

CONTRIBUTO DIVULGATIVO

Dal «mansionario» alla specializzazione clinica: una rilettura critica della professionalizzazione infermieristica italiana (1925-2026)

From the «mansionario» to clinical specialisation: a critical reappraisal of the professionalisation of nursing in Italy (1925-2026)

Vania Calce, Gerardo Lupo

Funzionario della P.A. · Università degli Studi di Camerino

IDENTIFICATIVO

Contributo n. 11877
ISSN 2421-7123

LICENZA

CC BY-NC-ND 4.0

STORIA EDITORIALE

Pubblicato il 17 ottobre 2026
Contributo divulgativo

COME CITARE

VANIA CALCE, GERARDO LUPO, *Dal «mansionario» alla specializzazione clinica: una rilettura critica della professionalizzazione infermieristica italiana (1925-2026)*, in Riv. Cammino Diritto, ISSN 2421-7123.

ABSTRACT

Il saggio ricostruisce l'evoluzione della professione infermieristica italiana (1925-2026) in un'ottica di historical institutionalism. La tesi è che ogni avanzamento normativo abbia generato nuovi vincoli organizzativi e di giurisdizione professionale, esacerbati nel 2026 dal tema delle risorse. Attraverso l'esame dei D.M. 159/2026 e 177/2026 e del D.Lgs. 67/2026, il contributo analizza la nuova specializzazione magistrale, il riordino della formazione di base e la figura dell'infermiere di ricerca negli IRCCS. Mediante la lente dell'institutional layering, lo studio evidenzia i rischi di stratificazione interna e lo scarto tra riconoscimento formale e reale sostenibilità organizzativa.

The paper reconstructs the evolution of Italian nursing (1925–2026) through an historical institutionalism lens. It posits that every regulatory advancement generated new organizational constraints and professional jurisdiction limits, compounded in 2026 by resource issues. Analyzing Ministerial Decrees 159/2026 and 177/2026, alongside Legislative Decree 67/2026, the study examines master's-level specializations, basic training reforms, and the clinical research nurse role in IRCCSs. Using institutional layering, it highlights risks of internal stratification and the gap between formal recognition and actual organizational viability.

SOMMARIO

1. Introduzione: oltre la narrazione progressiva	3
2. Le radici del modello ausiliario e la transizione incompiuta.	4
2.1. L'infermiere come «esecutore» (1925-1974).	4
2.2. L'era del mansionario (1974-1999)	4
2.3. Dalle mansioni alle competenze: la costruzione stratificata dell'autonomia (1994-2000)	4
2.4. Il vincolo di esclusività e la sua progressiva erosione.	6
3. La riforma del 2026: specializzazione e stratificazione interna	7
3.1. La nuova architettura della classe LM/SNT1	7
3.2. Il problema della stratificazione interna	7
3.3. L'impatto sulle aziende sanitarie	8
4. La ricerca infermieristica negli IRCCS: riconoscimento e limiti	8
4.1. La figura dell'infermiere di ricerca clinica	8
4.2. I limiti strutturali del riconoscimento	8
5. Il paradosso della soppressione del corso di laurea in Infermieristica pediatrica	9
5.1. La scelta normativa	9
5.2. Le obiezioni	9
6. Conclusioni: tra riconoscimento formale e sostenibilità sostanziale.	9

1. Introduzione: oltre la narrazione progressiva

La letteratura sulla professione infermieristica italiana tende a organizzarsi attorno a una scansione progressiva: dal modello ausiliario al mansionario, dal mansionario all'autonomia professionale, dall'autonomia alla specializzazione. Questa sequenza ha il pregio della chiarezza didattica, ma rischia di oscurare ciò che merita maggiore attenzione analitica: ogni passaggio non ha prodotto soltanto nuovi spazi di autonomia, ma ha anche ridefinito responsabilità, vincoli organizzativi e confini della giurisdizione professionale.

