

# “Hidden Nursing Care” (HNC) negli ambulatori a gestione infermieristica: I risultati preliminari dello studio esplorativo osservazionale descrittivo multicentrico sul territorio italiano (ENLIGHT-Amb)

*Francesco Zaghini<sup>1</sup>, Valeria Caponnetto<sup>2</sup>, Marco Di Nitto<sup>3</sup>, Paolo Iovino<sup>4</sup>, Iliaria Marcomini<sup>5</sup>,  
Valentina Vanzi<sup>6</sup>, Alessandra Burgio<sup>7</sup>, Stefano Domenico Cicala<sup>8</sup>, Annamaria Bagnasco<sup>9</sup>,  
Giancarlo Cicolini<sup>10</sup>, Loreto Lancia<sup>11</sup>, Duilio Fiorenzo Manara<sup>12</sup>, Laura Rasero<sup>13</sup>, Gennaro Rocco<sup>14</sup>,  
Loredana Sasso<sup>15</sup>, Rosaria Alvaro<sup>16</sup>, Barbara Mangiacavalli<sup>17</sup>*

<sup>1</sup>PhD, MSN, RN, Ricercatore, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Italia ORCID: 0000-0002-3327-5751

<sup>2</sup>PhD, MSN, RN Ricercatrice, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, Italia ORCID: 0000-0003-4573-6110

<sup>3</sup>PhD, MSN, RN Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia ORCID: 0000-0001-8951-622X

<sup>4</sup>PhD, MSN, RN Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze, Italia ORCID: 0000-0001-5952-881X

<sup>5</sup>PhD, MSN, RN Assegnista di Ricerca, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia ORCID: 0000-0001-8096-0199

<sup>6</sup>PhDs, MSc, RN, ped RN, Assegnista di Ricerca, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica c/o OPI Roma, Centro Interdipartimentale per la Ricerca e la Formazione (CIFAPPS), Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Italia ORCID: 0000-0002-7386-7532

<sup>7</sup>Dirigente di Ricerca, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Roma, Italia ORCID: 0000-0001-8017-7452

<sup>8</sup>PhD UOSD Statistica e Flussi Informativi sanitari, AGENAS – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma, Italia ORCID: 0000-0002-2087-3437

<sup>9</sup>PhD, MSN, RN, MEdSc, FFMRCISI Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia ORCID: 0000-0002-9079-8460

<sup>10</sup>PhD, MSN, RN Professore Ordinario, Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università degli Studi “G.d’Annunzio” Chieti – Pescara, Italia ORCID: 0000-0002-2736-1792

<sup>11</sup>MSN, RN Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, Italia ORCID: 0000-0002-2345-1731

<sup>12</sup>MSN, RN Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Associato Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia ORCID: 0000-0001-5182-6994

<sup>13</sup>MSN, RN Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Associato Dipartimento di Scienze della Salute Università di Firenze, Italia ORCID: 0000-0003-4460-8002

<sup>14</sup>PhD, MSN, RN, FAAN, FFMRCISI Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Direttore Scientifico Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica c/o OPI Roma, Italia ORCID: 0000-0002-9211-3752

<sup>15</sup>MSN, MEdSc, RN, FAAN, FFMRCISI Direttore Scientifico CERSI-FNOPI, già Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia ORCID: 0000-0001-5886-5937

<sup>16</sup>MSN, RN, FAAN, FESC Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Italia ORCID: 0000-0002-4659-1569

<sup>17</sup>MSN, RN Presidente Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche FNOPI, Rome, Italia

Corrispondenza: [valentina.vanzi@fnopi.it](mailto:valentina.vanzi@fnopi.it)

## RIASSUNTO

**Introduzione:** L'attività infermieristica ambulatoriale garantisce continuità delle cure e migliori esiti clinici ma non sono chiari i percorsi della loro erogazione ai cittadini e attribuzione dei costi. Tutto ciò dà origine al fenomeno delle “Hidden Nursing Care”.

**Obiettivi:** Censire, descrivere e misurare le attività infermieristiche erogate nei servizi ambulatoriali in Italia.

**Materiali e metodi:** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo cross-sectional attraverso un'indagine strutturata composta da 30 domande somministrate a coordinatori/referenti infermieristici e da interviste web semi-strutturate ai dirigenti infermieristici.

**Risultati:** Lo studio ha coinvolto 23 aziende in 12 regioni italiane, censendo 220 ambulatori. Nel 2023 sono state erogate 1.380.337 prestazioni a 449.224 pazienti. Gli ambulatori hanno prevalentemente sede negli ospedali e sono stati attivati con Delibere Aziendali o Documenti Organizzativi di Dipartimento (N = 57; 28,5% ciascuno). Il 42,3% (N = 93) degli ambulatori afferisce a specialistiche mediche. L'“Ambulatorio Infermieristico Generale” risulta la categoria più rappresentata (N = 103; 46,8%). Il Prelievo di sangue venoso è la prestazione più frequente (N = 471.836; 34,2%). Dalle 12 interviste effettuate ai dirigenti di 8 diverse regioni, è emerso che la responsabilità degli ambulatori infermieristici spesso non è attribuita ai dirigenti infermieristici e non esiste un sistema di attribuzione dei costi e dei ricavi sostenuti/ottenuti.

**Discussione e conclusioni:** I dati raccolti di questa restituzione preliminare pur rappresentando un contributo conoscitivo delle “Hidden Nursing Care”, hanno evidenziato la mancanza di specifici percorsi standardizzati per la loro erogazione e attribuzione. L'introduzione di un tariffario condiviso potrebbe migliorare l'allocazione delle risorse, ottimizzare i processi e ridurre le liste d'attesa.

**Parole chiave:** Ambulatori ospedalieri; Servizi infermieristici; Amministrazione dei servizi sanitari; Utilizzo delle risorse sanitarie; Qualità dell'assistenza sanitaria.

## Hidden Nursing Care (HNC) in Nurse-Led Outpatient Clinics: Preliminary Results of a Multicentre Exploratory Descriptive Observational Study on the Italian Territory (ENLIGHT-Amb)

### ABSTRACT

**Introduction:** Nursing activities in outpatient settings ensure continuity of care and improved clinical outcomes but the ways in which they are delivered to citizens and the common system of attribution are not clear. This leads to the phenomenon known as Hidden Nursing Care.

**Objectives:** To record, describe and measure the nursing activities provided in outpatient services in Italy.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive observational study was conducted using a structured survey consisting of 30 questions administered to nursing coordinators/leads and through semi-structured web interviews with nursing managers.

