

Roma, luglio 2016

**La professione infermieristica nelle Regioni:  
occupazione, retribuzioni, rapporto con pazienti, cittadini, medici  
e gli effetti dei blocchi di turn over e retribuzioni  
Analisi dei dati 2014 e confronto con l'andamento in cinque anni**

Dal 2009 (ultimo contratto) al 2014 (ultimo anno i cui dati ufficiali sono disponibili), in Italia i ranghi degli infermieri dipendenti dal Servizio sanitario nazionale hanno perso 7.463 infermieri nelle Regioni e altri 50 circa in strutture sovraregionali (Enti, Istituti a carattere nazionale ecc.), il -2,21% di forza lavoro.

Una situazione già grave di per se che lo diventa ancora di più se si analizzano le perdite nel dettaglio. Il calo maggiore in valori assoluti si ha in Campania con -2.102 infermieri, seguita dal Lazio con -1.893 e dalla Calabria a -1.444. Ma in percentuale il primato spetta in realtà alla Calabria che rispetto al calo del 2,21% a livello nazionale perde il 16,31% dei suoi infermieri in cinque anni. E sempre dal punto di vista percentuale il secondo posto delle perdite spetta la Molise: in valori assoluti riduce gli organici infermieristici di -174 unità, ma queste rappresentano il -11,18% del totale nel 2014 rispetto al 2009.

Sul versante opposto c'è qualche Regione dove il numero di infermieri, anche se di poco, aumenta. Si tratta - Regioni a statuto speciale e Province autonome a parte - di Abruzzo, Lombardia, Marche e Sicilia. Il picco tra le Regioni a statuto ordinario è del +2,84%, ma in media l'aumento si ferma in realtà sullo 0,83 per cento.

L'analisi Regione per Regione della condizione 2014 della forza lavoro infermieristica nelle Regioni italiane è stata realizzata dalla Federazione nazionale Ipasvi in base ai dati presenti nel Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato.

**Tavola 1 - Tutti i numeri degli infermieri dipendenti del Ssn 2014 e differenza con il 2009 \***

Regioni	2014	2009 (1)	Differenza 2014-2009	
	Totale	Totale	Totale	%
ABRUZZO **	6.279	6.255	24	0,38
BASILICATA	2.975	3.051	-76	-2,49
CALABRIA **	7.409	8.853	-1.444	-16,31
CAMPANIA **	19.156	21.258	-2.102	-9,89
EMILIA ROMAGNA	24.763	25.221	-458	-1,82
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.933	8.045	-112	-1,39
LAZIO **	20.706	22.599	-1.893	-8,38
LIGURIA ***	10.185	10.756	-571	-5,31
LOMBARDIA	38.846	38.830	16	0,04
MARCHE	8.243	8.015	228	2,84
MOLISE **	1.383	1.557	-174	-11,18
PIEMONTE **	21.467	22.111	-644	-2,91
PA BOLZANO	3.076	2.995	81	2,70
PA TRENTO	2.922	2.824	98	3,47
PUGLIA **	15.686	15.875	-189	-1,19
SARDEGNA	8.506	8.431	75	0,89
SICILIA **	18.109	17.963	146	0,81
TOSCANA	21.443	21.727	-284	-1,31
UMBRIA	4.699	4.731	-32	-0,68
VALLE D'AOSTA	703	663	40	6,03
VENETO	24.660	24.852	-192	-0,77
<b>Totale</b>	<b>269.149</b>	<b>276.612</b>	<b>-7.463</b>	<b>-2,21</b>

\* Fonte: Ragioneria generale dello Stato - Conto annuale 2014 e 2009

\*\* Regione in Piano di rientro

\*\*\* La Liguria è uscita dal Piano di rientro nel 2010

(1) Ultimo anno senza blocco del turn over

## L'effetto del part time

Un altro dato rilevante per la professione nel calcolo della forza lavoro è il part time. Tra gli infermieri dipendenti, infatti, questa modalità di lavoro riguarda circa il 10% degli organici e, anche se in diminuzione rispetto al 2009, significa che in realtà la forza lavoro a tempo pieno non è del tutto uguale al totale dei dipendenti, ma si dovrebbe considerare di circa 260.014 unità totali, poco più di 9mila in meno quindi.

Un fenomeno che balza subito agli occhi in questo caso è che l'utilizzo del part time è praticamente azzerato proprio nelle Regioni in piano di rientro, dove concederlo agli operatori si tradurrebbe in una riduzione pressoché insostenibile della forza lavoro, che già così com'è numericamente deve sopportare un sovraccarico di straordinario.