I tre provvedimenti del 2026 - D.M. 6 febbraio 2026, n. 159 (relativo alla revisione della classe LM/SNT1)¹, D.M. 25 febbraio 2026, n. 177 (modifica della classe L/SNT1)² e D.Lgs. 31 marzo 2026, n. 67 (disposizioni integrative e correttive in materia di IRCCS)³ - costituiscono un punto di osservazione privilegiato per verificare questa ipotesi. Essi non si limitano ad aggiungere nuovi contenuti all'ordinamento esistente, ma intervengono su tre dimensioni tra loro connesse della professionalizzazione: formazione specialistica, formazione di base e partecipazione alla ricerca clinica.

La loro analisi consente pertanto di osservare non soltanto quali nuovi spazi professionali vengano formalmente riconosciuti, ma anche quali condizioni organizzative e istituzionali ne accompagnino l'attuazione.

Il metodo adottato guarda alla nozione di *institutional layering*⁴, elaborata dalla letteratura neoistituzionalista per descrivere forme di cambiamento istituzionale nelle quali nuovi assetti si sovrappongono a quelli preesistenti senza necessariamente sostituirli integralmente, lasciandone intatti i nuclei di rigidità. Applicata al diritto delle professioni sanitarie, questa chiave di lettura consente di distinguere tra il riconoscimento formale di uno status e il trasferimento effettivo di giurisdizione professionale, nel senso in cui la sociologia delle professioni intende quest'ultima: non la semplice titolarità di un atto o di una competenza, ma la capacità di esercitare e vedere organizzativamente riconosciuto il controllo su un ambito professionale. L'analisi considera pertanto ciascuna riforma non soltanto per ciò che introduce, ma anche per il modo in cui si sovrappone agli assetti precedenti e ridefinisce competenze, responsabilità, confini professionali e condizioni organizzative dell'esercizio. È a questa distinzione, più che alla sola progressione cronologica degli atti normativi, che è ancorata l'analisi che segue.

Il punto non è dunque stabilire se ciascuna riforma abbia rappresentato un progresso, ma verificare quale configurazione di autonomia essa abbia prodotto e quali condizioni ne abbiano accompagnato l'esercizio.

1. D.M. 6 febbraio 2026, n. 159, recante «Revisione della classe di laurea magistrale infermieristica e istituzione dei profili infermieristici specialistici», Ministero dell'Università e della Ricerca.

2. D.M. 25 febbraio 2026, n. 177, adottato di concerto tra il Ministero dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute, di modifica del Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009 relativo alla classe di laurea in Infermieristica (L/SNT1).

3. D.Lgs. 31 marzo 2026, n. 67, recante «Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, recante riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico», adottato ai sensi dell'art. 1, comma 4, della L. 3 agosto 2022, n. 129, in G.U. n. 104 del 7 maggio 2026.

4. Sul concetto di *institutional layering*, e più in generale sui modi del mutamento istituzionale graduale, v. Streeck W., Thelen K. (a cura di), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, 2005.

2. Le radici del modello ausiliario e la transizione incompiuta

2.1. L'infermiere come «esecutore» (1925-1974)

Il Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832⁵ istituì le prime scuole-convitto per infermiere, configurando l'attività infermieristica come ausiliaria e subordinata alla direzione medica. Il Regio Decreto 31 maggio 1928, n. 1334⁶ delimitò rigorosamente le attività consentite, escludendo qualsiasi autonomia decisionale. L'infermiere non era un professionista *in fieri*: era un esecutore tecnico di prescrizioni altrui; operava pertanto secondo un modello prevalentemente esecutivo, privo di una propria autonomia tecnico-scientifica e organizzativa.

Questa impostazione non fu un «ritardo» storico, ma una scelta istituzionale coerente con un sistema sanitario fondato sulla centralità nosografica del medico e sulla gerarchia ospedaliera. Le implicazioni di genere - la professione infermieristica come estensione domestica del *care* - rafforzarono questa subordinazione strutturale.

L'assetto così delineato costituisce il quadro istituzionale sul quale interverrà, senza tuttavia cancellarlo, la successiva disciplina del mansionario.

2.2. L'era del mansionario (1974-1999)

Il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225⁷ rappresenta un passaggio significativo perché amplia e specifica il contenuto dell'attività infermieristica, includendo anche compiti di carattere organizzativo e gestionale. L'infermiere non è più definito soltanto attraverso una funzione genericamente ausiliaria, ma attraverso un insieme articolato di attività e responsabilità elencate nel cd. mansionario infermieristico. Tale ampliamento, tuttavia, si innesta su una struttura istituzionale ancora prevalentemente gerarchica. Il mansionario continua infatti a rappresentare il principale parametro di delimitazione dell'attività professionale, secondo una logica tendenzialmente tassativa che entra progressivamente in tensione con l'evoluzione della formazione, delle conoscenze scientifiche e delle esigenze assistenziali.

