

## Presentazione

Egregio Presidente, egregi Consiglieri, a nome dei 3000 infermieri ed ostetriche lombardi iscritti al nostro sindacato vi ringraziamo per averci concesso questa opportunità di portarvi direttamente la vision di chi tutti i giorni, h24, sostiene sulle proprie spalle il servizio sanitario in Lombardia.

La nostra è una categoria che conta grossi numeri ma anche grosse difficoltà e disagi e che sta affrontando nell'ultimo decennio oltre che le trasformazioni repentine del sistema sanitario, anche una propria crisi d'identità legata all'ormai indifferibile applicazione delle norme che dal '98 ci hanno liberato dall'ausiliarità conferendoci, almeno sulla carta, piena autonomia professionale e quindi offrendoci l'opportunità di essere protagonisti importanti del cambiamento in sanità.

Non abbiamo alcuna pretesa di presentare un progetto complessivo di riforma del SSR, competenza che giustamente è in mano a voi ed alle vostre scelte politiche. Vogliamo però evidenziarvi il nostro punto di vista e alcune proposte concrete che pensiamo possano migliorare il sistema e le condizioni di lavoro.

La Lombardia pur essendo una tra le 21 regioni, si prende cura di 1/6 degli italiani. Questa enorme mole di lavoro è stata mantenuta ed accresciuta nel tempo in condizioni di **virtuosismo** indiscutibili. Abbiamo subito gli stessi tagli e sacrifici richiesti anche al resto del Paese eppure i conti non sono in rosso. Un virtuosismo, a nostro parere, dovuto soprattutto alle caratteristiche del popolo lombardo che, nel caso della nostra categoria professionale, si associa allo spirito di abnegazione ed al principio etico/morale che mette al primo posto il malato. Noi che al malato ci siamo perennemente vicini, siamo empaticamente coinvolti nei bisogni d'assistenza, tanto da spingerci ad arrangiarci nell'affrontare ogni nuova situazione pur in presenza di gravi carenze organizzative e strutturali a danno della nostra stessa incolumità psico/fisica. Abbiamo tamponato in ragione del sacrificio assistenziale ma ora siamo logorati e non pensiamo di resistere in queste condizioni a lungo!

**Una categoria invecchiata paurosamente**, logorata ed usurata da uno sfruttamento sempre più intensivo che non da tregua. I numeri, la complessità e la casistica della "produzione" sanitaria lo stanno a dimostrare.

Analizzando **le dotazioni organiche** delle strutture sanitarie pubbliche della regione negli ultimi 10 anni (dati della Ragioneria Generale dello Stato) si evince che sulla nostra categoria i tagli si sono abbattuti per l'1,3 % con una perdita secca di 500 infermieri. Ha tenuto bene il personale amministrativo che registra un +0,9% (102 unità), aspetto alquanto curioso se si pensa ai passi avanti nell'informatizzazione del sistema sul quale le aziende hanno investito non poche risorse e che lo riguarda per la maggior parte. E' vero, negli ultimi 10 anni è aumentata di molto la burocrazia e la necessità di documentare, ma ciò ha riguardato indistintamente tutte le figure professionali. In particolare gli infermieri lamentano un carico di burocrazia del 30-35% a discapito dell'impegno assistenziale.

Di contro assistiamo per la prima volta nella storia al fenomeno della **disoccupazione infermieristica**. Oggi in Italia solo un infermiere su quattro trova impiego. In Lombardia il fenomeno è contenuto ad uno su due ma per il 28% non si tratta di impiego in campo sanitario, sprecando in questo modo anni di studio, risorse e capacità professionali irrecuperabili. Solo tra il 2011 e il 2013 non hanno trovato lavoro un migliaio di giovani infermieri lombardi. Chi l'ha trovato solo il 15% è dipendente del SSN mentre il restante è assunto da cooperative (29%) sanità privata (28%) false partite iva (18%) e società di somministrazione lavoro (10%). Assistiamo dunque ad una precarietà forzata così come all'arretramento dei diritti

contrattuali oltre che delle retribuzioni. Un giovane neolaureato assunto da una cooperativa in part time al 96% viene retribuito con 1200 euro mensili tutto compreso.