**Tavola 2 - Gli infermieri in part time Regione per Regione (2014 e differenza con il 2009)**

Regioni	2014		2009		Differenza	
	Part Time	% Part Time	Part Time	% Part Time	Totale	%
ABRUZZO	238	3,79	295	4,72	-57	-19,32
BASILICATA	78	2,62	66	2,16	12	18,18
CALABRIA	41	0,55	67	0,76	-26	-38,81
CAMPANIA	62	0,32	86	0,40	-24	-27,91
EMILIA ROMAGNA	3.020	12,20	3.249	12,88	-229	-7,05
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.284	16,19	1.554	19,32	-270	-17,37
LAZIO	723	3,49	916	4,05	-193	-21,07
LIGURIA	1.102	10,82	1.543	14,35	-441	-28,58
LOMBARDIA	7.019	18,07	7.687	19,80	-668	-8,69
MARCHE	492	5,97	543	6,77	-51	-9,39
MOLISE	39	2,82	48	3,08	-9	-18,75
PIEMONTE	3.481	16,22	3.792	17,15	-311	-8,20
PA BOLZANO	1.524	49,54	1.350	45,08	174	12,89
PA TRENTO	942	32,24	872	30,88	70	8,03
PUGLIA	297	1,89	257	1,62	40	15,56
SARDEGNA	349	4,10	483	5,73	-134	-27,74
SICILIA	214	1,18	240	1,34	-26	-10,83
TOSCANA	1.182	5,51	1.591	7,32	-409	-25,71
UMBRIA	393	8,36	473	3,66	-80	-16,91
VALLE D'AOSTA	185	26,32	161	24,28	24	14,91
VENETO	4.992	20,24	5.465	21,99	-473	-8,66
Totale	27.405	10,18	30.438	11,00	-3.081	-10,73

\* Fonte: Ragioneria generale dello Stato - Conto annuale 2014 e 2009

## L'analisi delle retribuzioni

Dall'analisi, al di là della consistenza numerica degli infermieri che evidentemente calano di più dove i piani di rientro e quindi i blocchi del turn over si sono fatti maggiormente sentire, emergono altri dati interessanti.

Il primo riguarda le retribuzioni. Il dato subito evidente riguarda la riduzione dal 2011 al 2014 (il 2011 è l'ultimo anno in cui si è esplicitato l'effetto delle voci retributive del contratto 2009, senza considerare quindi anche il peso degli arretrati subito percepiti come una tantum nello stesso anno della sottoscrizione) di circa 70 euro medi pro capite (senza contare la perdita di potere di acquisto di circa il 25% fino al 2015) con stipendi che da una Regione all'altra registrano differenze complessive nel 2014 rispetto alla media nazionale – sempre riferendosi alle Regioni a statuto ordinario – che vanno dai -664 euro pro capite annui della Liguria ai +478 euro medi annui pro capite della Campania.

In realtà l'analisi assume un diverso significato se si esaminano le diverse voci stipendiali, anche in rapporto con la situazione degli organici.

Se lo stipendio base è pressoché uguale – come da contratto – in tutte le Regioni, a fare la differenza in funzione del tipo di lavoro che svolgono gli infermieri sono ad esempio gli straordinari.

Nelle Regioni con piani di rientro e, in particolare, in quelle commissariate, questa voce rappresenta in media nel 2014, il 2,7% della retribuzione ed è in aumento nel 2014 rispetto al 2011 in quasi tutte le Regioni, mentre nelle Regioni con piano di rientro senza commissario la media è dell'1,8% e nelle altre Regioni a statuto ordinario dell'1,4 per cento.

Le punte maggiori si hanno nel primo gruppo in Campania e nel Lazio, dove lo straordinario copre il 4,5% della retribuzione media e in Calabria (4%), nel secondo gruppo in Puglia con il 2,7% e nel terzo gruppo nelle Marche con l'1,9 per cento.

Dove è maggiore lo straordinario è evidentemente più alto il numero di ore di lavoro richiesto al singolo professionista e dove le ore di lavoro aumentano è perché c'è carenza di organico, ma il servizio va garantito e i turni coperti. E questo rende ancora più evidente l'effetto del blocco del turn over e dei piani di rientro dove la situazione è tanto più pesante quanto più questi sono severi.