È proprio questa compresenza di innovazione e permanenza a rendere il periodo particolarmente significativo. Il nuovo assetto non sostituisce integralmente il precedente, ma vi si sovrappone: aumentano le attività attribuite all'infermiere, mentre rimane sostanzialmente invariata la cornice istituzionale entro la quale tali attività vengono esercitate. È una prima forma di stratificazione regolativa che preparerà il successivo passaggio dall'idea di «mansione» a quella di «competenza».

2.3. Dalle mansioni alle competenze: la costruzione stratificata dell'autonomia (1994-2000)

La trasformazione decisiva della professione prende forma tra il 1994 e il 2000 attraverso tre fondamentali interventi normativi.

Il primo passaggio è segnato dal D.M. 14 settembre 1994, n. 739⁸, che approva il nuovo profilo professionale dell'infermiere, qualificato come «responsabile dell'assistenza generale infermieristica». Questo

5. Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832.

6. Regio Decreto 31 maggio 1928, n. 1334.

7. D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225.

8. D.M. 14 settembre 1994, n. 739.

decreto introduce principi destinati a caratterizzare stabilmente l'identità della professione, tra cui l'autonomia professionale, il processo di *nursing*, la pianificazione dell'assistenza, la responsabilità diretta nei confronti della persona assistita e le funzioni di prevenzione ed educazione sanitaria. Inoltre, individua già alcune aree di formazione post-base - quali la sanità pubblica, la pediatria e l'area critica - anticipando l'evoluzione verso competenze specialistiche che, tuttavia, mantengono ancora un carattere complementare e non inserito in un percorso universitario strutturato.

Il passaggio è rilevante perché modifica il criterio attraverso il quale viene definito il ruolo professionale: dalla delimitazione delle singole attività si procede verso una definizione fondata sulle competenze e sulla responsabilità dell'assistenza. Non si tratta, tuttavia, della cancellazione istantanea del precedente assetto, quanto dell'introduzione di un nuovo strato regolativo destinato a ridefinirne progressivamente il significato.

Successivamente, la L. 26 febbraio 1999, n. 42⁹ sancisce il definitivo superamento del mansionario e fonda l'esercizio professionale sul profilo, sugli ordinamenti universitari, sul codice deontologico e sulle conoscenze scientifiche. Si consolida così il riconoscimento della natura intellettuale della professione infermieristica, nell'ambito del sistema delle professioni regolamentate delineato dall'art. 2229 c.c., con un conseguente rafforzamento dell'autonomia tecnico-professionale e della responsabilità diretta nell'attività assistenziale.

La portata della riforma non consiste, dunque, soltanto nella soppressione del mansionario. Cambia il criterio stesso di delimitazione della professione: l'ambito di intervento dell'infermiere viene definito attraverso un insieme dinamico di fonti normative, formative, deontologiche e scientifiche. È in questa pluralità di riferimenti che l'autonomia professionale assume una configurazione nuova, più ampia ma anche più complessa, perché richiede di correlare competenza, responsabilità e conoscenza scientifica.

Questo mutamento di paradigma giuridico trova il proprio corrispettivo, sul piano scientifico e professionale, nella progressiva diffusione dell'*Evidence-Based Nursing* (EBN), che orienta le decisioni assistenziali verso l'integrazione tra migliori evidenze disponibili, giudizio clinico e bisogni della persona assistita. Il riferimento alle «conoscenze scientifiche» contenuto nella legge n. 42 del 1999 contribuisce, in questa prospettiva, a collocare la scientificità della pratica tra i presupposti della nuova autonomia professionale. Ne deriva una concezione della competenza infermieristica non statica, ma necessariamente collegata alla formazione continua e alla capacità di valutare criticamente l'evoluzione delle conoscenze.

