematiche di modernizzazione della sanità, non ultima quella dell'*upgrading* infermieristico.

Solo in una sanità capace di rispondere in modo appropriato alla nuova costellazione dei bisogni assistenziali è possibile ipotizzare spazi diversi, più ampi, qualificanti e anche gratificanti, per gli infermieri; e l'*upgrading* può diventare uno dei veicoli di promozione della modernizzazione sanitaria, e non una semplice redistribuzione statica del potere e delle risorse all'interno di una sanità sempre meno sostenibile.

Il primo fondamentale esito della ricerca condotta si riassume quindi in uno *statement* semplice e chiaro: l'*upgrading* infermieristico è un processo virtuoso che migliora la qualità della professione degli infermieri e al contempo genera esiti positivi per il sistema e i cittadini, se e solo se è pensato e praticato dentro logiche e modelli di intervento propri di una

sanità rinnovata, intesa come un'offerta che si dispiega sul territorio e risponde alla domanda di assistenza che promana dalla cronicità.

### **3. In cosa si concretizza l'*upgrading***

All'interno di ciascuna delle realtà sanitarie analizzate nella ricerca, l'*upgrading* si esprime in una pluralità di modalità che possono essere convenzionalmente e sinteticamente riassunte in: *relazionale, educativa, tecnico-professionale e gestionale*.

Esiste poi una ulteriore dimensione di *upgrading* che rinvia alle modalità contrattuali e organizzative in cui viene esplicato il ruolo di infermiere, se nel lavoro dipendente o in quello autonomo, e in quest'ultimo se in forma singola o associata.

Non c'è quindi una dimensione unica in cui si condensa l'evoluzione delle funzioni dell'infermiere, ed il processo è sempre multidimensionale, ha radici nelle culture e tecniche professionali e nel modo di lavorare e tende ad esprimersi, rispetto alla concreta dinamica dei processi sanitari, in ambiti diversi.

In ciascun settore analizzato, però, dall'ospedaliero al territoriale, si individua sempre una dimensione che guida il processo, come ad esempio quella gestionale nel settore ospedaliero o quella educativa negli ambulatori per stomizzati o nelle cure palliative.

La formalizzazione di processi di *upgrading* è il momento in cui viene data visibilità e forma strutturata ad attività che venivano svolte in modo informale dall'infermiere; è quindi il momento in cui viene data piena e riconosciuta visibilità al valore aggiunto di innovazione che nasce dal fatto che le attività degli infermieri coprono:

- in modo diverso, più efficace e con più alta qualità bisogni coperti altrimenti;
- oppure danno copertura innovativa a bisogni sino a quel momento poco o per niente coperti.

Le aree in cui si dispiega l'*upgrading* delle funzioni infermieristiche hanno definizioni autoevidenti e riguardano rispettivamente:

- *l'ambito relazionale*, con modalità strutturate, competenti, di impostare il rapporto con il paziente e i familiari. Gli infermieri diventano il

riferimento diretto per fluidificare il rapporto dei pazienti con la struttura ed il terminale riconosciuto della presa in carico, che significa una personalizzazione a tutto tondo del percorso di cura rispetto ai bisogni specifici. E' una dimensione di grande modernità, cui è legata una parte decisiva del salto di qualità atteso della sanità italiana;

- *l'ambito educativo*, che si condensa in una molteplicità di competenze e attività finalizzate al trasferimento ai pazienti e ai familiari di conoscenze e pratiche adatte per svolgere in modo appropriato l'autocura. E' una dimensione strategica per la mobilitazione di risorse aggiuntive inerti, rappresentate dalle capacità soggettive dei pazienti di gestire in prima persona la propria salute e le risposte terapeutiche e assistenziali, come nel caso degli stomizzati. Richiede ovviamente competenze specifiche da parte dell'infermiere, perché i destinatari sono persone di età, titoli di studio, abilità e, sempre più spesso anche appartenenza etnica diverse, cui corrispondono livelli differenziati di capacità di apprendimento;
- *l'ambito tecnico-professionale*, che è la dimensione più prossima al ruolo prestazionale tradizionale, perché contiene la competenza nelle tecniche, metodologie, modelli operativi e pratiche, che consentono di svolgere atti clinici a più alta intensità tecnologica e di competenze. E' anche la dimensione rispetto alla quale, presumibilmente, è più forte la preoccupazione di altre figure sanitarie, ad esempio i medici, rispetto ad una percepita invasione di campo. Tuttavia è una dimensione essenziale, anche perché l'evoluzione tecnico-professionale è relativa non solo al settore "prestazionale" tradizionale, ma è funzionale ad un esercizio di alto profilo anche delle altre dimensioni in cui si manifesta l'*upgrading*. In questo ambito rientrano anche tutte le tecniche e metodologie di supporto per l'area relazionale, quelle relative all'area gestionale, ed i tanti strumenti utili alla presa in carico e alla valutazione dei bisogni;
- *l'ambito gestionale*, forse tra le dimensioni più avanzate e battute dagli infermieri, ed anche quella dove si è andata dispiegando inizialmente la voglia di *upgrading*. Però è importante fissare il passaggio che l'*upgrading* nel gestionale sta vivendo; non è più solo la gestione di quanto strettamente afferisce alle funzioni infermieristiche, ma porta gli infermieri verso ruoli che hanno un impatto più globale sul funzionamento delle strutture sanitarie e in generale sull'offerta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie sul territorio. Dal *bed manager* negli ospedali per intensità di cure e complessità assistenziale, all'*infermiere di comunità* attivatore di risorse aggiuntive per i percorsi assistenziali dei

