

OLTRE L'INVISIBILITÀ: MISURARE LA COMPLESSITÀ PER GOVERNARE E RENDERE L'ASSISTENZA INFERNIERISTICA UN INVESTIMENTO CERTIFICATO NEI LEA. UNA RIFORMA PER L'ATTRATTIVITÀ E IL FUTURO DEL SSN

Dal paradosso dell'Assistenza "invisibile" alla misurazione del valore: integrare l'ICA 2.0 e le prestazioni infermieristiche nei LEA per garantire equità, attrattività professionale e la sostenibilità del SSN.

Quale sarà il futuro dell'assistenza infermieristica nei nuovi modelli del DM 77? Lo studio ENLIGHT-AMB svela un paradosso: oltre 2 milioni di prestazioni infermieristiche annue restano "invisibili" nel 75% dei casi per mancanza di codifica. Oltre le leve contrattuali e formative, la sfida per la Professione infermieristica passa dalla misurabilità della complessità (ICA 2.0) e dall'inserimento delle cure nei LEA: l'unica via per sciogliere i nodi dell'attrattività e della carenza professionale.

La **"Questione Infermieristica"** non può più essere affrontata con soluzioni parziali o interventi a compartimenti stagni: essa necessita del coraggio di una riforma organica, unica e specifica per la Professione. Negli articoli pubblicati recentemente, questi temi sono stati spesso trattati in modo atomizzato, legandoli singolarmente a specifici progetti di legge o alle contingenze delle trattative contrattuali. Tuttavia, questo approccio frammentario non ha prodotto finora cambiamenti concreti, mentre la crisi di attrattività richiede una visione d'insieme.

Il cuore di questa trasformazione risiede nel rendere visibile e trasparente l'attività professionale ancora **"invisibile"** nei flussi amministrativi, legando indissolubilmente il valore clinico dell'operato infermieristico alla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il miglioramento dello status professionale e la capacità di trattenere i talenti (**employee retention**) dipendono dall'attivazione di **tre leve fondamentali che devono agire in sinergia**:

- 1. La Riforma del Percorso Formativo** - È necessario un salto di qualità che riconosca l'evoluzione delle competenze tecniche e la crescente specializzazione clinica richiesta dai nuovi modelli assistenziali del DM 77. Questa riforma deve riflettere la transizione verso una presa in carico globale e complessa, allineando la formazione alle reali necessità epidemiologiche del Paese.
- 2. L'Adeguamento Contrattuale** - Un equo e giusto trattamento economico, sia a livello di comparto che di dirigenza, rappresenta il prerequisito per restituire dignità sociale e professionale a un ruolo che sostiene l'intero sistema di cura. Senza un riconoscimento economico che certifichi il valore dell'investimento in salute prodotto dagli infermieri, ogni tentativo di riforma rimarrà parziale.
- 3. Lo Sviluppo di Carriera e Governance** - L'attrattività della professione riferisce solo se il sistema offre prospettive di crescita che valorizzino la responsabilità clinica avanzata e la governance. Un pilastro di questa riforma deve essere il **nuovo inquadramento del middle management nell'area della dirigenza**: trasformare il coordinamento da semplice funzione organizzativa a leva strategica della dirigenza sanitaria è essenziale per rendere la professione nuovamente stimolante e competitiva

Dall'invisibilità al valore misurabile: il ruolo dell'ICA 2.0 a garanzia dei LEA

Per sostenere questa riforma, occorre superare uno dei paradossi che affligge ancora oggi la Professione infermieristica. Esiste, infatti, un filo invisibile ma robustissimo che lega le corsie degli ospedali, le case della comunità e le aule del Senato: la necessità, non più rimandabile, di dare un nome e un peso oggettivo all'agire quotidiano degli infermieri. **Se fino ad oggi l'assistenza è stata troppo spesso relegata a mera voce di "costo" nei bilanci sanitari, l'adozione di nuove metodologie scientifiche e una chiara visione politica promettono finalmente di trasformarla in un "valore misurabile" e certificato**