Un ulteriore passaggio è rappresentato dalla L. 10 agosto 2000, n. 251¹⁰ che consolida questo processo, riconoscendo alle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica la titolarità delle attività rivolte alla prevenzione, all'assistenza, alla cura e alla tutela della salute. Per le professioni infermieristiche, il riconoscimento legislativo rafforza la transizione da una concezione esecutiva dell'attività a un assetto incentrato sulla titolarità professionale delle funzioni. Tale evoluzione rafforza l'autonomia professionale dell'infermiere, riconducendo l'attività assistenziale all'esercizio di competenze proprie attribuite dall'ordinamento.

Letti nel loro insieme, D.M. 739/1994, legge n. 42/1999 e legge n. 251/2000 non descrivono quindi tre riforme isolate, ma una sequenza di sovrapposizioni istituzionali. Il primo intervento ridefinisce il profilo

⁹ L. 26 febbraio 1999, n. 42.

¹⁰ L. 10 agosto 2000, n. 251.

professionale; il secondo modifica il criterio di delimitazione dell'esercizio, superando il mansionario; il terzo consolida sul piano legislativo la titolarità e l'autonomia delle professioni sanitarie. L'autonomia infermieristica emerge così non come il risultato di una singola «svolta», ma come il prodotto cumulativo di strati normativi successivi, ciascuno dei quali amplia e contemporaneamente ridefinisce il significato dello strato precedente.

La giurisprudenza ha consolidato questa evoluzione, sebbene con esiti che vanno letti nel loro effettivo perimetro. La Cassazione penale, sez. IV, 21 gennaio 2016, n. 2541¹¹, con riferimento al personale in servizio presso un'unità di terapia intensiva coronarica, ha affermato che tale personale «fa un *training* specifico e [...] non è mero esecutore, ma in qualche modo agisce da medico». La successiva pronuncia della Cassazione penale, sez. IV, 25 maggio 2022, n. 21449¹², ha confermato, in un caso diverso, la rilevanza penale dell'omessa segnalazione al medico da parte dell'infermiere che si accorga di un aggravamento delle condizioni del paziente.

Tuttavia, queste pronunce giurisprudenziali non vanno sopravvalutate: entrambe si collocano nell'ambito della responsabilità penale e non affermano un principio generale di equiparazione tra ruolo infermieristico e ruolo medico. Esse mostrano piuttosto come l'ampliamento dell'autonomia professionale si accompagni a una corrispondente ridefinizione delle responsabilità concretamente esigibili.

Il passaggio dalle «mansioni» alle «competenze» rappresenta, pertanto, molto più di una modifica terminologica: segna la trasformazione dell'infermiere da esecutore di attività normativamente delimitate a professionista titolare di competenze e responsabilità proprie. Ma l'ampliamento dell'autonomia professionale non coincide automaticamente con l'autonomia organizzativa ed economica. È proprio questo scarto che emerge nelle fasi successive, a partire dal vincolo di esclusività.

2.4. Il vincolo di esclusività e la sua progressiva erosione

Il vincolo di esclusività nel pubblico impiego sanitario rappresenta un ulteriore elemento di tensione tra autonomia professionale e condizioni concrete di esercizio della professione. Storicamente disciplinato dall'art. 4, comma 7, della L. n. 412/1991 e dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, tale regime ha limitato la possibilità per il personale sanitario del comparto di svolgere attività libero-professionale al di fuori del rapporto con il Servizio sanitario nazionale, secondo un assetto differenziato rispetto alla disciplina prevista per la dirigenza medica. Il Decreto-Legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito con modificazioni dalla L. 27 febbraio 2026, n. 26¹³, art. 5, comma 7, ha prorogato fino al 31 dicembre 2027 la possibilità per gli esercenti le professioni sanitarie individuate dalla Legge n. 43/2006 di svolgere attività libero-professionale al di fuori dell'orario di servizio.