pazienti, si vanno aprendo spazi e opportunità nuove, molto ampie, significative e anche gratificanti.

Esiste una ulteriore dimensione dell'*upgrading* che è invece relativa alle modalità giuridiche e organizzative in cui vengono svolte le funzioni infermieristiche: il *lavoro dipendente* secondo i modelli tradizionali, magari dentro le grandi strutture ospedaliere o il *lavoro autonomo*, singolo o associato con un occhio alla evoluzione dei bisogni assistenziali legati alle cronicità e alla non autosufficienza. Una ulteriore dimensione, trasversale rispetto alle precedenti, ma che assume una sua importanza specifica alla luce della crescente contrazione delle opportunità occupazionali più tradizionali nella sanità, come dimostra il taglio di infermieri nelle aziende ospedaliere che si è avuto negli ultimi dieci anni.

#### **4. Infermiere come dipendente o come lavoratore autonomo?**

Esiste, infine, anche una dimensione dell'*upgrading* che è relativa alle condizioni in base alle quali viene esplicata l'attività infermieristica: se come lavoro dipendente o autonomo e, all'interno di questa seconda ipotesi, se in forma individuale o associata.

Infatti per l'infermiere, come per altri professionisti, lo stato giuridico e contrattuale non è secondario, ma incide sul modo in cui si opera e, dunque, può essere considerato a tutti gli effetti come uno dei terreni sul quale può svilupparsi una delle modalità di manifestazione dell'*upgrading*.

Tradizionalmente per gli infermieri lo sbocco prevalente è stato quello del lavoro dipendente nelle strutture del Servizio sanitario, ed in particolare in quelle ospedaliere, veri grandi polmoni occupazionali.

Anche nella psicologia e nelle aspettative degli stessi infermieri, l'idea di un percorso di carriera nell'ambito del lavoro dipendente è stato a lungo un fattore costitutivo; al lavoro dipendente sono state associate modalità di rapporto con l'esercizio della professione in linea con i più generali modelli lavorativi del periodo fordista, relativi a grandi organizzazioni altamente strutturate, con una divisione del lavoro interna per pacchetti di mansioni, contesto peraltro poco favorevole ad un rapporto poco proattivo con il lavoro.

Gli infermieri hanno però da tempo attivato un processo di progressiva “professionalizzazione” anche all’interno delle grandi strutture in cui sono presenti, con una forte spinta soggettiva e di autonomia rispetto alle esigenze che nella quotidianità emergono.

Anche le tipologie contrattuali e le condizioni lavorative vanno lette in una simile chiave prospettica, in relazione all’evoluzione attesa del Servizio sanitario, fatto di decrescenti risorse pubbliche e di una auspicabile proiezione organizzativa sul territorio.

Come rilevato, dunque, è nella sanità del territorio, e nella garanzia della continuità assistenziale legata alle fasi extraospedaliere, da quelle della prevenzione a quelle dell’assistenza alla cronicità, che si individuano le opportunità migliori per lo sviluppo, anche degli spazi occupazionali dell’infermiere.

E sul territorio non è ipotizzabile una sorta di semplice trasferimento del modello della grande organizzazione sul tipo degli ospedali che rispondono alle acuzie. I modelli organizzativi ottimali sul territorio vanno infatti verso forme *light*, flessibili, modulari, di dimensioni ridotte, particolarmente indicate per l’esercizio del lavoro autonomo.

E all’interno delle forme del lavoro autonomo vanno poi individuate eventuali forme associative degli infermieri, pensando anche a come farle interagire con potenziali processi di accorpamento della domanda, ad esempio tramite la mutualità sanitaria integrativa.

E’ noto, d’altra parte, che l’asimmetria tra domanda di prestazioni infermieristiche sul territorio e disponibilità di un’offerta dentro al welfare tradizionale ha contribuito a consolidare un mercato privato, in cui la domanda che proviene direttamente dai pazienti e relativi familiari è sostenuta con risorse che escono dalle tasche dei cittadini.