**Results:** The study involved 23 healthcare organizations across 12 Italian regions, surveying a total of 220 outpatient clinics. In 2023, 1.380.337 services were provided to 449.224 patients. Most of the clinics are located within hospital and were officially established through Corporate Resolutions or Departmental Organizational Documents (N = 57; 28,5% each). 42,3% (N = 93) of the clinics fall under medical specialties. “General Nursing Outpatient Clinic” emerged as the most represented category (N = 103; 46,8%). Venous blood sampling was the most frequently provided service (N = 471.836; 34,2%). From the 12 interviews conducted with managers from 8 different regions, it emerged that responsibility for nursing outpatient clinics is often not assigned to nursing managers, and there is no system in place for attributing the costs incurred and revenues generated.

**Discussion and conclusions:** The collected data of this preliminary report, while representing a knowledge contribution of the Hidden Nursing Care pointed out the absence of specific standardized procedures for their delivery and allocation. The introduction of a recognized fee schedule could improve resource allocation, streamline processes, and potentially reduce waiting times.

**Key words:** Outpatient Clinics; Nursing Services; Health Services Administration; Health Resource Utilisation; Quality of Health Care.

### INTRODUZIONE

L'assistenza infermieristica ha un ruolo centrale nella risposta ai bisogni di salute della popolazione (Duffy, 2022; Karaca & Durna, 2019), ma ancora oggi, nei sistemi di rimborso, le attività infermieristiche erogate vengono di norma classificate tra i costi gestionali generali rendendo quasi impossibile quantificare le prestazioni infermieristiche (Welton et al., 2006, 2008; Pirson et al., 2013). Tutto questo genera il fenomeno conosciuto come “Hidden Nursing Care” (HNCs) e cioè, l'assistenza infermieristica “nascosta”.

La presenza del fenomeno delle HNCs sta a significare che, pur essendo erogata, una prestazione infermieristica non è visibile nei sistemi sanitari e si perde nei flussi informativi delle aziende, per mancanza di sistemi di misurazione coerenti e di un linguaggio standardizzato (Cesare et al., 2023). Come dimostrato da numerose ricerche questo rende difficile dimostrare e valutare correttamente l'impatto, il peso e l'utilità che le attività e/o prestazioni infermieristiche hanno nei diversi contesti e percorsi assistenziali (Di Nitto et al., 2025; Welton & Longyear, 2024; Griffiths et al., 2021), pertanto risulta fondamentale censirle,

misurarle e comprenderne i percorsi di erogazione e attribuzione.

La mancata misurazione e quindi una attribuzione non accurata delle attività infermieristiche può compromettere l'intero sistema sanitario. Infatti, tali attività, fondamentali nel processo assistenziale dei pazienti (Ajibade, 2021; Coster et al., 2018), se non adeguatamente quantificate e misurate, non rappresentano in modo realistico il processo di presa in carico dei pazienti e i bisogni reali di assistenza espressi dai cittadini. Questo impedisce, almeno in parte, una corretta programmazione e orientamento delle politiche sanitarie e quindi un'adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione (Allen, 2015).

In particolare, quelle che abbiamo definito HNCs sono più evidenti in specifici contesti assistenziali a completa gestione infermieristica. Le attività infermieristiche svolte negli ambulatori Wound Care o Stoma Care ad esempio, pur fornendo quotidianamente risposte ai bisogni assistenziali dei pazienti, che altrimenti rimarrebbero insoddisfatti o troverebbero una risposta al di fuori del sistema sanitario pubblico, in molte realtà non sono riconosciute correttamente (Connolly & Cotter, 2023; Moen et al., 2023; Rogers et al., 2004; Verzelloni et al., 2025). Dai dati raccolti, infatti, risulta che nella maggior parte dei casi i sistemi di registrazione e di quantificazione anche economica della prestazione erogata non viene attribuita ai professionisti infermieri ma a centri di responsabilità e di costo generici.

Quando le attività infermieristiche non sono correttamente censite e quindi riconosciute e attribuite agli infermieri, inoltre, possono avere un impatto negativo sul benessere e sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri in quanto generano ambiguità organizzativa e frustrazione (Zaghini et al., 2017). Dove è presente il fenomeno delle HNCs infatti, gli infermieri non vedono riconosciute le loro competenze cliniche all'interno della struttura sanitaria di riferimento (Sili et al., 2014; Zaghini et al., 2015), generando una percezione negativa dell'ambiente di lavoro (Della Bella et al., 2022) che incide sulle performance e sulla riduzione del benessere organizzativo dei professionisti infermieri (Fiorini et al., 2022). Tutto questo si riflette inevitabilmente sulla qualità delle cure e sulla sicurezza dei pazienti (Chaboyer et al., 2021; Khamisa et al., 2015).

Le HNCs, infine, possono contribuire a determinare l'allungamento delle liste d'attesa. Infatti, la crescente domanda sanitaria legata alla transizione epidemiologica e demografica, associata alla limitata disponibilità di specifici ambulatori infermieristici che possano

rispondere ai bisogni dei cittadini, genera ritardi nell'accesso alle cure (Landi et al., 2021; France et al., 2005). In particolare, le HNCs non potendo seguire un percorso definito e standardizzato specifico infermieristico per la loro erogazione ai cittadini, confluiscono i percorsi generici o afferenti ad altre discipline, di per sé già sovraccarichi. Il problema principale consiste proprio nell'assenza di norme, regolamenti e percorsi condivisi e standardizzati che non consentono l'istituzione di ambulatori infermieristici e l'erogazione di prestazioni infermieristiche all'interno delle aziende sanitarie anche quando vi sia la volontà di farlo. Questo costringe i cittadini a rivolgersi ad altri servizi, con conseguente sovraccarico e allungamento delle liste di attesa. Per sopperire a questa carenza, le aziende si sono organizzate autonomamente secondo le proprie possibilità, generando una forte disomogeneità nell'offerta assistenziale a livello nazionale. Infatti, mentre alcune aziende sanitarie hanno attivato percorsi ambulatoriali infermieristici strutturati, altri hanno scelto di non farlo.

In aggiunta a tutto questo, l'assenza di una normativa specifica, dovuta a una lacuna legislativa, comporta la mancanza di un nomenclatore tariffario dedicato all'assistenza ambulatoriale infermieristica. Tale assenza impedisce la possibilità di richiedere e prescrivere formalmente prestazioni infermieristiche ambulatoriali, consolidando nel tempo la prassi secondo cui, per accedere ai servizi offerti dagli ambulatori infermieristici, sia necessario prenotare una visita specialistica afferente ad altre discipline già incluse nei nomenclatori tariffari regionali. Questo processo contribuisce ad aggravare il problema dell'allungamento delle liste di attesa, determinando un duplice effetto negativo: da un lato, ritardi nelle cure per i cittadini, dall'altro, un crescente ricorso al sistema sanitario privato.