Un "placebo" possibile per alleggerire seppure momentaneamente e non in via definitiva la situazione estrema nelle Regioni in piano di rientro sarebbe la mobilità volontaria che la legge – il decreto legislativo 90/2014, cosiddetta riforma della PA - concede, ma che aziende e Regioni "bloccano" non rilasciando i necessari nulla osta. A richiederla sono soprattutto le Regioni del Sud commissariate e ad aderire sarebbero gli infermieri di quelle stesse Regioni che per esigenze lavorative sono ormai da anni anche a migliaia di chilometri da casa, ma in questo modo non riescono ad aprire la via del ritorno.

Nelle condizioni attuali del Servizio sanitario nazionale, le Regioni che ancora hanno un organico ai limiti dei requisiti organizzativi, fanno di tutto per mantenerlo tale e, quindi, rifiutano o quantomeno ignorano le domande di nulla osta per la mobilità. Al contrario, appunto, le Regioni sotto organico per i ripetuti blocchi di turn over tentano di incrementarlo, cercando soluzioni proprio con i bandi di mobilità extraregionali.

Il nuovo contratto potrebbe dare soluzioni di qualche tipo alla questione della mobilità, anche se non immediate e comunque, a monte, resterebbero da risolvere tutti i problemi di organico nelle Regioni alle quali resterebbe il potere di nulla osta.

**Tavola 3 – Le principali voci della retribuzione 2014 e il confronto con il 2011 \***

Regioni	Stipendio 2014	Ria **	Tredicesima	Straordinario	Indennità Fisse ***	Altre Accessorie ****	Totale	Differenza stipendio con 2011	Differenza % stipendio con 2011	Differenza % straordinario con 2011
ABRUZZO	22.103,9	2.320,6	2.055,5	449,1	337,6	2.318,8	29.585,4	32,4	0,11	7,1
BASILICATA	22.084,8	2.536,0	2.106,9	385,8	299,1	2.602,7	30.015,4	-246,9	-0,82	-1,2
CALABRIA	22.105,6	2.509,1	2.067,6	1.269,3	363,7	3.541,9	31.857,2	28,2	0,09	66,8
CAMPANIA	22.083,4	3.304,3	2.188,4	1.489,2	349,7	3.641,2	33.056,3	478,7	1,47	23,7
EMILIA ROMAGNA	22.091,6	1.953,8	2.049,2	407,0	426,0	3.396,3	30.323,9	9,6	0,03	9,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	22.080,9	1.824,9	2.021,7	251,4	395,6	2.941,8	29.516,2	-419,5	-1,40	1,2
LAZIO	22.023,9	3.026,6	2.126,6	1.431,9	328,8	3.066,2	32.003,9	-17,4	-0,05	16,5
LIGURIA	22.110,1	2.428,2	2.077,6	373,2	336,2	3.007,7	30.332,9	-664,0	-2,14	-8,7
LOMBARDIA	22.072,4	2.744,1	2.113,8	499,7	359,8	3.814,4	31.604,3	-259,0	-0,81	4,3
MARCHE	22.097,1	2.203,2	2.048,2	574,5	317,3	2.745,1	29.985,2	297,6	1,00	48,6
MOLISE	22.101,8	3.310,1	2.137,5	355,9	274,0	2.278,3	30.457,6	-10,1	-0,03	0,8
PIEMONTE	22.080,1	2.564,6	2.079,4	359,7	336,5	4.282,9	31.703,1	-130,4	-0,41	3,5
P A BOLZANO	26.354,0	7.355,6	2.796,6	422,0	17,0	6.088,0	43.033,2	1.585,6	3,83	186,7
P A TRENTO	22.432,9	1.861,0	2.134,4	414,1	341,7	4.914,0	32.098,1	464,4	1,47	-18,4
PUGLIA	22.051,3	3.252,1	2.110,2	833,7	425,1	2.684,0	31.356,5	-310,7	-0,98	-16,0
SARDEGNA	22.073,4	2.460,9	2.059,7	423,4	392,4	2.209,5	29.619,3	219,1	0,75	23,4
SICILIA	22.097,9	3.432,5	2.147,4	662,4	348,8	3.547,4	32.236,5	56,7	0,18	29,8
TOSCANA	22.126,6	1.941,0	2.028,6	306,3	341,3	3.623,9	30.367,8	49,6	0,16	1,0
UMBRIA	22.060,6	2.213,6	2.076,1	287,0	320,3	3.233,0	30.190,7	178,6	0,60	-11,5
VALLE D'AOSTA	22.079,5	2.382,8	2.003,5	218,5	264,9	6.655,7	33.604,9	-28,7	-0,09	-52,1
VENETO	22.087,8	1.998,4	2.050,9	487,2	342,5	3.452,5	30.419,3	-190,8	-0,62	-6,4
MEDIA 2014	22.094,5	2.577,1	2.090,9	622,1	355,0	3.426,6	31.166,1	-68,7	-0,22	11,9