Dati dell’indagine Censis del 2012 indicano in circa 3 milioni gli italiani maggiorenni che dichiarano di avere fatto ricorso per se stessi o per i propri familiari ad un infermiere, pagando direttamente di tasca propria; di questi, 1,4 milioni ha fatto ricorso ad un infermiere privato per avere assistenza continuativa, ed 1,6 milioni per avere una prestazione una tantum (fig. 1). Il valore monetario delle prestazioni scambiate risulta pari a oltre 850 milioni di euro annui, mentre attualmente sono 45.000 gli infermieri che svolgono attività libero-professionale.

Focalizzando l'attenzione sui 958 mila pazienti di patologie oncologiche, con diagnosi di tumore al massimo da cinque anni, emerge che per le prestazioni infermieristiche private:

- la *spesa media per paziente* è di oltre 285 euro l'anno, cifra che balza a 811 euro per i pazienti con tumore al colon retto ed è pari a 263 euro per pazienti con tumore alla mammella;
- la *spesa totale italiana annua* risulta pari a 287 milioni di euro.

Si è di fronte, in sostanza, ad un mercato significativo in termini di risorse mobilitate, che oggi assume la forma di uno scambio prevalentemente molecolare tra unità familiari e singoli infermieri, anche se va detto che vi sono anche esperienze di cooperative o di altri organismi associati. Ma la parte preponderante dello scambio di prestazioni infermieristiche sul mercato privato avviene con scambi minuti, appunto molecolari.

D'altro canto è un mercato questo che ha un notevole potenziale di crescita e che attualmente finisce per perdere segmenti di domanda, che tendono ad accontentarsi di risposte assistenziali spesso inappropriate o insufficienti su mercati diversi del *care*.

Il riferimento va qui in particolare alle cosiddette badanti, oltre 1 milione, in prevalenza donne, ed in prevalenza straniere, cui è affidata la cura e l'assistenza a domicilio di altrettante persone totalmente o parzialmente non autosufficienti.

E' presumibile che, almeno per prestazioni a ridotta tecnicità, pazienti e familiari, anche perché stretti da problemi di budget, si accontentino delle risposte che riescono a mettere in campo le badanti o, nel caso l'assistenza sia garantita in famiglia, addirittura dalla assistenza garantita da un familiare.

Il valore delle prestazioni scambiate sul mercato relativo all'assistenza domiciliare privata è, secondo stime Censis, pari a circa 1,9 miliardi di euro annui per le persone con una diagnosi di tumore nella propria vita.

Nel futuro è presumibile che la longevità crescente della popolazione e il connesso incremento delle patologie croniche e invalidanti, con annessa non autosufficienza, faccia ulteriormente crescere la richiesta di prestazioni infermieristiche sul territorio; e al contempo è altamente improbabile che essa possa trovare risposta esauriente nelle modalità formalizzate di erogazione dell'assistenza domiciliare sul territorio, quella che attualmente viene indicata come l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Ci sarà quindi un nuovo spazio per modelli diversi di organizzazione sul territorio, con ampie opportunità occupazionali per gli infermieri. Un esempio già citato è quello della figura dell'*Infermiere di comunità*, di cui è in atto una sperimentazione significativa nei territori della bassa friulana. L'infermiere di comunità è radicato nei contesti in cui è chiamato ad operare, ha conoscenza profonda dei bisogni assistenziali, ed è chiamato ad attivare percorsi personalizzati di assistenza alle persone che ne hanno bisogno, integrando le risorse territoriali disponibili, ben oltre la sola offerta infermieristica, nell'ambito delle strutture organizzate del Servizio sanitario.

Nella Asl che è passata dalla sperimentazione alla messa a regime - o quasi - del modello dell'infermiere di comunità, viene utilizzato un parametro di 1 infermiere di comunità ogni 3.500 abitanti; ipotizzando di estendere il modello a tutto il territorio nazionale occorrerebbero circa 18 mila infermieri opportunamente preparati; se il parametro prescelto fosse di 1 infermiere ogni 2.500 abitanti occorrerebbero almeno 24 mila infermieri.

Naturalmente all'infermiere responsabile del *Nodo di infermiere di comunità* andrebbero poi aggiunti altri infermieri con mansioni operative. In ogni caso si tratterebbe di una straordinaria innovazione nel modello di offerta territoriale e di continuità assistenziale, che potrebbe coinvolgere direttamente, in funzioni di responsabilità, gli infermieri.

