



Analisi del Piano Strategico Assistente Infermiere

Analizzando il Piano strategico, promosso da Regioni, FNOPI, AGENAS e Ministero della Salute il 28 novembre 2025 come documento di indirizzo nazionale, al (DPCM del 28 febbraio 2025) presentato quale risposta strutturale alla carenza di personale infermieristico e alle nuove esigenze assistenziali, come l'Assistente Infermiere, emergono serie criticità sotto il profilo giuridico, professionale e della sicurezza delle cure.

Dal documento emerge che la nuova figura dell'Assistente Infermiere si colloca in una zona grigia del sistema sanitario: non è considerata una professione sanitaria, non possiede autonomia, ma è chiamata a svolgere attività sanitarie, anche invasive, “per attribuzione e sotto supervisione”, assumendo al contempo tutte le funzioni proprie dell'OSS oltre a quelle infermieristiche, generando così sovrapposizioni di ruolo e potenziali rischi organizzativi e legali.

Il testo rafforza una figura che:

- non è professione sanitaria
- non è OSS
- non ha autonomia
- opera su attività sanitarie, anche invasive, per attribuzione/supervisione

Questo crea una zona grigia giuridica

- responsabilità penale e civile scaricata di fatto sull'infermiere
- assenza di una tutela ordinistica autonoma e responsabilità penale e civile dell'AI
- ambiguità in caso di evento avverso (chi risponde? AI, infermiere, azienda?)

Il documento tenta di governare questa ambiguità attraverso glossari e linee guida, ma non risolve il nodo giuridico, limitandosi a normalizzarlo. Di conseguenza, il sistema resta esposto a gravi rischi di confusione delle responsabilità, con pesi giuridici, civili e penali che ricadono sia sull'infermiere sia sull'Assistente Infermiere, senza che alcuna direttiva possa colmare questa lacuna normativa.

Il Piano strategico dichiara che l'obiettivo è di “ottimizzare l'impiego del personale infermieristico”, ma nella pratica introduce una strategia di sostituzione progressiva delle competenze infermieristiche con personale meno formato.

Questo approccio rischia di abbassare lo **skill mix** assistenziale, favorire la parcellizzazione delle cure e ridurre il tempo di assistenza infermieristica diretta proprio nei contesti più fragili, come RSA, ospedali di comunità e assistenza domiciliare, ritornando ai modelli funzionali.

Il Piano strategico prevede l'esclusione dell'Assistente Infermiere dai contesti di pronto soccorso, terapie intensive e reparti ad elevata complessità assistenziale. Tale esclusione, se da un lato

riconosce implicitamente i limiti formativi e di competenza della figura, dall'altro evidenzia una contraddizione strutturale del modello proposto: l'AI viene ritenuto non idoneo nei setting ad alta intensità clinica, ma al contempo impiegato in ambiti caratterizzati da fragilità, instabilità e complessità assistenziale (RSA, domiciliarità, ospedali di comunità), dove il rischio clinico è altrettanto elevato e spesso meno presidiato.

Tradotto politicamente:

- sostituire ore infermieristiche con personale meno formato
- contenere costi, non migliorare qualità
- liberare tempo all'infermiere

Questo va in contrasto con tutta la letteratura su **safety**, continuità e presa in carico.

Particolarmente critico è il concetto di “**stabilità clinica**” su cui si fonda l'operatività dell'Assistente Infermiere. La stabilità non è una condizione statica, ma mutevole, spesso imprevedibile, soprattutto nei pazienti anziani e pluripatologici. Delegare attività sanitarie a una figura con formazione ridotta, basandosi su una valutazione di stabilità che può cambiare rapidamente, espone gli assistiti a rischi evitabili e aumenta la probabilità di eventi avversi.