Per anni, la gestione del personale sanitario in Italia si è basata su modelli di calcolo statici che oggi, di fronte alla complessità dell'attuale contesto **V.U.C.A.** (volatilità, incertezza, complessità e ambiguità), appaiono inevitabilmente obsoleti. In questo scenario, anche il modello **AGENAS** (2025; 2023), pur rappresentando un riferimento metodologico essenziale, necessita di un'integrazione dinamica per rispondere con efficacia alla transizione epidemiologica e organizzativa in atto.

In questo solco si inserisce la proposta **ICA 2.0 (Indice di Complessità Assistenziale)**, sviluppata da **Bruno Cavaliere** e presentata sulla rivista [L'Infermiere](#) (n. 4/2025). Il modello introduce coefficienti correttivi che adattano il fabbisogno di base (FTE) alla reale complessità rilevata sul campo, permettendo di pesare il carico assistenziale effettivo anziché limitarsi al conteggio asettico dei "posti letto" o dei pazienti.

Questa evoluzione metodologica trasforma lo *staffing* da mero adempimento amministrativo a scelta strategica fondata sulla reale intensità di cura. Attraverso un calcolo più accurato e obiettivo, il modello ICA 2.0 fornisce la base scientifica per determinare una dotazione organica equa, garantendo un'assistenza di qualità uniforme e capace di superare le attuali disomogeneità territoriali. L'indice si configura così come un potente strumento di programmazione e manageriale, in grado di tradurre la necessità di una governance assistenziale efficace da parte delle Direzioni delle Professioni Sanitarie (D.A.P.S), in una realtà gestionale tangibile. Al contempo, esso supporta una visione politica lungimirante che riconosce, finalmente, il valore intrinseco e la dignità professionale dell'agire infermieristico.

Questa metodologia rappresenta, di fatto, una risposta operativa più coerente all'appello lanciato al Senato dalla Presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli, durante l'audizione sulla "Delega al Governo per la determinazione dei LEP" ([vedi QS](#)). La proposta di inserire le prestazioni infermieristiche nei LEA e nei LEP non costituisce un mero adempimento burocratico, ma una vera "scelta di civiltà". Tale passaggio riconosce il valore della presa in carico globale e **trasforma l'attività professionale da "costo invisibile" a valore misurabile, certificato e finalmente comparabile**.

Tabella: Staffing ICA 2.0 vs Standard AGENAS

METODO DI CALCOLO	AMBITO OSPEDALIERO	AMBITO TERRITORIALE (DM 77)
-------------------	--------------------	-----------------------------

1. Base di Partenza (Standard AGENAS)	Calcolata su Posti Letto e Minuti assistenziali/die per intensità di cura.	Calcolata su Popolazione Target : <ul style="list-style-type: none"> IFeC: 1 infermiere / 3.000 ab. ADI: 1 infermiere / 1.000 over-65.
2. Correttore Complessità (Algoritmo ICA 2.0)	Moltiplicatore basato sulla gravità clinica (ICA-EWS) rilevata sul singolo paziente: <ul style="list-style-type: none"> 5 classi basate su interventi programmati + instabilità clinica (NEWS2/MEWS). Coefficienti: Da 0.8 (Classe 1) a 2.0 (Classe 5) applicati al calcolo base. 	Moltiplicatore basato sulla complessità media (ICA-EWS) di un campione rappresentativo della popolazione presa in carico: <ul style="list-style-type: none"> 5 classi basate su piani di assistenza cronica e fragilità rilevata. Coefficienti: Da 0.8 (Classe 1) a 2.0 (Classe 5) applicati allo standard di popolazione.
3. Correttori di Contesto (Solo Territorio)	<i>Non applicabili</i> (assorbiti dalla complessità del reparto)	Si applicano incrementi percentuali per: <ul style="list-style-type: none"> Montagna: +15/25% Ruralità/Accesso: +15/20% Indice Vecchiaia: +10/20%
FINALITÀ DELLA GOVERNANCE	Gestione dinamica dei turni per intensità di cura e sicurezza.	Programmazione strategica delle risorse basata sui reali bisogni di salute locali.