E di fronte a simili dinamiche crescenti di domanda di prestazioni infermieristiche legate alla cronicità in ambito domiciliare, è evidente che la capacità di sperimentare modelli diversi di organizzazione e erogazione delle prestazioni infermieristiche è fondamentale. Tra questi l'associazionismo professionale è una strada significativa, che potrebbe trarre forza dalla capacità di legarsi a forme di accorpamento della domanda di prestazioni; il caso delle mutue sanitarie assicurative è un esempio, ma si potrebbero ipotizzare anche altre modalità, che coinvolgono ad esempio le assicurazioni.

Il lavoro autonomo, quindi, non sarebbe più una sorta di "tabù" per gli infermieri, o una eventualità da ultima istanza per chi rimane fuori dagli sbocchi occupazionali del lavoro dipendente.

E' altrettanto evidente però che occorre ipotizzare a questo proposito un percorso di adattamento degli infermieri ai nuovi modelli lavorativi autonomi, più tipicamente professionali, che ovviamente hanno caratteristiche (costi, tempi, risorse ed esigenze gestionale) diverse. Per questo, più che un molecolare sviluppo di un'offerta frammentata, sarebbe auspicabile lo sviluppo di forme associative, che tendano a mettere in

comune i servizi amministrativi, burocratici, di organizzazione e gestione del lavoro autonomo.

Lo sviluppo di una professionalità infermieristica fuori dal lavoro dipendente e nel lavoro autonomo non prefigura cioè necessariamente un destino di “tante partite Iva”, ma può andare verso forme di strutturazione associativa da cui gli infermieri non potranno che trarre vantaggi in termini di nuove opportunità di lavoro.

Non è una forzatura dire, inoltre, che occorrerà vincere anche una comprensibile ritrosia verso la condizione di lavoro autonomo, troppo spesso identificata come espressione di furbesche azioni di *downsizing* del lavoro dipendente e di diffusione di precariato e basse retribuzioni.

Le potenzialità di crescita del mercato privato dei servizi infermieristici consente oggi una lettura non pauperistica del lavoro autonomo per gli infermieri, ed i modelli di organizzazione del lavoro autonomo saranno decisivi per rendere concrete le potenzialità evidenti legate allo sviluppo della domanda.

## **5. La ricerca in sintesi**

### **5.1. Le attività realizzate**

L’obiettivo della ricerca è stato quello di definire le condizioni ed i possibili contenuti dell’*upgrading* della professione infermieristica, inteso come maggiore qualificazione e ruolo crescente nella sanità italiana. Ne consegue che, secondo una logica da ricerca esplorativa, si è deciso di fondare l’analisi sulla valutazione di una serie di concrete esperienze emblematiche, in cui l’attività dell’infermiere ha subito, nei fatti e nella percezione dei soggetti coinvolti, una evoluzione in avanti ed un mutamento di sostanza interpretabili come maggiore qualificazione rispetto alla situazione pregressa. Una sorta di rassegna dal basso, quindi.

A tale scopo sono state prese in considerazione esperienze anche molto diverse tra loro, in linea con la complessità e l’articolazione del Servizio sanitario, passando dal settore ospedaliero ai servizi del territorio ed alle cure palliative.

L’evoluzione della funzione infermieristica è stata quindi analizzata nel suo concreto svolgersi, facendo leva sull’osservazione diretta del gruppo di

ricercatori del Censis e sulla trasmissione di informazioni e dati da parte degli infermieri e degli altri testimoni privilegiati coinvolti.

Un vero e proprio viaggio nel territorio delle punte avanzate, significative, e di qualificazione della funzione infermieristica, che ha consentito di osservare dall'interno e da vicino in cosa si materializza *l'upgrading*, le modalità concrete che lo rendono possibile o gli sono di ostacolo, i fattori che ne renderebbero possibile la trasferibilità.

Operativamente sono stati realizzati quattro *case studies* (l'infermiere nell'Ospedale per intensità di cure e complessità dell'assistenza di Porretta Terme dell'Ausl di Bologna, l'Ambulatorio a conduzione infermieristica per pazienti stomizzati nell'Ospedale Maria Vittoria dell'Asl T02, la Gestione a domicilio della terapia farmacologica dell'Asl di Pavia, l'Infermiere in oncologia nell'Ospedale di Bellaria dell'Ausl di Bologna e nell'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale di Napoli"); quindici interviste dirette a testimoni privilegiati; un'analisi desk di dati quali-quantitativi di fonte diversa; nonché una meta-analisi basata su studi, ricerche, indagini e lavori relativi alla specifica tematica dell'upgrading infermieristico (fig. 2).

**Fig. 2 – Le attività progettuali**

- **Analisi desk di dati quali-quantitativi di fonte diversa**
- **Meta-analisi di studi, ricerche, indagini e lavori relativi all'upgrading infermieristico**
- **15 interviste in profondità rivolte a testimoni privilegiati**
- **4 case studies**