\* L'anno di riferimento per le retribuzioni è il 2011 per gli effetti complessivi delle voci senza arretrati del contratto 2009

\*\* Retribuzione individuale di anzianità: più la forza lavoro è giovane, maggiore è l'importo e viceversa

\*\*\* Tra le indennità fisse c'è quella di vacanza contrattuale, l'indennità professionale specifica, le indennità comuni

\*\*\*\* Tra le indennità accessorie c'è quella notturna oraria, per turno festivo, per turno sulle 12 ore, di pronta disponibilità, per le terapie intensive, le sale operatorie ecc.

Fonte: Ragioneria generale dello Stato - Conto annuale 2014 e 2009

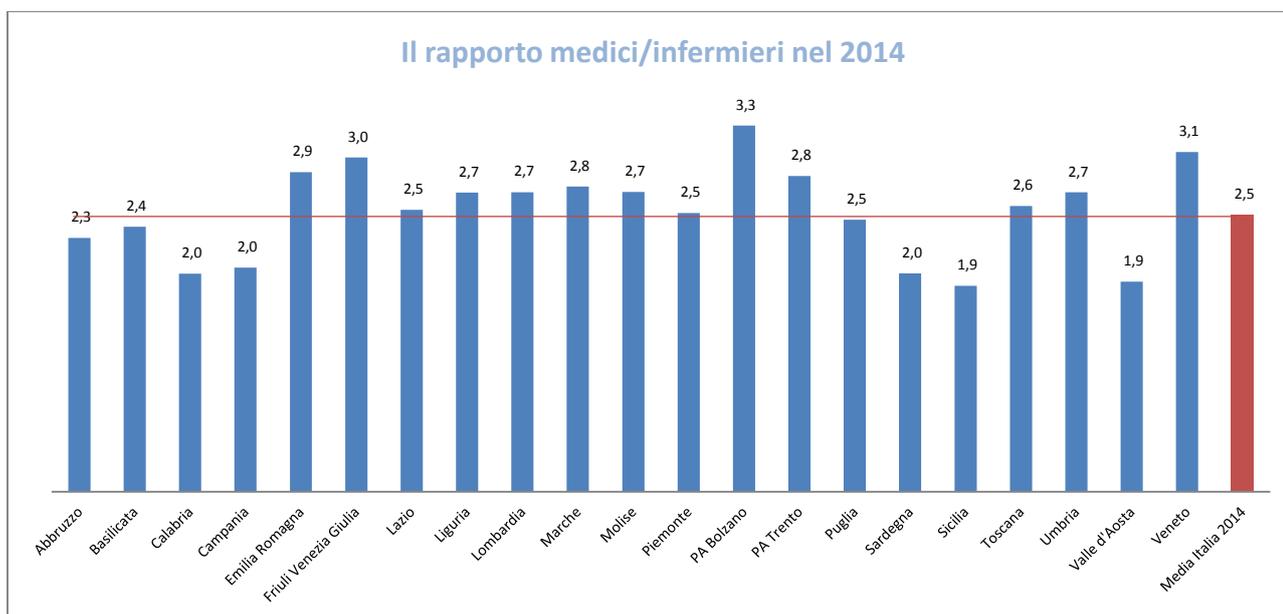
## Organizzazione del lavoro: il rapporto medici/infermieri

Controprova dell'insufficienza degli organici infermieristici in alcune Regioni deriva anche dall'analisi del rapporto numerico tra medici (calati anch'essi nei cinque anni di circa 4.900 unità) e infermieri che dovrebbe essere in misura ottimale di 1 a 3 per coprire le esigenze di servizio h24 e che in media nel 2014 era di 2,5 infermieri per medico.

Sempre tra le Regioni a statuto ordinario, è conforme a questo valore solo il Veneto (Regione benchmark 2016, rapporto 3,1). Sono compresi tra il 2,5 e i 3 infermieri per medico Emilia Romagna (tra le cinque Regioni scelte per il benchmark 2016, rapporto 2,9), le Marche (benchmark 2016, rapporto 2,8), il Lazio, la Liguria, la Lombardia (tra le cinque Regioni scelte per il benchmark 2016, rapporto 2,7), il Molise, il Piemonte, la Puglia, la Toscana, l'Umbria (benchmark 2016, rapporto 2,7). Sono al di sotto della media nazionale le altre Regioni con la punta più bassa tra quelle a statuto ordinario in Sicilia (1,9) Calabria e Campania (2).