Il linguaggio standardizzato come pilastro di governance predittiva e garanzia di sicurezza

La misurazione concreta del "prendersi cura" trova il suo fondamento nel rigore del linguaggio assistenziale. In quest'ottica, la metodologia **ICA 2.0** non rappresenta una semplice evoluzione tecnica, ma il coronamento di un percorso scientifico iniziato con la codifica degli strumenti operativi e consolidatosi nella gestione per intensità di cura (Cavaliere, 2009; Cavaliere, 2012). Oggi, con l'integrazione di tassonomie internazionali (**NIC/ICNP**), l'ICA 2.0 può consentire alle D.A.P.S. di esercitare una **trasparenza strategica**: infatti, l'adozione di pesi scientifici garantisce che l'allocazione delle risorse risponda ai reali bisogni dei cittadini, integrando gli standard per la determinazione del fabbisogno di personale (AGENAS, 2023, 2025).

Il vero cambio di paradigma risiede nel passaggio da una gestione puramente retrospettiva a una **dimensione predittiva**. Integrando strumenti di rilevazione dell'instabilità clinica come il **NEWS2** e il **MEWS**, l'ICA 2.0 evolve da semplice metodo a indicatore dinamico, capace di intercettare precocemente il deterioramento del paziente. Questa visione, potenziata da ecosistemi digitali basati su **Intelligenza Artificiale e Machine Learning**, abilita le D.A.P.S. a trasformare i dati in **modelli previsionali avanzati**. Il risultato è il superamento di una gestione reattiva a favore di una **programmazione proattiva calibrata sui fabbisogni organizzativi attesi**

L'efficacia di questo approccio trova solido fondamento scientifico nel monumentale studio europeo RN4CAST (Ausserhofer et al., 2014) e nella sua successiva estensione italiana (Sasso et al., 2017). Tali ricerche identificano nello *staffing* inadeguato il principale predittore delle cure omesse, confermando come il rischio di mortalità e di esiti avversi aumenti proporzionalmente al carico di lavoro non gestito.

In questo scenario, l'**ICA 2.0** si configura come un autentico strumento di **garanzia della sicurezza assistenziale**, consentendo alle D.A.P.S. di certificare l'appropriatezza delle cure e di ridurre scientificamente il rischio di esiti avversi. Restituendo una rappresentazione fedele e oggettiva dei carichi di lavoro, l'algoritmo funge da argine contro le **Missed Nursing Care** (Ausserhofer et al., 2014; Palese et al., 2015), rispondendo così alla sfida etica e clinica codificata da Kalisch (2006). In tal modo, la *governance* viene orientata verso soluzioni strutturali che garantiscono la continuità e la sicurezza delle cure secondo i più elevati standard validati.

Nel contesto delineato dal PNRR e dalla riforma del DM 77, l'algoritmo **ICA 2.0** si pone come un ponte strategico verso la sanità del futuro. La possibilità di estrarre dalle cartelle cliniche dati preziosi permette di misurare l'efficacia dei percorsi assistenziali in relazione agli esiti e ai costi reali, rendendo finalmente tangibile il valore dell'assistenza. Questa transizione digitale abilita una fondamentale funzione di tutela: definisce uno "**scudo professionale**" basato sulla tracciabilità automatica, oggettiva e immodificabile dell'agire infermieristico. In questo paradigma, l'infermiere evolve in "**gestore proattivo del rischio**", elevando la documentazione clinica a pilastro del *Risk Management*.