La proroga rappresenta un'ulteriore tappa nella progressiva erosione del vincolo, ma non ne determina il superamento definitivo. Si tratta infatti di una misura temporalmente delimitata e condizionata, che amplia gli spazi di esercizio della libera professione senza modificare in modo organico il rapporto tra impiego pubblico, esercizio professionale e organizzazione del lavoro sanitario. Anche in questo caso

¹¹ Cass., pen., sez. IV, 21 gennaio 2016, n. 2541, che, con riferimento al personale in servizio presso un'unità di terapia intensiva coronarica, ha osservato che tale personale «fa un *training* specifico e [...] non è mero esecutore, ma in qualche modo agisce da medico». La pronuncia, resa in un giudizio per omicidio colposo a carico del direttore della divisione, riguarda quindi la posizione del personale infermieristico di terapia intensiva cardiologica, non l'infermiere in generale.

¹² Cass., pen., sez. IV, 25 maggio 2022, n. 21449.

¹³ Art. 5, comma 7, D.L. 31 dicembre 2025, n. 200, convertito con modificazioni dalla L. 27 febbraio 2026, n. 26, che modifica l'art. 3-quater, comma 1, del D.L. 21 settembre 2021, n. 127, convertito con modificazioni dalla L. 19 novembre 2021, n. 165.

emerge lo scarto tra riconoscimento dell'autonomia professionale e condizioni strutturali del suo esercizio: l'ordinamento amplia gli spazi di azione individuale, ma non determina automaticamente una corrispondente trasformazione dell'assetto organizzativo e contrattuale.

3. La riforma del 2026: specializzazione e stratificazione interna

3.1. La nuova architettura della classe LM/SNT1

Se il periodo 1994-2000 rappresenta il principale passaggio nella costruzione normativa dell'autonomia infermieristica, il 2026 introduce un nuovo livello di differenziazione professionale: alla progressiva definizione delle competenze si affiancano ora percorsi specialistici, funzioni dedicate alla ricerca clinica e una ridefinizione dei percorsi formativi. La novità non consiste, dunque, soltanto nell'ampliamento delle competenze, ma nella crescente articolazione interna della professione.

Il D.M. 6 febbraio 2026, n. 159 ridetermina la classe LM/SNT1 e introduce tre percorsi specialistici magistrali: cure neonatali e pediatriche; cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità; cure intensive ed emergenza.

La logica è quella della specializzazione clinica post-base, modellata sull'esempio delle *clinical nurse specialist* anglosassoni¹⁴. L'obiettivo dichiarato è duplice: elevare la qualificazione scientifica della professione, e rispondere a fabbisogni assistenziali complessi (cronicità, emergenza, area materno-infantile) che il modello generalista non è in grado di coprire adeguatamente.

3.2. Il problema della stratificazione interna

La riforma, tuttavia, produce un effetto non dichiarato ma prevedibile: l'introduzione di percorsi specialistici magistrali all'interno di una professione che già conosce una distinzione tra laurea triennale e laurea magistrale rischia di generare una stratificazione a tre livelli: l'infermiere generalista (laurea triennale L/SNT1); l'infermiere specialista (laurea magistrale LM/SNT1, percorso specialistico); l'infermiere dirigente o coordinatore (laurea magistrale LM/SNT1, percorso gestionale o master di primo livello).

Il rischio è che la stratificazione non sia accompagnata da una corrispondente differenziazione retributiva e di carriera. In assenza di meccanismi contrattuali che valorizzino la specializzazione clinica, il nuovo titolo rischia di essere percepito come un onere aggiuntivo senza benefici corrispondenti, con conseguente disincentivo alla sua acquisizione.

Questa dinamica è ben nota alla sociologia delle professioni: quando la licenza formativa si espande senza che si espanda la giurisdizione - l'area di competenza esclusiva e le risorse associate - si produce inflazione credenzialista, non professionalizzazione sostanziale. Come ha sintetizzato efficacemente Andrew Abbott¹⁵, «*jurisdiction is the link between a profession and its work*»: in assenza del controllo effettivo sulle condizioni, sulle decisioni e sulle risorse con cui tale lavoro viene svolto, l'elevamento dei requisiti accademici e specialistici rischia di ridursi a un mero involucro formale incapace di tradursi in un'effettiva riallocazione del potere professionale.

14. YOUNG L., How To Choose Your Nursing Specialism, <https://www.nurses.co.uk/blog/career-pathways/how-choose-your-nursing-specialism>, 9 ottobre 2020.