Se al numero di infermieri oggi presenti in servizio si aggiungessero quelli che l'Ipasvi ha calcolato già come indispensabili per coprire il nuovo meccanismo dell'orario di lavoro e dei turni di riposo secondo le direttive Ue (poco meno di 18mila), la media nazionale si alzerebbe a 2,7 infermieri per medico e pochissime Regioni sarebbero al di sotto. Se poi il numero di infermieri fosse incrementato delle circa 47mila unità che l'Ipasvi ha calcolato come numero minimo necessario ottimale per garantire subito anche l'efficienza del territorio, il rapporto medici-infermieri si assesterebbe a livello nazionale sugli standard europei di 3:1 (2,9 per l'esattezza) e le Regioni sarebbero quasi tutte con standard relativamente nella regola.

Grafico 1



**Tavola 4 - Ipotesi rapporto medici/infermieri con copertura carenze**

Regioni	Infermieri necessari (carenza) per nuovi turni secondo direttiva Ue	Totale fabbisogno infermieri (carenza)	Numero complessivo infermieri coprendo le carenze direttiva Ue	Numero complessivo infermieri coprendo le carenze complessive	Rapporto medici/infermieri con copertura Ue	Rapporto medici/infermieri con copertura complessiva
ABRUZZO	504	1.335	6.783	7.614	2,5	2,8
BASILICATA	158	454	3.133	3.429	2,5	2,8
CALABRIA	650	1.721	8.059	9.130	2,1	2,4
CAMPANIA	1.767	4.679	20.923	23.835	2,2	2,5
EMILIA ROMAGNA	1.071	3.086	25.834	27.849	3,0	3,2
FRIULI	471	1.091	8.404	9.024	3,2	3,4
LAZIO	2.203	5.835	22.909	26.541	2,8	3,3
LIGURIA	494	1.422	10.679	11.607	2,8	3,1
LOMBARDIA	2.081	5.988	40.927	44.834	2,8	3,1
MARCHE	348	1.002	8.591	9.245	2,9	3,1
MOLISE	145	384	1.528	1.767	3,0	3,5
PIEMONTE	1.028	3.443	22.495	24.910	2,6	2,9
PUGLIA	1.427	3.780	17.113	19.466	2,7	3,0
SARDEGNA	571	1.324	9.077	9.830	2,1	2,3
SICILIA	1.534	4.064	19.643	22.173	2,0	2,3
TOSCANA	906	2.609	22.349	24.052	2,7	2,9
TRENTINO AA	447	1.038	6.445	7.036	3,3	3,6
UMBRIA	218	629	4.917	5.328	2,6	2,8
VALLE D'AOSTA	47	108	750	811	2,0	2,2
VENETO	1.182	3.404	25.842	28.064	3,2	3,5
ITALIA	17.253	47.394	286.402	316.543	2,7	2,9

## Il rapporto pazienti/infermieri

Secondo un recente studio pubblicato sul *British Medical Journal* (2011), condotto presso alcuni ospedali inglesi, il tasso di mortalità risulta del 20% inferiore quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere ha in carico 10 o più pazienti.

Un altro studio precedente (2009) pubblicato sul *New England Journal of Medicine* ha sottolineato che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica inferiori di almeno 8 ore rispetto al monte-ore programmato oppure con turni nei quali il turnover dei pazienti è molto elevato. Lo studio dimostra che il rischio di morte aumenta del 2% per ogni turno con presenze al di sotto del monte ore programmato e del 4% per ogni turno con elevato turnover.

Ma qual è la situazione italiana attuale?

Dei turni sempre più lunghi si è già detto parlando dello straordinario. Per quanto riguarda poi il numero di pazienti per infermiere, partendo dal presupposto che nelle 24 ore sono necessari almeno tre turni (due diurni da sette ore e uno notturno da dieci), servono evidentemente almeno tre infermieri. Analizzando il numero attuale di infermieri dipendenti (quindi senza contare il part time né le inidoneità calcolate in circa l'11% del personale da un recente studio del Cergas Bocconi) e dividendolo per il numero di pazienti registrati con le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) 2014, la media nazionale di pazienti per infermiere è di 12, con Regioni (quelle in piano di rientro) che raggiungono anche i 18 e solo cinque (di cui una a statuto speciale) al di sotto dei dieci.