Parallelamente, tale approccio consolida l'*accountability* delle D.A.P.S., ponendole in piena sintonia con il mandato della **Legge Gelli-Bianco**, che eleva la sicurezza delle cure a parte integrante del diritto alla salute. È il superamento definitivo dell'assistenza "invisibile" e l'affermazione di una Professione che trova nella trasparenza del dato la sua piena valorizzazione: la tracciabilità scientifica diventa così lo strumento principe per dimostrare l'adesione alle buone pratiche, offrendo una solida base oggettiva sia sul piano legale che su quello scientifico.

Un'agenda per il cambiamento: verso un modello nazionale unitario

Affinché questa trasformazione non rimanga un esercizio teorico confinato nelle riviste scientifiche, è necessario che le Istituzioni compiano passi decisi. L'inserimento delle prestazioni infermieristiche nei LEA, quindi nei LEP, come auspicato dalla FNOPI, richiede una base dati solida e universale. In quest'ottica, i pilastri strategici per una nuova governance nazionale riguardano:

1. **L'istituzione di un linguaggio comune:** è tempo che il Ministero della Salute riconosca lo standard linguistico per l'assistenza infermieristica basata sulle tassonomie internazionali (NIC/ICNP) recependolo nei flussi informativi del SSN. Questo è un passaggio necessario: se si vuole garantire equità, la salute deve parlare una lingua sola e oggettiva in tutto il Paese.
2. **Staffing basato sulla persona, non sui posti letti:** La determinazione del personale ai fini della garanzia dei LEA deve finalmente abbandonare la logica puramente numerica e statica dei minutaggi ed integrare ufficialmente i **coefficienti di complessità ICA 2.0**, proposti da Cavaliere, nella programmazione dei fabbisogni. Questo significa ribaltare il paradigma: le risorse devono seguire il bisogno reale e dinamico del paziente, superando il vecchio concetto del "rapporto letti/operatori" a favore di uno *staffing* scientificamente fondato sulla reale intensità di cura.

3. Governance degli esiti e trasparenza: è giunto il momento di implementare **dashboard nazionali** capaci di monitorare non solo i volumi di spesa, ma la qualità reale delle cure prestate. Incrociando i dati della complessità assistenziale (ICA) con gli esiti clinici e i costi, potremo fornire alla politica e ai cittadini dati trasparenti per programmare il SSN di domani. **Solo misurando "quanto bene si cura", e non solo "quanto si spende", potremo restituire alla Professione Infermieristica il suo ruolo di pilastro strategico e misurabile della salute pubblica.**

Conclusioni: riconoscere l’“invisibile” per una governance di valore

L’attuazione dei modelli organizzativi previsti dal DM 77 (ospedali di comunità, infermiere di famiglie e di comunità, centrali operative e modelli di teleassistenza, PDTA, ambulatori infermieristici, assistenza domiciliare, etc) **richiede necessariamente metriche rigorose per la valutazione degli esiti.** Ad oggi, tuttavia, ci scontriamo con un paradosso gestionale: l’assistenza infermieristica rimane in larga parte “invisibile” nei flussi informativi del SSN e nella determinazione dei LEP.

Su questo tema, ormai prioritario, i dati del recente studio nazionale denominato “ENLIGHT-AMB” (Zaghini et al., 2025) confermano l’urgenza di un cambiamento che la Professione Infermieristica chiede da oltre un quarto di secolo (D’Innocenzo, 2002; Costamagna et al., 2016). La necessità di superare l’invisibilità dei modelli ambulatoriali, già ampiamente documentata in letteratura, trova oggi una conferma empirica negli oltre **2 milioni di prestazioni annue** erogate dagli ambulatori a gestione infermieristica (in Italia ne sono stati mappati 279) che restano prive di un riconoscimento amministrativo e di un valore economico certificato: solo il **24,4%** dei servizi dispone di codici identificativi operativi, e nel **35,5%** dei casi le prestazioni non sono attribuite ad alcun centro di costo specifico. Questa assenza di “invisibilità amministrativa” e tracciabilità alimenta il fenomeno della **Hidden Nursing Care**, che impedisce una programmazione basata sull’evidenza e sottostima l’impatto reale degli infermieri sulla salute pubblica.