Se poi si scopre che le **cooperative** vengono utilizzate negli ospedali pubblici (solo a titolo di es. l'ospedale di Vaprio dell'Az. Osp. di Melegnano, dove ho fatto un recente sopralluogo) per sopperire alle carenze di personale dipendente c'è da chiedersi se economicamente sia un reale vantaggio per le aziende pubbliche piuttosto che una forma di speculazione. Su questo punto vorremmo da voi un impegno affinché l'assistenza ospedaliera, il core business della sanità, non venga assolutamente appaltata, sotto ogni qualsiasi forma e rimanga saldamente in mano a dipendenti pubblici a tutela delle condizioni assistenziali garantite dalla Costituzione.

Sulle **dotazioni organiche** vi chiediamo un'attenzione particolare che da una regione virtuosa come la nostra ci attendiamo. La proposta della regione Veneto di abbassare i minuti di assistenza/paziente ci vede fortemente contrari. Ci supporta in ciò anche uno studio internazionale, il RN4CAST pubblicato su The Lancet nel 2014, dove emerge infatti che la mortalità a 30 giorni dei pazienti chirurgici è significativamente correlabile ai due indici analizzati: dotazione organica (n° di pazienti per infermiere) e livello di istruzione (infermieri laureati e non). E' sorprendente leggere che ad ogni aumento di 1 unità nel rapporto pazienti/infermiere la probabilità di decesso del paziente entro i 30 giorni dalla dimissione aumenta del 7%, mentre ad ogni aumento del 10% di infermieri laureati nel personale corrisponde una diminuzione del 7% della probabilità di decesso a 30 giorni. Studio a cui l'Italia non ha partecipato ma alla cui lacuna stiamo provvedendo direttamente con nostri finanziamenti e grazie alla collaborazione con l'università di Genova. Con queste premesse pensare ad una contrazione del personale infermieristico a favore di un incremento del personale di supporto dovrebbe scoraggiare ogni serio analista e di conseguenza anche i politici.

Abbiamo bisogno di incrementare le figure di supporto (OSS) ma per consentire di dedicarci appieno al nostro profilo professionale, cioè la pianificazione e personalizzazione dell'intervento assistenziale. Sono ancora molte purtroppo le strutture ospedaliere dove prevale il nostro demansionamento a causa della mancanza degli OSS.

La bandiera sventolata da Regione Lombardia a favore della **libera scelta** sul dove curarsi per il cittadino tra sanità pubblica e privata è franata ed inesistente nell'assistenza territoriale (**ADI**) garantita per lo più da cooperative. Oggi che si favorisce la deospedalizzazione precoce, l'assistenza sanitaria si sposta sul territorio dove però di strutture pubbliche che la erogano direttamente non ve ne sono. Quindi viene a cadere il principio della libera scelta? Facciamo una riflessione su questo! Se valgono quei principi liberali in ambito ospedaliero dovrebbero valere anche in ambito territoriale. Nelle regioni del nord nostre confinanti l'ADI è ancora strettamente in mano al pubblico. Solo in Lombardia si è dismessa in cambio dei voucher. Limitare la funzione delle asl a puri controlli documentali o ispettivi random, a nostro avviso significa lavarsene le mani.