E' evidente quindi il livello di rischio maggiore, così come è evidente che incrementando gli organici dei circa 47mila infermieri indicati dall'Ipsavi, si avrebbe un calo medio di circa due pazienti per infermiere (la media nazionale sarebbe di 10 pazienti per infermiere), maggiore nelle Regioni in piano di rientro in cui gli organici sono più ridotti dove il rapporto calerebbe fino a quattro infermieri per paziente. Significativo, anche se non ancora sufficiente all'equilibrio indicato negli studi internazionali. Si avrebbero infatti solo nove Regioni superiori a 10 pazienti per infermiere (la più alta con 14 e non più 18 pazienti per infermiere).

C'è tuttavia una ulteriore considerazione da fare: i turni infermieristici non solo una questione oraria, ma anche di impegno fisico personale. Secondo il recente studio Cergas Bocconi, tra le principali cause di inidoneità che colpiscono circa il 15% degli infermieri, c'è la movimentazione dei carichi (quasi il 50%), poi le posture incongrue, lo stress e il burn out, il lavoro notturno e la reperibilità (queste voci rappresentano circa il 30%). Situazioni queste che si fanno tanto più a rischio quanto più è avanzata l'età dell'operatore. E tra gli infermieri dipendenti, sempre per colpa del blocco del turn over che non consente un adeguato ricambio generazionale, oltre il 38% ha più di 50 anni. Situazione più grave dove i blocchi del turn over hanno praticamente annullato quasi del tutto il ricambio generazionale: ad esempio gli over 50 in Calabria sono quasi il 61%, sono più del 58% in Molise e circa il 54% in Campania. Al contrario, nelle Regioni benchmark (Marche, Umbria e Veneto) sono sempre al di sotto della media nazionale con il livello minimo del 28,7% nelle Marche, valore più basso tra le Regioni a statuto ordinario.

Anche nelle Regioni a statuto speciale, che non seguono i vicoli dei piani di rientro e, quindi dei blocchi di turn over, la percentuale è sempre al di sotto della media nazionale, tranne in Sardegna, che però è divenuta del tutto a statuto speciale solo nel 2010 ed era fino a quell'anno sottoposta a piano di rientro in analogia con la Sicilia, dove gli over 50 sono tuttora il 53,4% dei dipendenti.

**Tavola 5 - Il rapporto pazienti/infermieri nel 2014**

Regioni	Infermieri dipendenti 2014	Di cui % infermieri dipendenti >50 anni	Pazienti secondo Sdo 2014	Numero pazienti per infermieri dipendente Ssn *
ABRUZZO	6.279	47,4	212.878	11
BASILICATA	2.975	41,7	82.106	9
CALABRIA	7.409	60,7	245.286	11
CAMPANIA	19.156	53,9	1.017.766	18
EMILIA ROMAGNA	24.763	29,8	806.203	11
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.933	35,3	193.272	8
LAZIO	20.706	43,3	996.460	16
LIGURIA	10.185	37,4	280.607	9
LOMBARDIA	38.846	30,4	1.520.126	13
MARCHE	8.243	28,7	239.094	10
MOLISE	1.383	58,1	62.416	15
PIEMONTE	21.467	30,4	654.828	10
PA BOLZANO	3.076	23,9	94.138	10
PA TRENTO	2.922	29,9	88.631	10
PUGLIA	15.686	44,7	636.226	14
SARDEGNA	8.506	46,8	271.160	11
SICILIA	18.109	53,4	673.680	12
TOSCANA	21.443	34,8	591.853	9
UMBRIA	4.699	37,6	152.575	11
VALLE D'AOSTA	703	29,4	25.066	12
VENETO	24.660	29,7	684.136	9
Media Italia	269.149	38,1	9.528.507	12

\* Considerando tre infermieri sulle 24 ore (due turni diurni da 7 ore e un turno notturno da dieci ore)

## Il rapporto abitanti/infermieri

Un ulteriore capitolo di analisi riguarda il numero di abitanti potenziali medi per ogni infermiere ancora in grado di esercitare la professione. Identificando questi ultimi tra i professionisti inferiori ai 65 anni di età, il rapporto medio italiano è, a febbraio 2016, di 144 abitanti per infermiere. Un numero che si riduce a 40 se si analizzano solo gli abitanti superiori a 60 anni: circa 17 milioni. Questo tipo di analisi aiuta a comprendere meglio le esigenze del territorio, dove non operano solo gli infermieri dipendenti del Ssn, ma anche circa 40mila libero professionisti e altre tipologie di attività.