15. ABBOTT A., The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, University of Chicago Press, 1988 (in part. Cap. 1, Professional Work, p. 20)

3.3. L'impatto sulle aziende sanitarie

La riforma produce un impatto diretto sulle aziende sanitarie, richiedendo una programmazione mirata del fabbisogno di personale specializzato e la riprogettazione dei modelli di *skill-mix*. Tuttavia, la programmazione presuppone: la definizione dei fabbisogni in termini quantitativi e qualitativi; la disponibilità di risorse per l'attivazione dei percorsi specialistici; la coerenza tra i percorsi formativi e i modelli organizzativi adottati.

Su nessuno di questi tre punti il D.M. n. 159/2026 fornisce indicazioni vincolanti. La riforma prescrive l'architettura, ma lascia indeterminati gli strumenti attuativi. È qui che si annida il rischio di un'implementazione simbolica.

4. La ricerca infermieristica negli IRCCS: riconoscimento e limiti

4.1. La figura dell'infermiere di ricerca clinica

Il D.Lgs. 31 marzo 2026, n. 67 interviene sull'organizzazione degli IRCCS rafforzando il principio di integrazione tra assistenza, ricerca e formazione¹⁶. In questo quadro organizzativo, la funzione di ricerca non è più separata dall'assistenza, ma ne costituisce una componente strutturale: è in questo contesto che il decreto introduce la figura dell'infermiere di ricerca clinica, riconoscendone competenze tecnico-scientifiche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

Il provvedimento prevede la possibilità di conferire due distinti incarichi - quello di responsabile di ricerca clinica e quello di infermiere di ricerca clinica - ciascuno correlato alle rispettive competenze: al primo restano riservate le funzioni di responsabilità scientifica della sperimentazione, al secondo la gestione delle attività infermieristiche e assistenziali relative ai pazienti arruolati negli studi, dalla gestione dei protocolli al monitoraggio dei partecipanti.

Il riconoscimento è giuridicamente significativo: la ricerca clinica non è più appannaggio esclusivo della professione medica, e l'infermiere vi partecipa come soggetto competente, non come mero esecutore di protocolli. Si tratta di un'evoluzione coerente con la *evidence-based practice* e con il ruolo crescente della *nursing research* nel panorama internazionale, che trova negli IRCCS non solo un ambito applicativo, ma un contesto strutturale di partecipazione ai processi decisionali della ricerca clinica.

4.2. I limiti strutturali del riconoscimento

Il riconoscimento, però, presenta limiti strutturali che vanno esplicitati. Assenza di dotazione organica dedicata: la figura è riconosciuta, ma non è previsto un organico specifico. L'infermiere di ricerca rischia di essere una funzione esercitata a scapito dell'attività assistenziale, senza riduzione del carico clinico.

Assenza di percorsi formativi specifici prefigurati: il D.Lgs. n. 67/2026 non indica quali competenze siano richieste né quali percorsi formativi le producano. Il rinvio è implicito alla formazione magistrale, ma senza coordinamento esplicito con il D.M. n. 159/2026.

¹⁶ D.Lgs. 31 marzo 2026, n. 67, art. 4.

Assenza di meccanismi di valorizzazione economica: la ricerca infermieristica non è accompagnata da incentivi specifici (indennità di ricerca, *project-based pay*, ecc.). In un contesto di risorse scarse, la ricerca rischia di essere la prima attività a essere sacrificata quando il carico assistenziale aumenta.

Il riconoscimento formale, in altri termini, non è auto-sufficiente: richiede un ecosistema di condizioni organizzative, formative ed economiche che il decreto non predispone.

5. Il paradosso della soppressione del corso di laurea in Infermieristica pediatrica

5.1. La scelta normativa

Il D.M. 25 febbraio 2026, n. 177 interviene sulla classe triennale L/SNT1 e sul D. I. 19 febbraio 2009¹⁷, sopprimendo il corso di laurea triennale in Infermieristica pediatrica e prevedendo un regime transitorio fino al 2027/2028.

La scelta è coerente con la logica della specializzazione post-base: l'infermieristica pediatrica non è più una formazione iniziale differenziata, ma una specializzazione magistrale. L'argomento è che la cura del bambino richieda competenze avanzate che una laurea triennale non può garantire adeguatamente.