In quest’ottica, la metodologia dell'**ICA 2.0** e la visione politica della **FNOPI** rappresentano i due pilastri di una medesima strategia di **riforma ormai necessaria ed improcrastinabile: trasformare l’assistenza infermieristica da variabile di costo a investimento certificabile in salute.** L’adozione di linguaggi standardizzati e indici scientifici non è più solo una sfida professionale, ma l’unica via per una **governance del valore** che garantisca:

- **Equità e Sostenibilità:** codificare le attività permette di monitorare e finanziare i servizi in modo uniforme, superando le disomogeneità regionali.
- **Accountability e Sicurezza:** integrare la complessità assistenziale nei processi decisionali tutela i professionisti con uno “scudo” di certificazione della qualità.

Riconoscere istituzionalmente l’autonomia e la complessità del lavoro infermieristico, inserendolo stabilmente nei flussi informativi e nei LEA, è l’unico modo per garantire un SSN autenticamente moderno, sicuro e orientato ai risultati. Tale passaggio è fondamentale anche per contribuire, unitamente alle **leve contrattuali e formative, a rendere nuovamente attrattiva la Professione Infermieristica**, sciogliendo i nodi che ancora ne limitano il pieno riconoscimento e sviluppo.

Barbara Porcelli

Dirigente Professioni Infermieristiche, componente Andprosan Direttivo COSMED

Riferimenti:

- AGENAS (2025). Fabbisogno del Personale Sanitario – metodologia e istruzioni operative. *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/rilevazione-fabbisogno-personale-sanitario>
- AGENAS (2023). Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN: Intesa 21 dicembre 2022. *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Levati, S., et al. (2014). Prevalence, patterns and causes of omitted nursing care in European hospitals: A multi-country observational study (RN4CAST). *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 683-693.
- Cavaliere, B. (2025). Revisione della metodologia dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA 2.0) e determinazione dei coefficienti per il calcolo dello Staffing. *L'Infermiere*, 62(4), e84-e91.
- Costamagna, G., Ghironi, E., Cucco, D., Stuardi, M., Mora, K., & Valenti, A. (2016). Gli ambulatori infermieristici ospedalieri: una sfida per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e la valorizzazione professionale. *L'Infermiere*, 53(6), 14-21.
- D'Innocenzo, M. (2002). Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica - L'ambulatorio infermieristico territoriale. *Centro Scientifico Editore*. ISBN: 9788876405433
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306-313.
- Palese, A., Ambrosi, E., Dante, A., et al. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693-702.
- Quotidiano Sanità. (2025, 23 gennaio). LEA infermieristici e linguaggio standardizzato per assicurare al cittadino cure eque ed adeguate: Le richieste della FNPI al Senato. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=126354
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., & Watson, R. (2017). Push and pull factors of Italian nurses, patient safety and outcomes of nursing care: A descriptive and correlational study (RN4CAST Italy). *International Journal of Nursing Studies*, 72, 115-128.
- Zagħini, F., Iovino, P., Burgio, A., Cicolini, G., Lancia, L., Marcomini, I., Vanzi, V., Caponnetto, V., Di Nitto, M., Cicala, S. D., Manara, D. F., Mazzoleni, B., Sermeus, W., Drennan, J., Alvaro, R., Bagnasco, A., Rasero, L., Rocco, G., Welton, J. M., & Sasso, L. (2025). Making nursing activities visible in outpatient care: A nationwide descriptive study of nurse-led clinics in Italy (ENLIGHT-AMB). *Public Health Nursing*, 0(0), 1-9. <https://doi.org/10.1111/phn.70053>