**Tavola 6 - Rapporto abitanti/infermieri fino a 65 anni di età (febbraio 2016)**

Regioni	Abitanti	Infermieri fino a 65 anni	Abitanti per infermieri <65	% infermieri >50 anni su infermieri fino a 65 anni	% abitanti >60 anni	Abitanti >60 anni per infermiere fino a 65 anni
ABRUZZO	1.331.574	7739	172	69,7	28,8	50
BASILICATA	576.619	4804	120	74,5	27,8	33
CALABRIA	1.976.631	13606	145	63,9	26,3	38
CAMPANIA	5.861.529	37520	156	70,2	23,2	36
EMILIA ROMAGNA	4.813.861	28057	172	67,5	29,3	50
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.227.122	9513	129	64,4	31,4	41
LAZIO	5.892.425	45440	130	72,4	26,5	34
LIGURIA	1.583.263	14305	111	65,0	34,4	38
LOMBARDIA	10.002.615	60908	164	70,9	27,5	45
MARCHE	1.187.443	8159	146	72,4	30,1	44
MOLISE	313.348	5872	53	69,6	29,8	16
PIEMONTE	4.424.467	29969	148	72,4	30,8	45
PA BOLZANO	518.518	5053	103	76,6	24,1	14
PA TRENTO	537.416	4151	129	69,0	26,7	28
PUGLIA	4.090.105	32858	124	71,7	26,5	33
SARDEGNA	1.663.286	11859	140	62,8	28,3	40
SICILIA	5.092.080	32149	158	64,0	25,8	41
TOSCANA	3.752.654	26602	141	65,9	30,8	44
UMBRIA	894.762	8723	103	68,8	30,7	31
VALLE D'AOSTA	128.298	982	131	74,0	28,7	38
VENETO	4.927.596	34669	142	72,1	27,6	39
Media Italia	60.795.612	422938	144	69,4	27,7	40

In questo l'Ipsvi ha già proposto nell'ambito della Joint Action europea "Health Workforce Planning and Forecasting", programma sperimentale durato 16 mesi al quale hanno partecipato i tecnici della Salute e Agenas, le Regioni, gli Ordini e le Federazioni di medici, infermieri, dentisti, farmacisti e ostetriche, un modello per l'assistenza territoriale dove la figura dell'infermiere è centrale per garantire continuità delle cure, diventando parte attiva del passaggio dalla cosiddetta medicina d'attesa a quella di iniziativa.

L'Ipsavi sottolinea, tra le nuove competenze degli infermieri, quella delle cure primarie e servizi territoriali/distrettuali, già attivata in molte Regioni, anche con il nome di "infermiere di famiglia" e utilizzata soprattutto per non autosufficienti e malati cronici, che richiedono al di là della diagnosi e della terapia, un'assistenza costante e di qualità professionalmente garantita, per non lasciare spazio a soluzioni fai-da-te (parenti, amici, badanti ecc., che lo stesso infermiere potrebbe educare a eseguire interventi semplici, possibili senza specifica preparazione e di routine per agevolare il benessere del malato) con il rischio di accrescere il ricorso al pronto soccorso per mettere riparo a ulteriori danni arrecati alla salute.

Gli italiani interessati sono, secondo gli indici di non autosufficienza e cronicità, circa 16 milioni e l'Ipsavi calcola la necessità di almeno un infermiere ogni 500 assistiti (assistenza continua), circa 30mila in tutto per poter erogare le prestazioni infermieristiche e di aiuto infermieristico previste a carico del Ssn anche nel recentissimo Dpcm sui nuovi Lea, approvato il 7 luglio anche dalle Regioni. La competenza sarebbe assunta con un preciso percorso universitario, oggi attivo già in 9 atenei e che ha portato alla formazione di circa 5.400 professionisti "specializzati". Questo infermiere potrebbe intervenire nell'offerta di assistenza territoriale nelle Case della salute, gli ospedali di comunità, dove può gestire direttamente persone con problemi di fragilità, in collaborazione con i medici di medicina generale.

#### Tavola 7 - Fabbisogno attuale di infermieri

Regioni	Popolazione da assistere*	Infermieri sul territorio **	Infermieri necessari per nuovi turni secondo direttiva Ue sull'orario di lavoro e i relativi riposi	Totale fabbisogno infermieri
ABRUZZO	359.329	831	504	1.335
BASILICATA	155.385	296	158	454
CALABRIA	514.932	1.071	650	1.721
CAMPANIA	1.443.331	2.912	1.767	4.679
EMILIA ROMAGNA	1.238.527	2.014	1.071	3.086
FRIULI	346.332	621	471	1.091
LAZIO	1.499.611	3.632	2.203	5.835
LIGURIA	471.121	928	494	1.422
LOMBARDIA	2.615.363	3.907	2.081	5.988
MARCHE	396.229	654	348	1.002
MOLISE	86.872	239	145	384
PIEMONTE	1.231.317	2.415	1.028	3.443
PUGLIA	1.056.983	2.353	1.427	3.780
SARDEGNA	446.708	753	571	1.324
SICILIA	1.299.863	2.529	1.534	4.064
TOSCANA	1.039.642	1.703	906	2.609
TRENTINO AA	268.096	590	447	1.038
UMBRIA	248.570	410	218	629
VALLE D'AOSTA	34.679	61	47	108
VENETO	1.307.574	2.221	1.182	3.404
ITALIA	16.043.285	30.141	17.253	47.394

\* pesata per età con non autosufficienza, cronicità ecc.