Il Piano strategico basa tutto sulla nozione di assistito clinicamente stabile, ma:

- la definizione è elastica
- la stabilità può cambiare in minuti
- viene delegata alla valutazione infermieristica in contesti sotto organico

In pratica:

- l'AI lavora su pazienti “stabili finché non peggiorano”
- l'infermiere diventa controllore di attività altrui, non clinico

Rischio concreto di:

- ritardo nel riconoscimento del deterioramento clinico
- aumento eventi avversi “non attribuibili” chiaramente

Dal punto di vista professionale, il Piano straordinario non valorizza la professione infermieristica, ma ne ridefinisce il ruolo in senso burocratico e di controllo: meno relazione diretta con il paziente, più supervisione, più responsabilità, senza un adeguato riconoscimento economico o giuridico. Allo stesso tempo, il ruolo dell'OSS viene frammentato: alcuni OSS sono trasformati in Assistenti Infermiere con compiti più complessi, ma senza chiarezza contrattuale, progressione di carriera o tutele adeguate.

L'AI, pur non essendo una professione sanitaria autonoma, viene inserito in attività cliniche con responsabilità operative significative, aumentando il rischio di confusione dei ruoli e sovrapposizione con infermieri e OSS. Le resistenze degli infermieri e degli OSS vengono trattate come un problema culturale, ignorando le cause reali: carichi di lavoro insostenibili, burnout, sotto-organico cronico, crescente esposizione legale e ambiguità normativa sui compiti delegati ad AI.

Il Piano strategico presenta l'Assistente Infermiere come figura di supporto, ma nella pratica:

- sottrae agli infermieri attività di base,
- li spinge verso un ruolo di supervisione continua,
- trasferisce parte delle responsabilità operative e giuridiche sull'AI, aumentando il rischio di errori attribuibili e la complessità del coordinamento.

Il risultato è duplice:

- l'infermiere diventa un caposquadra operativo, con meno contatto diretto con il paziente e maggiore carico cognitivo, organizzativo e legale;
- l'AI, pur non essendo una professione sanitaria autonoma, assume responsabilità operative significative senza autonomia giuridica né formazione sufficiente, generando rischi per pazienti e operatori.

Questo modello non valorizza la professione infermieristica, e dell'AI, la burocratizza, frammenta il lavoro dell'OSS e crea una zona grigia in cui le responsabilità legali e cliniche non sono chiaramente definite.

Il Piano strategico, così come strutturato, rischia di produrre una frammentazione della workforce planning, introducendo figure intermedie con confini di ruolo incerti, livelli di formazione disomogenei e responsabilità non chiaramente definite. Tale impostazione indebolisce la coesione dei team assistenziali, aumenta il rischio di conflitti professionali e compromette la continuità e la sicurezza delle cure, anziché rafforzare il sistema.

Anche sul piano formativo emergono forti criticità. Cinquecento ore complessive risultano insufficienti per garantire competenze sicure su procedure come somministrazione di farmaci, gestione di stomie, aspirazione tracheostomica ed ECG. Il rischio è quello di normalizzare una formazione al ribasso, in nome dell'urgenza, compromettendo la qualità dell'assistenza.

Il richiamo a percorsi formativi di 100 ore per gli oss privi di diploma con 5 anni di esperienza, evidenzia in modo ancora più netto la natura emergenziale del Piano, che tenta di colmare carenze strutturali di personale attraverso una formazione accelerata e insufficiente, incompatibile con attività sanitarie anche solo parzialmente invasive e con i principi di qualità, sicurezza e appropriatezza dell'assistenza.

Formazione insufficiente rispetto alle attività previste

- farmaci IM e SC
- aspirazione tracheostomica
- gestione stomie, PEG, ossigenoterapia, ECG

Anche con skill-lab, è oggettivamente sproporzionato rispetto:

- alla complessità tecnica
- al rischio clinico
- alle responsabilità indirette

Il Piano strategico **ammette** il rischio ma **procede comunque**

Infine, il Piano strategico rischia di creare una frattura nel mondo degli Operatori Socio Sanitari, introducendo un’ulteriore figura intermedia senza chiarire contratti, inquadramenti e tutele, alimentando conflitti e dumping professionale.