Al contrario, se fossero strutturati e riconosciuti gli ambulatori infermieristici e fossero regolamentati i percorsi di accesso prevedendo agende dedicate e slot di prestazioni codificati anche nei nomenclatori regionali, si potrebbe contribuire a ridurre le liste di attesa e rispondere più efficacemente alle richieste della popolazione.

Nonostante tutte queste mancanze e difficoltà, in Italia, da diversi anni sono presenti ambulatori infermieristici in molte strutture sanitarie che agiscono quotidianamente nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. Qualora però si vogliano conoscere i dettagli di questi percorsi e attività, in letteratura non esistono studi nazionali che hanno indagato le dinamiche organizzative e di rendicontazione delle attività infermieristiche svolte, o che

abbiano avuto la volontà di valutare l'adeguatezza dell'utilizzo delle risorse disponibili. A livello internazionale, la situazione è diversa, infatti, i percorsi ambulatoriali infermieristici esistono da diverse decadi e sono strutturati in percorsi specifici e riconosciuti (Li et al., 2025), anche se, come in Italia, i sistemi di rimborso non sempre sono chiaramente definiti (Tobbell, 2025).

Per questo motivo, ad oggi non è possibile individuare un modello di riferimento o un percorso standardizzato per le attività infermieristiche ambulatoriali, circostanza che alimenta il fenomeno delle HNCs e che altera i risultati della programmazione sanitaria.

Alla luce di quanto esposto, risulta necessaria e cogente una ricognizione puntuale delle attività infermieristiche ambulatoriali in modo da esplicitare il loro impatto sulla salute pubblica (Knauf et al., 2006; Welton et al., 2006; Welton & Harper, 2016), rendere trasparenti i processi e consentire una riorganizzazione dei percorsi assistenziali che permetta di renderli efficienti ed in grado di erogare le prestazioni realmente richieste dai cittadini, con ricadute positive sulle liste di attesa, sull'utilizzo inappropriato delle risorse e sulla valorizzazione del lavoro degli infermieri.

## OBIETTIVI

In linea con queste considerazioni, in questo studio parziale e preliminare ci si è posti l'obiettivo di censire gli ambulatori a gestione esclusivamente infermieristica e istituiti con atto formale nelle strutture sanitarie pubbliche, quantificare le prestazioni erogate, descrivere i sistemi di codifica adottati e le modalità di attribuzione dei costi, portando alla luce, in una prospettiva esclusivamente descrittiva le attività oggi nascoste, ma necessarie per rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini.

## MATERIALI E METODI

Questo lavoro propone risultati parziali e preliminari e parziali, dello studio ENLIGHT Ambulatori il cui protocollo di studio è stato precedentemente pubblicato (Zaghini et al., 2024).

### *Disegno dello studio*

Il disegno di questo studio è di tipo osservazionale descrittivo cross-sectional. Il presente report è stato redatto seguendo le indicazioni del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement* (Von Elm et al., 2008).

### *Soggetti e procedura*

Per raggiungere l'obiettivo della ricerca, è stato condotto uno studio esplorativo descrittivo nei setting ambulatoriali, territoriali (distrettuali,

case della salute, ecc.) o ospedalieri pubblici ad esclusiva conduzione e gestione infermieristica istituiti con atto formale, che rappresenta la prima fase di analisi dei dati raccolti con il più ampio studio ENLIGHT-Amb (Zaghini et al., 2024). Sono state arruolate tutte le aziende che si sono rese disponibili in modalità propositiva a partecipare allo studio. Per fare questo, a tutte le strutture del territorio nazionale che rispondevano ai criteri di inclusione (in possesso di ambulatori a gestione esclusivamente infermieristica, istituiti con atto formale inviati e verificati dal comitato scientifico), è stata inviata una lettera di intenti con la specifica richiesta di partecipazione. I dati sono stati raccolti nel periodo compreso tra Giugno 2024 e Maggio 2025, per mezzo di una survey elaborata ad hoc su piattaforma Limesurvey® ed inviata via mail. Successivamente, esclusivamente i dirigenti infermieristici delle aziende i cui dati raccolti nelle survey risultavano poco chiari o mancanti, sono stati contattati attraverso delle web call per la conduzione di un'intervista telefonica strutturata volta a comprendere le reali dinamiche organizzative e gestionali degli ambulatori.

### *Strumenti e variabili raccolte*

In questo articolo, vengono riportati i risultati parziali e preliminari relativi all'indagine condotta su due livelli di analisi. La prima sui coordinatori/referenti infermieristici ambulatoriali, a cui sono state chieste informazioni e caratteristiche degli ambulatori, numerosità e tipologia delle attività svolte, riferite all'anno solare 2023. La seconda, fatta sui dirigenti infermieristici delle aziende arruolate nello studio, a cui sono state effettuate delle interviste semi-strutturate via web utilizzando la piattaforma Teams. Maggiori dettagli relativi alla composizione delle indagini e alle informazioni raccolte sono riportati nel protocollo dello studio ENLIGHT-Amb (Zaghini et al., 2024).

L'indagine condotta sui coordinatori/referenti ambulatoriali era composta da 2 sezioni per un totale di 30 domande, una relativa alle informazioni generali degli ambulatori e una seconda sezione relativa alle modalità e ai percorsi di erogazione/attribuzione delle attività infermieristiche svolte in ambulatorio.

In particolare, la prima sezione mirava a raccogliere informazioni sulle caratteristiche degli ambulatori, come Regione, Azienda, Provincia, struttura di appartenenza, sede di svolgimento delle attività (interna o esterna all'ospedale), numero di infermieri operanti e possesso di master specifico, la tipologia e il numero di prestazioni erogate. Inoltre, erano

presenti campi di testo per specificare denominazione dell'ambulatorio, modalità di accesso dei pazienti, orari di apertura del servizio e il numero di giorni e ore settimanali di attività.

Nella seconda sezione veniva richiesto di riportare se il sistema utilizzato per documentare le prestazioni fosse cartaceo, informatizzato o misto, se fosse possibile l'esportazione dei dati, se esistessero tracciati di rendicontazione specifici per le prestazioni infermieristiche e se fosse possibile identificare tali attività attraverso codici aziendali o regionali.