\*\* secondo il rapporto ottimale 1/500

### **Mangiacavalli, presidente Ipasvi: “Il Ssn ha bisogno di nuovi infermieri”**

“Alla vigilia della nuova stagione contrattuale – commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipasvi – questi dati dovrebbero far ragionare sia il legislatore che le Regioni. La carenza è evidente, così come lo è la situazione difficile a livello generale, ma sicuramente a rischio nelle Regioni in piano di rientro che rappresentano ormai a livello di popolazione oltre il 47% dei cittadini italiani. L’analisi dei dati rende evidente anche il gap sempre maggiore che esiste, perfino tra queste stesse Regioni, tra Nord e Sud e dal nostro punto di vista scatta un doppio allarme.

Il primo riguarda proprio i cittadini: studi internazionali hanno dimostrato che la mortalità aumenta con il diminuire degli organici infermieristici e in particolare un minor carico di pazienti per singolo infermiere permette la riduzione della mortalità dei pazienti del - 20%, se si portano da 10 a 6 i pazienti totali affidati a un singolo infermiere. E la situazione nel nostro Paese non è ottimale, con una media di 12 pazienti per infermiere, alcune Regioni (in piano di rientro) dove si raggiungono anche i 18 pazienti e solo cinque dove si hanno meno di 10 pazienti per infermiere dipendente.

Il secondo riguarda i professionisti, ma anche, ancora, i pazienti: turni massacranti si traducono in disturbi del sonno, problemi digestivi, stress, aumento di peso, malattie dell’apparato gastroenterico, effetti sulla sfera psicoaffettiva e disturbi cardiovascolari con un aumento del 40% del rischio di malattie coronariche. Ma i danni più subdoli sono quelli ai pazienti che del Servizio sanitario hanno fiducia: la ridotta vigilanza può portare a errori clinici che possono compromettere il benessere del paziente. In uno studio relativo alle ore di lavoro degli infermieri per la sicurezza del paziente, i rischi di errori e gli errori sono aumentati quando gli infermieri hanno svolto turni straordinari oltre le 12 ore, incrementando 3 volte il rischio di cadere in errore e più del doppio il rischio di incorrere in un quasi-errore.

Appare evidente quindi che lo sblocco del turn e il reintegro degli organici non è più solo una richiesta legata all’organizzazione del lavoro, ma un’esigenza di salute sia per i cittadini che per gli operatori.

In questo senso un primo passo potrebbe essere, ad esempio, quello di assumere almeno 10mila unità in part time al 50%: servirebbero a garantire l’effettiva copertura di organici rispetto agli attuali part time, consentirebbero di cominciare a formare nuove leve di professionisti riavviando il ricambio generazionale e avrebbero sicuramente costi inferiori nell’immediato a unità di personale full time.

Per quanto riguarda il problema della mobilità volontaria – aggiunge - sento di poter garantire il nostro impegno a interpellare, coinvolgere e sollecitare dal punto di vista politico i livelli di governo e programmazione da cui dipende un eventuale e auspicabile cambio di sistema, cercando di ottenere una soluzione normativa che possa tutelare tutte

le istanze: quelle di chi lavora e quelle dei cittadini che chiedono un'assistenza dignitosa, impossibile senza i professionisti che la erogano.

Poi ci sono altri passi importanti da compiere all'interno dell'attuale forza lavoro, come la stabilizzazione dei precari: per gli infermieri si tratta di almeno 11mila unità di cui poco più di 9mila sono gli infermieri a tempo determinato.

Siamo certi – conclude Mangiacavalli - che i sindacati terranno debito conto di tutto questo al momento dell'apertura delle trattative per il nuovo contratto. Ma non basta: le istituzioni devono farsi carico della responsabilità che deriva da una mancata azione che riequilibri situazioni al limite della tolleranza. Non c'è più un'alternativa: il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di nuovi infermieri e di maggiore appropriatezza organizzativa”.