Il Piano strategico va a creare una **frattura tra OSS “semplici” e OSS - (AI)**

- introduce un OSS “di serie A” (AI)
- senza chiarire:
 - contratti
 - inquadramenti
 - progressioni
 - tutele

Rischio concreto:

- conflitto interno
- dumping professionale
- utilizzare l’AI per coprire mansioni che oggi gravano sugli infermieri, fenomeno che questi ultimi denunciano come demansionamento professionale

La crisi della sanità pubblica non si risolve creando nuove figure fragili, ma investendo seriamente su personale, formazione, condizioni di lavoro e sicurezza delle cure. L’introduzione dell’Assistente Infermiere, così come concepita, appare più come una risposta emergenziale che una vera riforma strutturale del sistema.

L’Uso dell’AI come “valvola” per la dispersione universitari:

- recupero degli studenti che abbandonano infermieristica
- canalizzazione verso AI

Questo è un punto politicamente delicatissimo:

- normalizza l’abbandono
- crea un “secondo binario” al ribasso
- indebolisce la qualità complessiva del sistema

Il documento parla anche di resistenze della professione infermieristica

- non analizza **le cause reali** (burnout, sotto organico, responsabilità)
- le riduce a un tema di comunicazione e **change management**

È una delegittimazione implicita del dissenso professionale.

Si evidenzia in modo forte la centralità FNOPI sulla figura non ordinistica

- definisce formazione
- esami
- glossari
- indirizzi organizzativi

Ma l’AI non è iscritto all’Ordine. Questo è un precedente pericoloso:

- un Ordine che governa figure non ordinistiche
- ampliamento di potere senza corrispondente responsabilità giuridica

Sintesi netta del documento

- non nasce per migliorare l'assistenza
- nasce per reggere la crisi infermieristica con una figura subalterna
- sposta rischi e responsabilità sugli infermieri e sull' AI
- abbassa il livello medio di competenza nei setting fragili
- crea una figura giuridicamente debole ma operativamente esposta

La controproposta di MIGEP - SHC – Stati Generali OSS punta a un'alternativa sostenibile e sicura:

- Potenziare gli OSS con formazione avanzata e chiarimenti contrattuali, evitando figure “di serie A” o intermedie giuridicamente deboli.
- Investire in formazione continua, skill lab e protocolli chiari, mantenendo attività invasive e complesse in capo all'infermiere.
- Garantire sicurezza delle cure, chiarezza dei ruoli e responsabilità definita, evitando concetti ambigui come la stabilità clinica.
- Pur ritenendo inadeguata e rischiosa l'attuale impostazione della figura dell'Assistente Infermiere, qualora se ne volesse mantenere l'esistenza, la formazione deve essere ricondotta esclusivamente agli istituti socio-sanitari regionali, attraverso una revisione complessiva dell'assetto formativo e delle competenze, al fine di evitare che l'AI venga utilizzato come surrogato dell'infermiere o come risposta emergenziale alla carenza di personale.
- Valorizzare e rafforzare il Registro degli Stati Generali per OSS anche con Assistenti Infermieri, già esistente e distinto dagli Ordini professionali, come sede legittima di rappresentanza e interlocuzione istituzionale, capace di dare forza, visibilità e riconoscimento a migliaia di operatori oggi esclusi dai processi decisionali.

In conclusione, si tratta di una scelta politica che rischia di impoverire complessivamente tutte le professioni. Per questo ribadiamo con forza la necessità di sospendere immediatamente il Piano strategico sull'Assistente Infermiere e di aprire un tavolo tecnico di confronto con tutte le rappresentanze professionali, compresa la federazione MIGEP e SHC, nonché con le organizzazioni sindacali. Solo attraverso un confronto strutturato, fondato sull'ascolto dei professionisti che operano quotidianamente in prima linea, a partire dagli OSS, sarà possibile progettare soluzioni durature e condivise. Interventi frammentari, infatti, rischiano di indebolire ulteriormente il Servizio Sanitario Nazionale, mentre un approccio partecipativo garantisce competenze adeguate, sicurezza delle cure e pieno riconoscimento della professionalità di chi assiste ogni giorno i cittadini.

6 gennaio 2026