Per ciò che concerne le interviste semi-strutturate, volte a chiarire e ad approfondire i

dati forniti nelle survey fatte ai coordinatori/referenti infermieristici, è stato predisposto un colloquio con il dirigente infermieristico, al quale dopo aver richiesto informazioni di tipo anagrafico dell'azienda (Regione, Provincia, Azienda, ecc.), sono state rivolte domande circa i percorsi e le modalità di attribuzione dei costi delle attività infermieristiche degli ambulatori. Per effettuare le interviste semi-strutturate è stata seguita la traccia riportata in Tabella 1 composta da 6 domande guida a cui l'intervistato poteva rispondere liberamente esplicitando le specifiche dinamiche della sua azienda.

**Tabella 1** – Strumento per Interviste Dirigenti Infermieristici.

N	Domanda	Risposta
1	"A chi è attribuita la prestazione fatta dall'ambulatorio infermieristico?", esiste uno specifico Tariffario?	
2	Come vengono attribuiti i costi/ricavi alle Professioni Infermieristiche?	
3	Attraverso quale processo nella vostra azienda i costi/ricavi degli ambulatori vengono attribuiti al centro di responsabilità/di costo specifico infermieristico/di comparto?	
4	Con quali modalità è possibile prenotare la prestazione dell'ambulatorio infermieristico? (con ricetta del Medico con codici specifici per le singole prestazioni)	
5	Se è possibile prenotare la prestazione dell'ambulatorio infermieristico con ricetta del Medico con codici specifici per le singole prestazioni, poi i costi/ricavi delle attività infermieristiche come vengono rendicontate? (Contabilmente ed Economicamente)	
6	In che modo le attività infermieristiche vengono codificate, richieste e registrate negli ambulatori a gestione infermieristica?	

**Analisi dei dati**

Per presentare i risultati preliminari riportati in questo articolo, i dati sono stati analizzati in forma aggregata e anonima, senza effettuare distinzioni nella loro natura di provenienza (e.g. ospedaliera, territoriale). In primo luogo, vista la natura esplorativa dello studio e l'estrema eterogeneità dei dati pervenuti, alcune caratteristiche dei servizi indagati, quali ad esempio la denominazione degli ambulatori, la denominazione delle specialistiche cliniche di afferenza o le attività svolte negli ambulatori, sono state categorizzate rispettando la natura del dato fornito utilizzando delle parole chiave di aggregazione. A titolo di esempio si può citare l'ambulatorio che è stato categorizzato come Accessi Vascolari in cui sono ricompresi quelli che nelle survey sono stati indicati come: "Ambulatorio Accessi Venosi", "Team Accessi Vascolari", "Vascular team Multidisciplinare", "Ambulatorio Accessi Vascolari", "Picc-Team", "Ambulatorio lavaggio port", "CVC, e altri accessi vascolari". Un altro esempio è l'ambulatorio categorizzato come "Infermieristico Generale" a cui afferiscono quelli che nelle survey sono stati indicati come: "Ambulatorio Infermieristico", "Presidio Aziendale Infermieristico", "Presidio

Infermieristico", ecc.

Successivamente sono state avviate statistiche descrittive (frequenza, percentuale, media, moda, mediana, range e deviazione standard) di quanto fornito attraverso la survey coordinatori/referenti, in modo da ottenere un primo quadro di quanto presente in Italia circa le HCNs agite dagli infermieri negli ambulatori. Le analisi sono state condotte utilizzando Microsoft Excel, componente della suite Microsoft Office, per la gestione e l'elaborazione dei dati.

I dati raccolti attraverso interviste semi-strutturate non sono stati sottoposti a un'analisi qualitativa sistematica. L'obiettivo principale di queste interviste era quello di fornire chiarimenti e approfondimenti su punti specifici emersi durante la fase quantitativa della ricerca, fungendo da strumento di triangolazione e supporto interpretativo.

**Considerazione etiche**

Lo studio è stato condotto in conformità a quanto stabilito alla normativa internazionale (Dir. EU 2001/20/EC) ed al suo recepimento nazionale (DM 15 Luglio 1997; D. Lgs 211/2003; D. Lgs 200/2007) in merito alla sperimentazione clinica ed ai principi della

Dichiarazione di Helsinki allo scopo di assicurare la massima protezione dei soggetti coinvolti, ha ottenuto parere favorevole del comitato etico territoriale Lazio 2 (21.24 CET2 utv\_PTV). I dati personali sensibili, clinici e no, dei soggetti coinvolti nello studio sono stati trattati secondo quanto stabilito in materia dalla normativa nazionale (D. Lgs 196/2003).

## RISULTATI

Allo studio hanno partecipato 12 Regioni, 19 Province e 23 Aziende. Nei 220 Ambulatori censiti, lavorano 765 Infermieri che nell'anno 2023 hanno erogato 1.380.337 prestazioni a 449.224 pazienti (Tabella 2).

**Tabella 2** – Caratteristiche generali degli ambulatori inclusi nello studio.

REGIONE	PROVINCIA	AMBULATORI	INFERMIERI	PRESTAZIONI	PAZIENTI*
ABRUZZO	L'Aquila	19	61	97.678	19.166
	Pescara				
	Teramo				
BASILICATA	Potenza	3	18	24.066	3.286
CALABRIA	Cosenza	3	7	52.850	5.020
CAMPANIA	Salerno	4	20	103.742	22.519
	Napoli				
FRIULI	Pordenone	9	42	6.804	29.029
LAZIO	Roma	33	196	400.060	216.810
	Viterbo				
LIGURIA	La Spezia	8	15	16.425	470
PIEMONTE	Torino	11	42	18.382	21.036
PUGLIA	Barletta	12	36	21.066	10.007
	Brindisi				
SICILIA	Palermo	3	1	6.429	779
TOSCANA	Firenze	110	310	512.234	73.634
	Pistoia				
	Prato				
VAL D'AOSTA	Aosta	5	17	120.601	47.468
<b>12</b>	<b>19</b>	<b>220</b>	<b>765</b>	<b>1.380.337</b>	<b>449.224</b>

Note: \* Numero di persone prese in carico in regime ambulatoriale nell'anno 2023.

### Risultati della survey

In particolare, dai dati risulta che gli ambulatori arruolati nello studio si trovano per la maggior parte all'interno degli ospedali, attivati principalmente con Delibere Aziendali (N = 57; 28,5%) o con Documento Organizzativo di Dipartimento/Unità Operativa (N = 57; % = 28,5%), seguiti da Delibere Regionali (N = 35; 17,5%). Inoltre, nonostante gli ambulatori

arruolati nello studio siano tutti a gestione esclusivamente infermieristica, circa il 42,3% (N = 93) afferisce a una specialistica medica (Tabella 3).