**Sull'infermiere di famiglia** c'è bisogno di concretizzare. Appurato che la sua funzione è importante ed insostituibile, non è ancora chiaro come verrà inquadrato e con quali modalità. A nostro parere la sua diffusione non dovrebbe scendere sotto i 1000 assistiti attualmente in carico ai medici di medicina generale. Questa figura darà al massimo i suoi frutti quanto più sarà ancorata al proprio quartiere dove già sono conosciuti infermieri esperti residenti. Sarebbe anche un'opportunità di conciliare l'età non più giovane dei professionisti con la fatica di sostenere i turni di servizio, specie quelli notturni. Riguardo al loro inquadramento contrattuale è ora che cominciamo a definire se saranno in convenzione oppure dipendenti del SSR. Di certo la loro attivazione farebbe calare di parecchio gli intasamenti ai P.S. ed anche le sale d'attesa dei MMG. Ma in tal senso bisognerebbe legiferare affinché nelle loro competenze rientrino la

prescrizione di presidi sanitari e di medicinali comuni così come la certificazione dello stato di impossibilità a svolgere temporaneamente l'attività lavorativa. Tutte cose già esistenti oltr'alpe! Uno scatto d'orgoglio di regione Lombardia in tal senso sarebbe auspicabile!

Come saprete, l'87% degli infermieri è donna e quindi madre. Condizione questa che può precludere l'esercizio professionale se non si hanno i nonni o l'asilo nido aziendale a cui affidare i bimbi. Una forte politica di incentivazione degli **asili nido aziendali** consentirebbe a molte infermiere mamme per la seconda o terza volta di non rinunciare al lavoro in alternativa alla prole. L'utilizzo del **part time** in Lombardia è al culmine solo in alcune aziende ospedaliere mentre è sottoutilizzato in provincia di Milano, Mantova e Pavia. La proposta che vi facciamo è che il limite del 35% sia considerato come dato regionale anziché aziendale, in modo che le aziende in sofferenza possano oltrepassarlo concedendo il part time più facilmente e soddisfacendo in questo modo la forte richiesta della categoria anche per la necessità di accudire i genitori anziani. Ciò consentirebbe l'assunzione di giovani infermieri che porterebbero nuova linfa negli ospedali ed un naturale ricambio generazionale non traumatico. Stimiamo una potenzialità tra i 4000 e i 6000 nuovi posti di lavoro.

Insieme con la Bocconi, l'Univ. Di Brescia ed il patrocinio di regione Veneto, Val d'Aosta, Friuli ed Emilia Romagna ed il supporto di AGENAS e del Min. della Salute, stiamo affrontando la tematica delle **limitazioni lavorative** legate alle condizioni fisiche che ne limitano l'idoneità alla mansione. Si riscontrano crescenti difficoltà nella gestione degli organici aziendali a causa dell'invecchiamento ed all'usura del personale difficile da ricollocare e da riutilizzare. A fine anno i risultati dello studio. Peccato che regione Lombardia abbia dato forfait assicurando che avrebbe condotto la ricerca da per conto proprio.

Occorre affrontare di petto **l'intasamento dei P.S.** con provvedimenti di breve e lungo periodo. Tra quelli di breve periodo occorre prevedere la presenza h24 del medico rianimatore almeno nei presidi con forti numeri d'accesso in quanto la gestione dei codici rossi affidata a medici non rianimatori ingolfa a catena tutti gli altri codici. I pazienti stazionano anche 3-4 giorni in barella senza una presa in carico efficace lasciando agli infermieri il compito di sopperire alla mancanza di prescrizioni mediche. Un vero e proprio limbo in cui il paziente se pur ricoverato, resta in attesa di essere preso in carico.

**Il sistema del 118** lombardo è atipico. Con soli 20 dipendenti l'AREU gestisce tutte le emergenze della regione. Come fa? Semplice! Utilizza il personale dipendente delle strutture ospedaliere che in questo modo si ritrova a dover assolvere a due compiti, quello dell'assistenza in pronto soccorso e quello della chiamata del 118 che inevitabilmente lascia solo l'infermiere del PS con tutte le conseguenze che ne derivano. Bisogna che ci mettiamo a ripensare il 118 lombardo!

