

Analisi del DM 159/2026: le nuove lauree specialistiche ad indirizzo clinico

a cura di Anania Lavinia Fabia

Il Decreto Ministeriale n. 159 del 6 febbraio 2026 si inserisce all'interno di un percorso di riforma strutturale della professione infermieristica, riforma attesa da circa trent'anni. Nello specifico il decreto delinea le competenze specialistiche come titolo accademico magistrale che fino ad oggi erano affidate alla formazione post-base con master di I livello, pone la basi per l'introduzione della prescrizione infermieristica e si inserisce in un scenario di ristrutturazione del Sistema Sanitario Nazionale alla luce di una valorizzazione dell'assistenza territoriale (Case della Comunità). Questo percorso si affianca all'introduzione della figura di supporto dell'Assistente Infermiere riconfigurando la piramide assistenziale in cui il ruolo dell'infermiere magistrale evolve verso funzioni di coordinamento clinico e gestione di casi ad alta complessità.

Il percorso della formazione infermieristica in Italia, iniziato circa cento anni fa, ha portato al passaggio da un ruolo esecutivo, tecnico e subordinato a una professione sempre più autonoma e intellettuale. La formazione infermieristica è stata regolamentata per la prima volta in Italia con il R.D. 15 agosto 1925 n. 1832 in cui vennero istituite le prime scuole-convitto professionali per infermiere: controllati dallo Stato e amministrati dal Direttore Sanitario e dai Primari dell'ospedale di riferimento, i corsi avevano una durata biennale al termine del quale veniva rilasciato un diploma per l'esercizio professionale. Quattro anni dopo, tuttavia, con il R.D. 21 novembre 1929 n.2330, vengono regolamentati i requisiti di accesso alle scuole convitto (ossia possesso dell'attestato di scuola elementare e certificato di "indiscussa moralità") i quali si ponevano come obiettivo quello di portare l'infermieristica a un livello maggiore. In linea con questo tentativo di valorizzazione del ruolo dell'infermiere si ritrova anche il Congresso Nazionale dei Medici Ospedalieri del 1927 a Milano: la partecipazione di medici e ginecologi fece emergere la necessità di superare l'empirismo assistenziale a favore di un personale istruito con una preparazione tecnica e scientifica. La scolarizzazione infermieristica si inseriva nel programma di lotta alla mortalità materna e infantile e aprì la strada alla professione moderna. Infatti pochi mesi dopo tale Congresso, con il R.D. 21 novembre 1927 n. 2333, vennero approvati i regolamenti per le scuole, stabilendo programmi d'esame e requisiti di accesso (all'epoca riservati alle donne). Nonostante questa prima scolarizzazione, il Testo Unico delle Leggi Sanitarie (TULLS) del 1934 (Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265) inquadrò l'infermiere tra le "arti ausiliarie", definendolo come figura priva di autonomia decisionale. Oltre all'abilitazione e al titolo, fu sancito l'obbligo di iscrizione agli albi comunali e la vigilanza sull'esercizio professionale in capo alle autorità sanitarie locali (prefetto e medico provinciale). Tale condizione di subordinazione fu consolidata attraverso i mansionari del 1940 e del 1974, i quali confinavano la professione infermieristica a una mera esecuzione di funzioni tecnico-manuali predefinite. La prima metà del Novecento, dunque, furono anni decisivi per la professione infermieristica: da un lato il Congresso del 1927 fu l'ispirazione teorica, dall'altro il TULLS del 1934 gettò l'architettura legale.

La vera svolta formativa e concettuale si è avviata con l'Accordo di Strasburgo del 1969 (ratificato in Italia con la Legge 795/1973), che standardizzò la durata triennale dei percorsi formativi europei delineando i requisiti di accesso e la formazione non solo didattica, ma anche pratica e clinica. Inoltre in quegli anni, nello specifico con il riferimento legislativo n. 124 del 24 febbraio 1971, furono aperte le scuole convitto anche agli uomini.

Negli anni '90, periodo di profonda riflessione e ristrutturazione del Sistema Sanitario Nazionale, si delineò un riassetto delle professioni sanitarie. Con i D.Lgs. 502/92 e 517/93 il legislatore regolamentò non solo la necessità di aziendalizzazione del pubblico impiego, ma anche la professionalizzazione della sanità stessa: la formazione sanitaria è stata definitivamente trasferita in ambito universitario (articolo 6 comma 3), processo già iniziato con la legge 341/90 che istituiva gli ordinamenti didattici universitari. Inoltre fu demandato all'allora Ministro della Sanità l'individuazione delle figure professionali da formare e la definizione dei relativi profili professionali promulgati in quegli anni con i relativi decreti.