Rispetto a quest'ultime, data la notevole varietà di specialistiche mediche indicate dai partecipanti, si è reso necessario effettuare una categorizzazione come da elenco riportato in tabella 3. Per cui, ad esempio, nell'Area Medica

(N = 38; 41,3%) afferiscono gli ambulatori di specialistiche quali Diabetologia, Endocrinologia, Ematologia, Pneumologia,

ecc., nell'Area Chirurgica (N = 24; 26,1%) afferiscono ambulatori di Senologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica, ecc.

**Tabella 3** – Caratteristiche degli Ambulatori inclusi nello studio.

	N	%
<b>Sede dell'Ambulatorio</b>		
<i>Interno alla struttura</i>	116	52,7%
<i>Esterno alla struttura</i>	104	47,3%
<b>Modalità di Attivazione</b>		
<i>Delibera regionale</i>	35	17,5%
<i>Delibera aziendale</i>	57	28,5%
<i>Documento organizzativo Dipartimento/Unità Operativa</i>	57	28,5%
<i>Altro</i>	13	6,5%
<i>Documenti non presenti</i>	38	19,0%
<b>Afferenza a Specialistica Medica</b>		
<i>Sì</i>	93	42,3%
<i>No</i>	127	57,7%
<b>Area di Afferenza</b>		
<i>Area Medica</i>	38	41,3%
<i>Area Chirurgica</i>	24	26,1%
<i>Area Urologica</i>	10	10,9%
<i>Cure Palliative</i>	4	4,3%
<i>Area Pediatrica</i>	4	4,3%
<i>Area Dialisi</i>	3	3,3%
<i>Area Psichiatrica</i>	2	2,2%
<i>Area Riabilitativa</i>	1	1,1%
<i>Più di un Area</i>	6	6,5%

Alla stregua della categorizzazione condotta per le specialistiche mediche a cui afferiscono gli ambulatori a gestione infermieristica partecipanti, sono state fatte delle categorie per individuare una denominazione unitaria vista la varietà delle denominazioni degli ambulatori sul territorio nazionale (Tabella 4). Infatti, in molti casi non è stata usata la stessa denominazione per definire ambulatori che esercitano le stesse

attività. Dopo la categorizzazione, la categoria maggiormente rappresentata è proprio l'“Ambulatorio Infermieristico Generale” (N = 103; 46,8%), in cui vengono svolte 714.147 (51,74%) attività trasversali di presa in carico dei pazienti, (ad es. assesment iniziale, esecuzione di medicazioni o raccolta di campioni biologici).

**Tabella 4** – Categorizzazione della Denominazione degli Ambulatori.

DENOMINAZIONE	Ambulatori	%	Prestazioni	%
<b>INFERMIERISTICO GENERALE</b> (Counseling, Raccolta Campioni biologici, Gestione Devices, Assistenza Esami Strumentali, ecc.)	103	46,8%	714.147	51,74%
<b>WOUND CARE</b> (Ferite Difficili, Management Lesioni da Pressione, Chirurgia plastica, Ortopedia, ecc.)	28	12,7%	201.493	14,60%
<b>CLINICO</b> (Assistenza Mal. Croniche, Cardiologiche, Pneumologiche, Cronicità, Endoscopia Digestiva, Gestione SNG, Educazione Sanitaria, ecc.)	27	12,3%	66.917	4,85%
<b>ACCESSI VASCOLARI</b> (PICC, Mid Line, Impianti, Management accessi vascolare, Terapia del dolore, ecc.)	24	10,9%	230.703	16,71%
<b>GESTIONE STOMIE</b>	19	8,6%	109.953	7,97%
<b>UROLOGICO</b> (Riabilitazione. Pavimento Pelvico, Posizionamento o Sostituzione. Catetere vescicale, Uroflussimetria, Instillazione vescicale, ecc.)	11	5,0%	29.882	2,16%
<b>NEFROLOGIA E DIALISI PERITONEALE</b>	4	1,8%	24.909	1,80%
<b>PEDIATRIA/NEONATOLOGIA</b>	4	1,8%	2.333	0,17%

Per ciò che concerne le attività erogate dagli infermieri, dall'analisi dei dati preliminari di

questo studio, è stato possibile verificare che nei 220 ambulatori arruolati vengono agite

1.380.337 prestazioni ogni anno. Di queste, la prestazione più frequentemente erogata (Tabella 5) è *Prelievo di sangue venoso* (N = 471.836; 34,2%) a seguire l'*Accertamento/Valutazione e Monitoraggio*

*Infermieristico* (N = 227.131; 16,5%), *Medicazioni semplici* (N = 210.931; 15,3%) e l'*Educazione terapeutica/sanitaria e counseling del paziente e/o caregiver* (N = 199.080; 14,4%).

**Tabella 5** –Attività svolte negli ambulatori infermieristici anno 2023.

ATTIVITA'	N	%	Media*	DS*	Max*
<b>Prelievo di sangue venoso</b>	471.836	34,2%	2.144,71	8.934,02	2.500
<b>Educazione Terapeutica/Sanitaria e Counseling</b>	199.080	14,4%	904,91	2.599,04	29.883
<b>Accertamento/valutazione e Monitoraggio infermieristico</b>	227.131	16,5%	1.032,41	2.670,13	29.883
<b>Medicazioni semplici e complesse</b> (es. Ulcere, Lesioni Traumatiche) e <b>Bendaggi</b>	210.931	15,3%	958,78	2.247,71	14.939
<b>Esami strumentali</b> (es. ECG, spirometria, ecc.)	39.310	2,8%	178,68	1.430,43	2.592
<b>Somministrazioni</b> (Farmaci, Trasfusione, Alimentazione parenterale)	27.337	2,0%	124,26	464,36	5.125
<b>CVC</b> (Posizionamento/Gestione compresi PICC, Midline ecc.)	74.083	5,4%	336,74	2.187,93	24.328
<b>Gestione della stomia</b> (es. Urostomia, Colostomia, Tracheostomia ecc.)	20.887	1,5%	94,94	702,04	4.347
<b>Dialisi peritoneale</b>	10.201	0,7%	46,37	3.834,24	8.890
<b>Raccolta di Campioni Biologici</b> (Arterioso, Capillare, Emocoltura, Urine/Feci/Escreato) ad esclusione del prelievo venoso	87.843	6,4%	399,29	1.825,08	26.206
<b>Catetere Vescicale</b> (Posizionamento/Sostituzione/Gestione Riabilitazione Pavimento Pelvico)	9.197	0,7%	41,80	178,44	2.649
<b>Alimentazione Enterale</b> (Gestione PEG/PEJ, Posizionamento/Gestione SNG)	2.501	0,2%	11,37	147,95	2.080

Note:\*per ogni ambulatorio in un anno.