**L'infermiere insegnante** di educazione sanitaria nelle scuole! Questa è la vera soluzione di lungo periodo. Del nostro profilo professionale la funzione dell'educazione sanitaria è rimasta letteralmente sulla carta mentre potremmo esercitare un'importante funzione in tal senso sulla popolazione ai fini di utilizzare in modo appropriato le strutture sanitarie, i P.S. in particolare. L'infermiere è il professionista sanitario più adeguato ad educare la popolazione grazie alla sua capacità di farsi capire. Dedicare quindi a tutti i livelli di istruzione tempo e docenti che se ne occupino è la migliore prevenzione. Lasciare il compito delle informazioni sanitarie alla popolazione agli spot pubblicitari delle ditte del settore è deleterio e crea false aspettative oltre che essere controproducente.

**L'unico dirigente infermieristico** delle nostre aziende si ritrova a gestire mediamente 1500 collaboratori. Un'assurdità tutta nostra se si pensa che invece, tutti i medici sono considerati dirigenti pur senza dirigere alcuno e che nell'ambito amministrativo vi è un dirigente ogni 10 dipendenti. E' evidente che la legge 251

del 2000 istitutiva della dirigenza infermieristica è stata palesemente sottovalutata e/o comunque contrastata nella nostra regione e fatica ad essere riconosciuta pur a distanza di 14 anni! Chiediamo pertanto che Regione Lombardia si adoperi efficacemente verso le aziende al fine del rispetto della normativa in funzione del miglioramento dell'efficacia assistenziale e della valorizzazione delle professioni sanitarie, adeguando il numero di dirigenti infermieristici a rapporti più consoni alla comune governance aziendale.

In 39 anni di servizio ospedaliero non ho mai assistito ad una **demotivazione così allarmante tra il personale infermieristico**. Pur con notevoli difficoltà vi era sempre la positività a primeggiare sul pessimismo. Ora si incontrano ai cambi turno facce depresse, in burn out, che hanno o stanno perdendo la speranza di un cambiamento. Il blocco prolungato dei già bassi stipendi a fronte di un incremento esponenziale di responsabilità e di carico lavorativo la acuisce ulteriormente. **La politica delle RAR** ha di poco differenziato l'area sanitaria dal resto del comparto oltre che aver ridotto negli anni i finanziamenti. Inoltre assistiamo ad un utilizzo indecente dei fondi disponibili se tra gli obiettivi di miglioramento che ritroviamo assegnati al personale amministrativo e tecnico vi era per il 2014 il corso sul corretto lavaggio delle mani! Così come lo sperpero di RAR assegnato alla dirigenza medica senza obiettivi propri bensì appoggiandosi al risultato di quelli infermieristici.

Disponibili al confronto con chi voglia approfondire le tematiche illustrate, ringraziamo della vostra preziosa attenzione.

#### NURSIND

Coordinamento Regione Lombardia

Milano – Inf. Giovanni Aspromonte – [milano@nursind.it](mailto:milano@nursind.it)

Bergamo – Inf. Donato Carrara – [bergamo@nursind.it](mailto:bergamo@nursind.it)

Varese – Inf. Salvatore Ferro – [varese@nursind.it](mailto:varese@nursind.it)

Monza – Inf. Donato Così – [monza@nursind.it](mailto:monza@nursind.it)

Lecco – Inf. Paolo Garroni – [lecco@nursind.it](mailto:lecco@nursind.it)

Brescia – Inf. Alfonso Caruso – [brescia@nursind.it](mailto:brescia@nursind.it)

Sondrio – Inf. Pierluigi Spelta – [sondrio@nursind.it](mailto:sondrio@nursind.it)

Mantova – Inf. Luciana Daldoss – [mantova@nursind.it](mailto:mantova@nursind.it)

Pavia – Inf. Jessica Fardella – [pavia@nursind.it](mailto:pavia@nursind.it)

Como – Inf. Maurizio Bona – [como@nursind.it](mailto:como@nursind.it)

Lodi – Inf. Cristiano Riboni – [lodi@nursind.it](mailto:lodi@nursind.it)