Il culmine del processo di professionalizzazione è stato sancito dalla Legge 42/1999, che ha abolito il mansionario e la dicitura di "professione ausiliaria", e successivamente dalla Legge 251/2000 che ha riconosciuto l'autonomia professionale e ha istituito la dirigenza infermieristica delineando il percorso formativo post-base attraverso lauree specialistiche. Entrambe le leggi si inseriscono nel contesto storico del SSN di aziendalizzazione e appropriatezza clinica e gestionale, enfatizzata anche con la L. 229/99.

L'evoluzione della professione infermieristica, però, è ancora in corso: alla luce della transizione epidemiologica e demografica della popolazione italiana che hanno modificato i bisogni di salute, il dibattito si è concentrato in questi anni sulle competenze avanzate e sulla revisione di percorsi formativi. Dopo un dialogo tecnico e politico iniziato nel 2023 e che ha visto coinvolti la Direzione generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del SSN, la Direzione generale degli Ordinamenti della formazione, la FNOPI, il Consiglio Universitario Nazionale (CUN), il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), l'ANVUR e la Conferenza permanente delle lauree delle professioni infermieristiche, si è giunti alla promulgazione del DM 159/2026. La classe LM/SNT1, determinata dal DM 8 gennaio 2009 e ancorata all'ambito gestionale, manageriale e didattico, è stata suddivisa in due sezioni:

- Sezione A: incentrata sulle Scienze Infermieristiche e Ostetriche con orientamento gestionale;
- Sezione B: introduce le Scienze Infermieristiche Specialistiche ad indirizzo clinico.

Tale suddivisione delinea una differenziazione dei percorsi tra clinica e dirigenza divenendo così una vera e propria riforma strutturale non solo della formazione universitaria, ma anche dell'assistenza sanitaria stessa. Con l'introduzione delle lauree specialistiche si delinea un percorso biennale con prospettive di carriera clinica e rispondente ai bisogni emergenti del SSN e alle strutture territoriali previste e implementate dal PNRR e dal DM 77/2022.

Effettuando un'analisi prettamente tecnico-normativa, l'Articolo 1 del decreto 159 sostituisce interamente l'Allegato relativo alla classe LM/SNT1 del DM 8/1/2009. Per prima cosa si assiste a una separazione dei due profili, infermieristico e ostetrico, fino a oggi accorpate nella medesima classe magistrale. L'ambito infermieristico con la sezione B si sviluppa in competenze avanzate suddivise in tre specifici indirizzi:

1. Infermiere specialista nelle cure primarie e nell'infermieristica di famiglia e di comunità: Questo profilo si coniuga e si integra con la riorganizzazione territoriale in atto (sia a livello regionale che nazionale) del SSN promossa dal DM 77 e dal PNRR, orientato alla gestione della cronicità e all'assistenza domiciliare.
2. Infermiere specialista nelle cure neonatali e pediatriche: all'interno del percorso di riforma che ha portato alla successiva abrogazione del percorso triennale in Infermieristica Pediatrica (DM 177/2026), vengono delineate le competenze pediatriche in un'ottica post-base.
3. Infermiere specialista nelle cure intensive e nell'emergenza: alla luce dell'alta complessità richiesta in questi setting (Pronto Soccorso, Rianimazione, 118), si delinea l'istituzione di tale profilo clinico.

L'articolo 2 tratta delle norme transitorie e di attuazione: compito degli Atenei è adeguare i propri regolamenti didattici per l'anno accademico 2026/2027, dovranno garantire la conclusione dei percorsi avviati secondo i vecchi ordinamenti didattici ammettendo la possibilità di iscrizione ai nuovi corsi magistrali specialistici.

Il DM 159/2026, insieme al DM 177, rappresenta una ristrutturazione profonda del SSN e della professione infermieristica. Da un lato si sta avviando il processo di inserimento del professionista specialista nei servizi territoriali (Case della Comunità e reti di emergenza), dall'altro si incrementa il valore del titolo accademico magistrale e delle competenze avanzate che fino a oggi erano scovre di un reale peso contrattuale e di progressione di carriera. La normativa, inoltre, enfatizza l'autonomia professionale con l'introduzione della prescrizione infermieristica di presidi e ausili per la gestione dei pazienti cronici e delle lesioni cutanee. Tutta questa ristrutturazione dell'assetto assistenziale in cui all'infermiere magistrale viene riconosciuto un ruolo di alta complessità e di coordinamento clinico, richiede però una nuova assunzione di responsabilità da parte dei professionisti e delle istituzioni: la sezione B, che da una parte riavvicina gli infermieri magistrali al "letto del malato", ci equipara ai modelli anglosassoni dell'Advanced Practice Nurse ma richiede nuove sfide sul piano contrattuale e aziendale.