#### Risultati delle interviste

Sono state condotte 12 interviste strutturate ai dirigenti delle professioni sanitarie di aziende appartenenti a otto diverse regioni. Dai dati raccolti emerge che solo in una regione è attualmente previsto un codice regionale specifico per le attività infermieristiche; nelle altre, i codici sono definiti a livello aziendale, solitamente adattando quelli relativi alle prestazioni mediche o utilizzando codici generici. Tutti gli intervistati hanno riferito che le attività vengono registrate con codici associati a una specialistica medica o a un centro di costo ambulatoriale generico, impiegato indistintamente sia per ambulatori medici che infermieristici. Per quanto riguarda l'attribuzione dei costi delle prestazioni erogate negli ambulatori a gestione infermieristica, alcune aziende hanno indicato che, a fini di rendicontazione interna, è l'Ufficio del Controllo di Gestione a riallocare i costi su un Centro di Costo dedicato alle Professioni Sanitarie, o specificamente a quelle infermieristiche. Tuttavia, in assenza di tale procedura, i costi vengono di default attribuiti a una specialità medica, solitamente quella corrispondente all'ambulatorio in cui è stata erogata la prestazione. Tutti i Dirigenti Infermieristici intervistati hanno dichiarato che l'accesso agli ambulatori infermieristici avviene previa prescrizione del Medico di Medicina Generale

(MMG) o dello specialista, utilizzando codici generici se presenti o quelli riferiti a specialistiche mediche.

#### DISCUSSIONE

Questo studio ha avuto come obiettivo la descrizione degli ambulatori a completa gestione infermieristica presenti sul territorio nazionale, all'interno di strutture pubbliche. Ha inoltre mirato a indagare, censire e misurare le attività infermieristiche erogate, con l'intento di "renderle visibili", considerando che gli attuali sistemi di rendicontazione non lo consentono, alimentando così il fenomeno delle "Hidden Nursing Care" (HNCs).

Questo studio, il primo in Italia a descrivere le caratteristiche degli ambulatori a gestione infermieristica e le attività in essi erogate, evidenzia, già a partire dall'analisi preliminare dei dati, che le attività svolte dagli infermieri in completa autonomia nei servizi ambulatoriali rappresentano una realtà ampiamente diffusa, che ogni anno risponde ai bisogni di circa 240.000 cittadini ed eroga oltre un milione di prestazioni. I risultati sono particolarmente rilevanti non solo per la comunità scientifica infermieristica, ma anche per tutti gli stakeholder. Infatti, da un lato, dimostrano l'esistenza (seppur non ancora riconosciuta a livello nazionale) degli ambulatori a gestione infermieristica, in cui infermieri erogano

prestazioni in completa autonomia; dall'altro, mettono in luce per la prima volta la tipologia delle attività svolte. Dallo studio emerge inoltre che le oltre un milione di prestazioni infermieristiche erogate non seguono un processo lineare di attribuzione che in molti casi le fa ricadere in centri di costo/responsabilità non direttamente ascrivibili alla professione infermieristica, problema che potrebbe essere determinato anche dal fatto che l'unico tariffario attualmente disponibile si riferisce quasi esclusivamente a prestazioni di tipo medico, con scarso o nullo riferimento alle attività infermieristiche (Ministero della Salute, 2024). Queste dinamiche alterano il numero di prestazioni ambulatoriali rendicontate al Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2023; pag. 39), attribuendo a branche specialistiche altre prestazioni che in realtà vengono erogate dal personale infermieristico, con un impatto negativo sulle liste d'attesa e un'insufficiente offerta prestazionale specialistica del sistema sanitario locale. Inoltre, la prestazione non adeguatamente valutata porta ad un rimborso economico diverso da quanto effettivamente erogato. Infatti, il comportamento assunto dalle diverse regioni e all'interno della stessa regione dalle singole strutture sanitarie è estremamente differenziato: in alcune aziende forse più virtuose, a livello locale, i diversi servizi di controllo di gestione, sono in grado di risalire alle prestazioni specifiche prodotte dagli infermieri e di conseguenza quantificare i proventi provenienti da tali prestazioni, in molte altre questo non accade.

Nelle aziende in cui si cerca di tracciare i proventi delle prestazioni infermieristiche, infatti, sono stati identificati dei codici specifici con cui si possono registrare le prestazioni nei sistemi informatici, ma questo processo viene effettuato a livello aziendale e/o in minima parte a livello regionale, senza il riferimento ad una normativa nazionale specifica che unifichi il processo, pertanto risulta molto poco efficiente. Infatti, dai risultati dello studio è stato possibile verificare che nella stessa Regione aziende diverse si comportano in modo differente, seguendo un processo di rendicontazione determinato a livello delle singole direzioni aziendali. Le diverse aziende sanitarie, infatti, in modo autonomo e spesso non coordinato, hanno incluso tra le prestazioni ambulatoriali offerte, anche servizi che non sono ancora stati inseriti nel nomenclatore tariffario ufficiale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (approvato con il Decreto del Ministro della salute del 25 novembre 2024), creando disomogeneità a livello regionale, aziendale e persino all'interno della stessa struttura. Tutto

questo rende difficile garantire l'accesso dei cittadini alle prestazioni necessarie. Questo fenomeno è stato riscontrato e studiato anche a livello internazionale e per risolvere il problema sono state suggerite due possibili soluzioni (Welton & Longyear, 2024). La prima proposta riguarda la possibilità di considerare, per ogni DRG, un "peso standardizzato dell'assistenza infermieristica" (nurse-intensity weight); mentre la seconda, più raffinata, riguarda l'utilizzo di specifici codici prestazionali per le attività infermieristiche, che riportati nella documentazione clinica dai professionisti infermieri, consentirebbe alle aziende sanitarie un rimborso più specifico e puntuale (Welton & Longyear, 2024). Quest'ultima proposta è quella che più si adatta alle attività erogate negli ambulatori a gestione infermieristica e che consentirebbe una corretta allocazione delle risorse.

