



**Audizione della Federazione Nazionale Collegi Infermieri (FNC IPASVI)
a V Commissione " Bilancio, tesoro e programmazione economica" e
XII Commissione "Affari Sociali"
della Camera dei Deputati della Repubblica**

Protocollo P-3101/I.14 del 27 giugno 2013

In premessa si desidera ringraziare gli On. Deputati delle Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) per aver voluto audire la Rappresentanza professionale degli Infermieri operativi in Italia nell'ambito di una indagine conoscitiva sulla *"tutela del diritto alla salute e la garanzia dell'accesso alle cure"* che è di particolare rilievo e significatività per l'intera collettività nazionale oltre che per i professionisti che operano nel Sistema salute del Paese.

Si ritiene possa essere utile fornire alcuni dati inerenti i professionisti rappresentati suddivisi per genere e per fasce d'età.

Fasce d'età	F	M	Totale	% sul totale
54 e meno	271.708	74.529	346.237	84,0%
55-60	31.458	11.027	42.485	10,3%
61-65	9.787	4.172	13.959	3,4%
66 e oltre	7.356	2.036	9.392	2,3%
Totale	320.309	91.764	412.073	

Fonte Albo IPASVI 2013

Il totale degli infermieri è costituito da:

- 393.221 Infermieri generalisti
- 10.475 Infermieri pediatrici

Tra gli iscritti agli Albi tenuti dalla Federazione Ipasvi al dicembre 2012 vi sono 26.656 infermieri stranieri.

Gli elementi di contesto indicati nella relazione di accompagnamento all'indagine conoscitiva sulla *"tutela del diritto alla salute e la garanzia dell'accesso alle cure"* sono

Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. - ROMA



condivisi dalla FNC Ipasvi che ritiene necessaria una significativa *ridefinizione dei paradigmi assistenziali ed organizzativi su cui ancora si basano le strutture organizzative sanitarie e che ancora danno forma ai processi di cura e di assistenza.*

I bisogni emergenti nella collettività nazionale - e non solo - sono legati all'aumento delle persone cosiddette "fragili", degli anziani frequentemente affetti da pluripatologie e delle persone con affezioni cronico degenerative che, quand'anche in discreto equilibrio di salute, richiedono informazione, accompagnamento, continuità assistenziale, servizi e luoghi di cura e di assistenza di prossimità territoriale e domiciliari.

Il superamento delle logiche ospedale - centriche a favore della domiciliarizzazione, di strutture intermedie anche di carattere residenziale, di luoghi "socio sanitari" di prossimità in cui trovare una piccola equipe multiprofessionale di base composta da medico di medicina generale, infermiere di comunità e farmacista di comunità in grado di fornire immediate e fattive risposte - avvalendosi anche della rete sociale e parentale dell'assistito - è ormai ineludibile; soprattutto se si vuole dare *garanzia di effettività ai LEA, se si persegue l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e il contenimento dei costi.*

L'Ospedale deve divenire il luogo dell'intensività assistenziale, della presa in carico della persona con grave acuzie e dei processi di cura ed assistenza che richiedono competenze specialistiche di tutti i membri dell'equipe: medici, Infermieri ed altri professionisti sanitari. Anche l'organizzazione delle strutture ospedaliere deve essere ridefinita andando verso la logica delle piattaforme di servizio e, cosa ancora più significativa, delle piattaforme di assistenza in cui i degenti sono aggregati per omogeneità di bisogno, per livello di complessità assistenziale infermieristica e per intensità di cura (centralità dei bisogni dell'assistito, efficacia e razionalità organizzativa, utilizzo pertinente e appropriato della competenza assistenziale infermieristica, valorizzazione della competenza medica, infermieristica e delle altre professionalità sanitarie - che si integrano sul bisogno dell'assistito - utilizzo integrato e nelle 24 ore delle risorse tecnologiche e dei diversi devices, contenimento dei costi) e non per frammentate specializzazioni disciplinari cliniche

Il cambiamento dei paradigmi organizzativi e assistenziali - che in alcune aree del Paese è già iniziato e che deve essere sostenuto e disseminato - necessita di un forte investimento culturale e del coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini entrambi fortemente orientati al mantenimento di un Servizio sanitario nazionale universale, solidale ed equo.

Il permanere acritico e lineare del blocco del turn over non sostiene il necessario cambiamento paradigmatico, il coinvolgimento professionale e culturale dei professionisti che vivono una continua frustrazione e demotivazione professionale oltre che carichi di lavoro oggettivamente eccessivi e forieri di errori e rischi assistenziali.

Il permanere acritico e lineare del blocco del turn over può, invece, divenire un modo surrettizio per smantellare il SSN o comunque per segnare il lento ma costante declino.



La situazione nei servizi ospedalieri e soprattutto territoriali e domiciliari di numerose regioni si avvicina all'insostenibilità: viene diminuita l'assistenza domiciliare, non decollano le strutture intermedie, gli ospedali devono fare fronte - con inappropriata e aumento conseguente dei costi - alla carenza di soluzioni altre perchè "non abbiamo personale" e soprattutto " non abbiamo infermieri".

Adesso poi, con la fruizione delle contrattualmente dovute ferie estive, la situazione diventerà ancora più pesante per i cittadini e per i professionisti - infermieri in primis - costretti a turnazioni indicibili per sostituire anche i colleghi in ferie.

A parere della FNC Ispasvi è necessario:

- riempire i vuoti derivati dal blocco del turn over o dai tagli sul personale sanitario in generale e *infermieristico in particolare*,
- prepararsi a sostituire gli oltre 10.000 infermieri che nel giro di pochi anni usciranno dal sistema (Vedasi tabella su riportata),
- "ringiovanire" le équipes assistenziali infermieristiche sia per mantenere alti i livelli di qualità assistenziale, sia per mantenere e migliorare le attuali risposte sanitarie infermieristiche nell'immediato futuro,
- riorganizzare i servizi assistenziali ospedalieri anche ridefinendo ruoli e responsabilità diverse per gli infermieri, superando la concezione vetero ideologica della esclusiva centralità delle attività di diagnosi e terapia a scapito delle attività e dei processi assistenziali,
- implementare i servizi territoriali e, soprattutto, l'assistenza domiciliare infermieristica (*qualità assistenziale e contenimento dei costi derivanti dall'inappropriatezza di ricoveri numerosi ricoveri ospedalieri*),
- muoversi nella logica della medicina d'iniziativa anche attivando in maniera omogenea in campo nazionale punti di presenza infermieristica sul territorio e l'infermiere di comunità, dando corpo a interventi di natura preventiva, informativa e di accompagnamento ad azioni di auto cura e di mantenimento della maggiore autonomia possibile.

A completamento della relazione si sottolinea l'importanza della migliore utilizzazione dell'ormai comunemente e oggettivamente riconosciuto "up grading" formativo degli infermieri, valorizzandone le competenze e dando corso all'evoluzione delle stesse verso specifiche aree assistenziali (medica, chirurgica, dell'emergenza urgenza, della salute mentale, della pediatria e dell'assistenza territoriale) con contenuti fortemente coerenti con le necessità demografiche, epidemiologiche e di estensività ed intensività assistenziale.

La presidente
Annalisa Silvestro

Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi - ROMA