5.2. Le obiezioni

L'argomento ha una sua plausibilità, ma trascura alcuni effetti controintuitivi. Perdita di identità professionale precoce: il corso di laurea in Infermieristica pediatrica formava professionisti con un'identità chiara fin dall'inizio del percorso. La sua soppressione ritarda la costruzione di tale identità al livello magistrale, con possibili ripercussioni sulla *retention* nei reparti pediatrici.

Rischio di gap occupazionale: la specializzazione magistrale richiede tempi più lunghi (tre più due anni). Nel periodo transitorio, i reparti pediatrici potrebbero trovarsi con carenza di personale qualificato, senza che il decreto preveda misure compensative.

Incertezza sull'effettiva attivazione dei percorsi magistrali: l'attivazione dei percorsi specialistici dipende dalla programmazione regionale e dalle scelte degli atenei. Non è garantito che tutte le regioni attivino il percorso in cure neonatali e pediatriche, con il rischio di disomogeneità territoriale nell'accesso alla specializzazione.

La soppressione, in altri termini, sposta il problema dal livello triennale a quello magistrale, senza risolverlo. Anzi, lo complica, perché introduce un ulteriore filtro (l'accesso alla magistrale) in un'area, la pediatria, già caratterizzata da carenza cronica di personale.

6. Conclusioni: tra riconoscimento formale e sostenibilità sostanziale

Dal modello ausiliario delle origini alle riforme del 2026, la professione infermieristica ha attraversato un profondo processo di trasformazione giuridica, culturale e scientifica. L'evoluzione normativa risponde

¹⁷ Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 25 maggio 2009 n. 119, Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie. **Bibliografia Fonti normative** Regio Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832. Regio Decreto 31 maggio 1928, n. 1334. D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225. D.M. 14 settembre 1994, n. 739. L. 26 febbraio 1999, n. 42. L. 10 agosto 2000, n. 251. D.M. 6 febbraio 2026, n. 159. D.M. 25 febbraio 2026, n. 177. D.Lgs. 31 marzo 2026, n. 67. L. 27 febbraio 2026, n. 26. **Giurisprudenza** Cass. pen., sez. IV, 21 gennaio 2016, n. 2541. Cass. pen., sez. IV, 25 maggio 2022, n. 21449. **Dottrina** Abbott A., The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, University of Chicago Press, 1988. Freidson E., Professionalism: The Third Logic, Polity Press, 2001. Streeck W., Thelen K. (a cura di), Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies, Oxford University Press, 2005.

alle mutate esigenze del Servizio sanitario nazionale (SSN), caratterizzato da crescente complessità assistenziale, invecchiamento della popolazione e necessità di modelli interdisciplinari.

Tuttavia, la lezione del 2026 è ambivalente. Da un lato, i tre provvedimenti consolidano la specializzazione clinica come risorsa strategica della professione, riconoscono la ricerca infermieristica negli IRCCS come funzione distinta e qualificata, e razionalizzano l'offerta formativa, superando frammentazioni storiche.

Dall'altro lato, essi non predispongono i meccanismi attuativi (risorse, organici, incentivi) necessari a rendere effettivi i riconoscimenti formali; non affrontano il rischio di stratificazione interna alla professione, con conseguente possibile inflazione credenzialista; non garantiscono l'omogeneità territoriale nell'accesso alla specializzazione; non risolvono il nodo del rapporto tra autonomia professionale e governo clinico, che resta affidato alla contrattazione e alla discrezionalità organizzativa.

Il riordino degli IRCCS completa il percorso sul piano simbolico, ma non ancora su quello sostanziale. Il vero banco di prova sarà l'attuazione: la capacità delle Regioni, degli atenei e delle aziende sanitarie di tradurre i riconoscimenti giuridici in pratiche organizzative e retributive coerenti. Senza questa traduzione, il rischio è che la professione infermieristica italiana continui a essere riconosciuta sulla carta e sottovalutata nella pratica: un esito che la storia del mansionario avrebbe dovuto insegnare a evitare.

Il nodo, pertanto, non risiede esclusivamente nella quantità o nella qualità dei riconoscimenti normativi prodotti, ma nella loro capacità di tradursi in effettive trasformazioni organizzative, professionali e materiali.