Dallo studio emerge un ulteriore risultato che merita un approfondimento, e riguarda la modalità di accesso da parte dei cittadini al servizio ambulatoriale. In alcune Aziende, infatti, è stato possibile verificare che per accedere alle prestazioni degli ambulatori a gestione infermieristica si utilizzino i Centri Unici di Prenotazione (CUP) Aziendali e Regionali con la richiesta del medico di medicina generale (MMG) o dello specialista. Questo dato è inaspettato, in quanto non è chiaro come sia possibile che delle prestazioni misconosciute, che non hanno dei codici specifici, possano essere prenotate attraverso servizi ufficiali quali i CUP utilizzando le richieste elettroniche dematerializzate dei MMG prodotte attraverso sistemi informatici istituzionali. Questa situazione evidenzia che esistono percorsi che non seguono un andamento chiaro e che spesso sono demandati a decisioni del tutto autonome della governance aziendale. Tutto questo può confondere tutti gli stakeholder coinvolti (cittadini, gli infermieri, i coordinatori e i dirigenti), anche perché in caso di cambiamenti organizzativi può essere modificata rapidamente. In particolare, la mancanza di chiarezza nell'accessibilità alle prestazioni ha un impatto negativo sui cittadini, che non riuscendo a conoscere i servizi offerti o a ottenere le giuste prescrizioni, si rivolgono a strutture o professionisti di altre Regioni o esterni al Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, il rapporto CENSIS 2024, in particolare nel capitolo "Il sistema di welfare", evidenzia un aumento significativo della spesa sanitaria privata pro capite negli ultimi anni, con un incremento del 23% tra il 2013 e il 2023. Nello stesso periodo, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta solo dell'11,3%. L'aumento della spesa privata riflette anche il numero crescente

di cittadini che si rivolgono al settore privato per ricevere cure, spesso a causa delle eccessive liste di attesa nel Servizio Sanitario Nazionale (Anelli, 2024).

#### Limiti

Seppur unici nel loro genere e i primi nel setting clinico ambulatoriale infermieristico, i risultati presentati in questo studio debbono essere considerati alla luce di alcuni limiti. In primo luogo, la modalità di arruolamento spontanea delle aziende che hanno partecipato allo studio, potrebbe aver in qualche modo condizionato i risultati dello studio. In secondo luogo, sebbene la scarsità di letteratura sugli ambulatori a gestione infermieristica in Italia renda questi i primi risultati del loro genere, va ricordato che lo studio ha un carattere esclusivamente esplorativo e descrittivo. Per questo motivo, non è stato ancora possibile mettere in relazione alcune variabili raccolte e stabilire con certezza la validità dei risultati. Infine, lo studio ENLIGHT-Ambulatori ha evidenziato, in modo preliminare, la presenza di percorsi assistenziali non sempre standardizzati o ufficiali, riconducibili al fenomeno delle "Hidden Nursing Care". Tuttavia, per comprenderlo appieno, saranno necessari ulteriori approfondimenti e analisi dei dati.

#### CONCLUSIONI

Questo studio risulta essere un vero valore aggiunto per le istituzioni, per la comunità scientifica infermieristica italiana e internazionale, nonché per i cittadini. Infatti, per la prima volta si sono documentate e misurate le attività agite negli ambulatori a completa gestione infermieristica presenti sul territorio nazionale, che ai fini dei processi organizzativi e di attribuzione attualmente risultano "Attività infermieristiche Nascoste" o "Hidden Nursing Care", perché agite ma non attribuite agli infermieri. I risultati parziali, preliminari ed esplorativi di questa ricerca, seppur alla luce di alcuni limiti, essendo i primi nel loro genere, potranno essere utili ad un ragionamento di più ampio respiro per orientare il legislatore e le istituzioni non solo in ambito professionale, ma soprattutto nell'elaborazione delle politiche sanitarie.

Quanto emerso da questo studio, seppur esplorativo e descrittivo, consente di riconoscere negli ambulatori infermieristici una risposta concreta e coerente ai bisogni dei cittadini. Nel tempo, questi risultati, integrati da analisi più approfondite e inferenziali dei dati raccolti, potranno contribuire a orientare con maggiore precisione le scelte in ambito sanitario, favorendo una formale attribuzione di attività e responsabilità agli infermieri, anche

attraverso l'introduzione, ad esempio, dei Livelli Essenziali di Assistenza Infermieristica (LEA-I). Ciò potrebbe consentire di istituzionalizzare e potenziare i percorsi assistenziali negli ambulatori a gestione infermieristica, offrendo un beneficio tangibile ai cittadini, che avrebbero così accesso alle prestazioni richieste e a una maggiore disponibilità di visite specialistiche.

I risultati parziali e preliminari di questo studio, ancora, pongono le basi per avviare un dialogo costruttivo con le istituzioni e tra i diversi stakeholder del settore, al fine di individuare una nuova modalità operativa, istituzionale e legislativa per regolamentare le attività a gestione infermieristica. L'obiettivo è standardizzare percorsi attualmente esistenti, ma estremamente eterogenei sul territorio nazionale, spesso affidati alla volontà o all'iniziativa di singoli dirigenti o infermieri che, pur di rispondere ai bisogni dei cittadini, si sono attivati autonomamente per creare soluzioni proprie.

Infine, un ulteriore elemento che emerge dai risultati di questo studio è la mancanza, a livello regionale, di un nomenclatore tariffario e di una documentazione standardizzata, con una denominazione chiara e dettagliata delle attività infermieristiche ambulatoriali. L'introduzione di una tassonomia condivisa, che coniughi una terminologia uniforme con la possibilità di personalizzare le cure, e che sia integrata in un nomenclatore tariffario riconosciuto a livello regionale (e auspicabilmente anche nazionale), permetterebbe di rispondere alle raccomandazioni delle istituzioni sanitarie globali per la creazione di sistemi informativi integrati, utili a fini organizzativi, gestionali e di ricerca (Von Krogh & Nåden, 2008).

#### Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

#### Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

#### Divulgazione

Tutti i dati utilizzati in questo studio sono stati acquisiti legalmente in conformità con il Protocollo di Nagoya sull'accesso alle risorse genetiche e la condivisione equa e giusta dei benefici derivanti dal loro utilizzo alla Convenzione sulla diversità biologica. Dichiarare che è stata ottenuta l'autorizzazione

per il lavoro sul campo e elencare i numeri dei permessi. Gli autori hanno verificato che la presentazione sia conforme alle linee guida statistiche della rivista. Il team di autori include gli statistici Alessandra BURGIO e Domenico Stefano CICALA.

### Dichiarazione etica

Il protocollo di questo studio è stato approvato dal Comitato Etico Regionale della Liguria nel novembre 2022 (numero di riferimento 675/2022—DB id 12844).