L'emanazione del Decreto Ministeriale 159/2026 costituisce il prerequisito strutturale per un radicale mutamento di paradigma epistemologico e professionale. Analizzando tale riforma attraverso le lenti teoriche di Ivan Cavicchi e Giuliana Morsiani, emerge con chiarezza come il decreto fornisca finalmente il substrato accademico e cognitivo necessario per compiere il salto evolutivo più atteso: la trasformazione dell'infermiere da mero esecutore di mansioni ("compitiere") a professionista intellettuale e decisionale ("autore"). Da anni il nostro SSN vive una profonda contraddizione: la gestione di un paziente intrinsecamente "complesso" attraverso un modello organizzativo basato sulla "complicazione" e sul riduzionismo. Fino ad oggi, il sistema ha prediletto la figura del "compitiere", un operatore valutato esclusivamente sulla base della conformità a norme e procedure standardizzate. Questo approccio tratta il malato come una *trivial machine* presumendo che a un dato input (protocollo) corrisponda sempre un esito prevedibile, ignorando la singolarità biologica, sociale e psicologica dell'individuo. Il DM 159/2026 scardina questa logica: fornendo competenze cliniche magistrali avanzate, legittima l'infermiere nell'esercizio del cosiddetto "pensiero discreto", cioè enfatizzando la singolarità del paziente. L'infermiere magistrale diviene così "autore", ossia colui che esercita un giudizio clinico autonomo, assumendosi la responsabilità di adattare la cura, transitando dal mero concetto di appropriatezza a quello più elevato di adeguatezza (ossia rispondenza alla complessità reale del soggetto).

Per di più, leggendo il DM 159 alla luce del modello del *Caring* teorizzato da Morsiani e Agostinelli e applicando la piramide dei livelli logici di Robert Dilts, si enfatizza come il decreto sia una risposta impellente che le istituzioni hanno colto rilevando la necessità di abbandonare un'organizzazione del lavoro basata sulla prestazione in favore di una "visione per esiti assistenziali". Infatti, non è possibile cambiare la "prassi" se non si interviene sui livelli superiori e il nuovo decreto ministeriale interviene esattamente ai livelli più alti: ridefinisce le competenze, promuove nuovi valori (ossia la presa in carico della complessità) e enfatizza una nuova identità professionale, accademica e clinica.

Le sfide che ora attendono la professione si spostano al "contenitore": autonomia e responsabilità non possono prescindere da un'adeguata valorizzazione economica e funzionale. La prima grande sfida riguarda l'evoluzione dell'impianto legislativo partendo da riflessioni profonde su leggi come la n. 24/2017 (Gelli-Bianco) che ha subordinato la non punibilità all'adesione rigida alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali:

bisognerà riflettere, dunque, su un nuovo patto giuridico che tuteli l'autonomia intellettuale e la discrezionalità interpretativa modellando l'assistenza sulla "complessità" e sull'imprevedibilità del malato, e non solo su un errore per negligenza.

La seconda sfida si dovrà spostare sul tavolo dell'ARAN (Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni) e dei sindacati, tramite i rinnovi del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL), passaggio che fu già critico con la precedente Legge 43/2006 che tentò 20 anni fa di delineare la figura dell'infermiere specialista e rimase in gran parte inattuata per la mancata intesa su come ripartire a chi destinare le risorse economiche. Ai CCNL spetta anche la predisposizione di nuovi percorsi di carriera clinica. Non meno decisivi saranno le contrattazioni aziendali che dovranno favorire e implementare nuovi sistemi di premialità e indennità di funzione per gli infermieri magistrali. Solo superando le vecchie logiche retributive, si potrà rivendicare una remunerazione proporzionata alla capacità di gestire l'incertezza, interpretare la complessità e garantire esiti clinici avanzati, ossia una retribuzione equa per un "Autore".

Al SSN viene richiesta, inoltre, una revisione delle piante organiche e dei modelli organizzativi attraverso cui accrescere la nuova qualificazione magistrale che potrebbe colmare il vuoto ad oggi esistente tra infermiere e dirigente. Questa architettura si inserisce nel percorso avviato anche a livello regionale di valorizzazione della professione con l'implementazione dei servizi territoriali, l'istituzione della nuova cartella clinica elettronica integrata e la riappropriazione documentale del processo di nursing con i piani assistenziali e l'utilizzo di linguaggio standardizzato. Questi elementi riflettono la possibilità di un miglioramento degli outcomes, al monitoraggio degli esiti infermieristici di salute, al miglioramento dell'appropriatezza clinica (e non solo gestionale) portando magari un domani a valorizzare l'operato professionale con sistemi retributivi indipendenti e non più confluenti nei DRG.

In conclusione, il DM 159/2026 è l'inizio di una vera e propria rifondazione della disciplina e della dottrina infermieristica facendo riappropriare la professione della sua caratteristica peculiare che è la relazione dialettica con il malato ed enfatizzando il suo ruolo di produttore insostituibile di salute all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.