### BIBLIOGRAFIA

- Ajibade B. (2021). Assessing the patient's needs and planning effective care. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 30(20), 1166–1171. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.20.1166>.
- Allen, D. (2015). Making visible the unseen elements of nursing. *Nursing Times*, 111(46), 17–20.
- Alvaro, R., Bagnasco, A., Cesare, M., Di Nitto, M., Zaghini, F., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Burgio, A., Landa, P., Drennan, J., Welton, J., Sermeus, W., Mangiacavalli, B., & Sasso, L. (2024). La centralità costante, nascosta e pervasiva del lavoro infermieristico nel Servizio Sanitario Nazionale: Protocollo di studio ENLIGHT-IT. *L'Infermiere*, 61(1), 1–9.
- Anelli, F. (Ed.). (2024, September). *Il SSN un amore tutto italiano*. Edra.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>.
- Cesare, M., D'agostino, F., Maurici, M., Zega, M., Zeffiro, V., & Cocchieri, A. (2023). Standardized Nursing Diagnoses in a Surgical Hospital Setting: A Retrospective Study Based on Electronic Health Data. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231158157. <https://doi.org/10.1177/23779608231158157>.
- Connolly, C., & Cotter, P. (2023). Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: An umbrella review. *Journal of clinical nursing*, 32(9-10), 1760–1767. <https://doi.org/10.1111/jocn.16186>.
- Coster, S., Watkins, M., & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International journal of nursing studies*, 78, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009>.
- Della Bella, V., Fiorini, J., Gioiello, G., Zaghini, F., & Sili, A. (2022). Towards a new conceptual model for nurses' organizational well-being: An integrative review. *Journal of nursing management*, 30(7), 2833–2844. <https://doi.org/10.1111/jonm.13750>.
- Di Nitto, M., Napolitano, F., Calzolari, M., Longobucco, Y., Masotta, V., Zaghini, F., Alvaro, R., Cicolini, G., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Zega, M., Mazzoleni, B., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2025). Billing models for measuring nursing care in inpatient and outpatient settings: a scoping review. *BMC health services research*, 25(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12116-3>.
- Duffy, J. R. (2022). Quality caring in nursing and health systems: Implications for clinicians, educators, and leaders. Springer Publishing Company.
- Fiorini, J., Zaghini, F., Mannocci, A., & Sili, A. (2022). Nursing leadership in clinical practice, its efficacy and repercussion on nursing-sensitive outcomes: A cross-sectional multicentre protocol study. *Journal of nursing management*, 30(7), 3178–3188. <https://doi.org/10.1111/jonm.13739>.
- France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). The Italian health-care system. *Health economics*, 14(Suppl 1), S187–S202. <https://doi.org/10.1002/hec.1035>.
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J. E., Jones, J., Monks, T., & Safer Nursing Care Tool study team (2021). Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International journal of nursing studies*, 117, 103901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103901>.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*, 6(2), 535–545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>.
- Knauf, R. A., Ballard, K., Mossman, P. N., & Lichtig, L. K. (2006). Nursing cost by DRG: nursing intensity weights. *Policy, politics & nursing practice*, 7(4), 281–289. <https://doi.org/10.1177/1527154406297910>.
- Landi, S., Ivaldi, E., & Testi, A. (2021). The role of regional health systems on the waiting time inequalities in health care services: Evidences from Italy. *Health services management research*, 34(3), 136–147. <https://doi.org/10.1177/0951484820928302>.
- Li, E. W., Alli, R., Dennis, C., Pereira, R., & Siu, H. M. (2025). Evaluation of Nurse-Led and Student-Led

- Community-Based Clinics: A Scoping Review. *Journal of clinical nursing*, 34(7), 2644–2676. <https://doi.org/10.1111/jocn.17791>.
- Moen, M., Doede, M., Johantgen, M., Taber, D., Adesanya, I., Werthman, E., & Friedmann, E. (2023). Nurse-led hospital-to-community care, clinical outcomes for people living with HIV and health-related social needs. *Journal of advanced nursing*, 79(5), 1949–1958. <https://doi.org/10.1111/jan.15485>.
- Ministero della Salute. (2023). [Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2023]. Retrieved 06/05/2025 from <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2023/>.
- Ministero della Salute. (2024). [Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica]. Retrieved 06/05/2025 from [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2024-12-27&atto.codiceRedazionale=24A06929&elenco30giorni=true](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2024-12-27&atto.codiceRedazionale=24A06929&elenco30giorni=true).
- Pirson, M., Delo, C., Di Pierdomenico, L., Laport, N., Biloque, V., & Leclercq, P. (2013). Variability of nursing care by APR-DRG and by severity of illness in a sample of nine Belgian hospitals. *BMC nursing*, 12(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-26>
- Rogers, T., Ross, N., & Spooner, D. (2004). Evaluation of a 'See and Treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accident and emergency nursing*, 12(1), 24–27. <https://doi.org/10.1016/j.aeen.2003.08.005>.
- Sili, A., Fida, R., Zaghini, F., Tramontano, C., & Paciello, M. (2014). I comportamenti controproduttivi e il disimpegno morale degli infermieri quali possibili conseguenze dello stress lavoro correlate: validità e affidabilità delle relative scale di misura. *La Medicina del lavoro*, 105(5), 382–394.
- Tobbell D. (2025). The Role of Communities in Nurse-Led Clinics, 1965-2000: Lessons From History. *Policy, politics & nursing practice*, 26(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/15271544241289416>.
- Verzelloni, P., Adani, G., Longo, A., Di Tella, S., Santunione, A. L., Vinceti, M., & Filippini, T. (2025). Emergency department crowding: An assessment of the potential impact of the See-and-Treat protocol for patient flow management at an Italian hospital. *International emergency nursing*, 78, 101569. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101569>.
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandembroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349.
- Von Krogh, G., & Nåden, D. (2008). A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(1), 68–75. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00208.x>.
- Welton, J. M., & Fischer, M. H., DeGrace, S., & Zone-Smith, L. (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nursing economic\$,* 24(5), 239–227.
- Welton, J. M. (2008). Implications of Medicare reimbursement changes related to inpatient nursing care quality. *The Journal of nursing administration*, 38(7-8), 325–330. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000323944.89640.c0>.
- Welton, J. M., & Harper, E. M. (2016). Measuring Nursing Value from the Electronic Health Record. *Studies in health technology and informatics*, 225, 63–67.
- Welton, J. M., & Longyear, R. (2024). Emerging Nurse Billing and Reimbursement Models. *The Journal of nursing administration*, 54(9), 465–472. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001456>.
- Zaghini, F., Biagioli, V., Caruso, R., Badolamenti, S., Fida, R., & Sili, A. (2017). Violare le norme organizzative e sociali nei luoghi di lavoro: studio correlazionale nel contesto infermieristico. *La Medicina del lavoro*, 108(2), 98–110. <https://doi.org/10.23749/mdl.v108i2.5747>.