**INDICE**

Premessa………………………………………………...…………………………………………..………3

Introduzione………………………………………………………………...………………………..……4

**CAPITOLO 1: La figura dell’infermiere in Italia**…………………………………...………..5

* 1. La figura dell’infermiere in Italia……………………...………………………………………..5
* 1.1.1 Professione e prestazione infermieristica………...….…...……………………...5
* 1.1.2 La prestazione infermieristica………...……………………………………………..6
  1. Storia della professione………………...………………………………………………………….7
  2. Evoluzione legislativa della professione infermieristica………...…………………….11
* 1.3.1 Il profilo professionale…………...………………………………………………...…12
* 1.3.2 Abrogazione del mansionario………………………………………...……………13
* 1.3.3 Il codice deontologico……………………………………...…………………………13
  1. Il percorso formativo dell’infermiere……………………………………...…………………15

**CAPITOLO 2: Fuga dalla realtà italiana**………………………………...……………………..18

2.1 La disoccupazione………………………...………………………………………………………..18

* 2.1.1 I numeri della disoccupazione…………………………………………...………...18
* 2.1.2 Le cause della disoccupazione………………………...…………………………...20
* 2.1.3 Le conseguenze sul SSN…………………………………………...…………………21

2.2 Il precariato………………………………………………...…………………………...……………22

* 2.2.1 Mancanza di un reddito adeguato……………………………………...………...22
* 2.2.2 Mancanza di continuità del rapporto di lavoro e di certezza sul futuro……………………………………………………………………………………………...23
* 2.2.3 La lotta al precariato……………………...…………………………………………...25

2.3 Il demansionamento…….………………………………………………..………….……………26

* 2.3.1 Significato………………………...……………………………………………………….26
* 2.3.2 Norme e sentenze…………………………………………………...……….…………26
* 2.3.3 Le cause del demansionamento…………………………...……………..…..……29
* 2.3.4 Le conseguenze del demansionamento…………………...…………………….31

**CAPITOLO 3: Gli infermieri emigranti**…………………………...…………………………...33

* 3.1 Gli infermieri emigranti………………...………………………………………………33
* 3.2 Infermieri/abitanti in Europa……………………...………………………………….34
* 3.3 Stipendio e costo della vita in Europa………………………...…………………...36

Conclusioni…………………………………………………………………………………………...…...38

Bibliografia e sitografia…………………...…………………………………………………………...39

Ringraziamenti……………………………………...…………………………………………………...40

**Premessa**

Lo scopo di questa tesi, di tipo compilativa, è quello di evidenziare e analizzare i motivi che possono spingere gli infermieri ad abbandonare il ''Bel paese'' e non quello di soffermarsi sulle caratteristiche delle altre realtà europee.

Sin dal primo giorno del mio tirocinio universitario ho imparato molto, dal punto di vista clinico e dal punto di vista pratico, sono andato oltre… ho voluto soffermarmi sulla persona che si cela dietro l'infermiere e sugli effetti che quella divisa avrebbe potuto procurarmi. Mi sono sempre chiesto se quella persona, celata dietro la divisa, fosse davvero felice, fosse davvero soddisfatta del proprio lavoro e della propria condizione. Ho conosciuto diversi infermieri; in molti mi hanno fatto capire che spesso, parallelamente ai pazienti, anche gli infermieri sono malati, malati di un sistema che non conosce meritocrazia, un sistema corrotto, un sistema che il più delle volte non dà ciò che vorremmo.

**Introduzione**

Negli ultimi anni sono sempre di più gli infermieri italiani che decidono di migrare verso altri paesi, europei e non. Tra le mete europee più ambite possiamo citare: l'Inghilterra, l'Irlanda, la Germania, il Belgio e la Svizzera.

Molti possono essere i motivi che spingono un infermiere a fare questa scelta e cambiare totalmente vita.

Questa tesi è suddivisa in tre capitoli:

1. Nel primo capitolo verrà narrata la storia dell'infermieristica sin dalle sue origini, del passaggio dal ruolo di ausiliario a quello di professionista, arrivando infine a descrivere la figura dell'infermiere in Italia dal punto di vista teorico, ossia dalle norme da cui ne deriva la professione.
2. Nel secondo capitolo, capitolo centrale della tesi, verranno elencati e analizzati i principali motivi che possono indurre un infermiere a migrare verso altri paesi; verrà affrontato il tema della disoccupazione, tema reale e attuale nel nostro ''bel paese'' e che nel settore infermieristico arriva a toccare gli 11 punti percentuali. Verrà affrontato il tema del precariato, dalle condizioni contrattuali fino alle retribuzioni, che come vedremo sono nettamente diverse da quelle estere, e infine, non per ordine di importanza, verrà affrontato il tema del demansionamento, dal significato del termine stesso alla citazione di norme e sentenze che ne chiariscono il concetto fino ad arrivare alle cause e alle possibili soluzioni.
3. Nel terzo e ultimo capitolo verrà illustrata, a grandi linee, la condizione degli infermieri all’estero: carico di lavoro, stipendio e costo della vita.

**CAPITOLO 1: La figura dell’infermiere in Italia**

1.1.1 Professione e prestazione infermieristica

"Attività svolta in modo autonomo al servizio di altri da una determinata categoria o gruppo di persone che sono in possesso di specifiche conoscenze scientifiche e di competenze tecniche, acquisite dopo un’adeguata formazione che ne determina il livello di qualificazione."

È questa la definizione con cui si identifica la parola “professione”, parola che, ormai da tempo, rappresenta in pieno la categoria infermieristica.

La competenza professionale è infatti il risultato di attitudini, motivazioni e conoscenze acquisite durante il percorso di formazione; esse implicano infatti il possesso da parte dell'infermiere di competenze (siano esse di natura puramente tecnica, ma anche scientifica, culturale e sociale) che lo portino ad avere autonomia e responsabilità.

La professione infermieristica viene definita come un'occupazione che applica un corpo sistematico di conoscenze teoriche rivolte essenzialmente a problemi pratici.

Il metodo utilizzato dalla disciplina infermieristica è un metodo scientifico definito "processo di nursing" ed è il mezzo con il quale si realizza il piano di assistenza infermieristica.

1.1.2 La prestazione infermieristica

Le azioni di assistenza infermieristica sono definite prestazioni, risultati conseguiti mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate ossia l'insieme di più atti fisici, verbali e mentali che vengono attuati secondo una successione logica.

Tale definizione, data da Marisa Cantarelli, contiene i tre elementi principali del concetto di prestazione infermieristica:

* risolve un bisogno specifico
* è un complesso di azioni coordinate
* è un risultato

La prestazione infermieristica risolve il bisogno specifico di assistenza infermieristica che solo il professionista infermiere è in grado di soddisfare, grazie alle sue conoscenze e competenze tecniche.

La risposta a un bisogno di una persona può essere portata a termine usando azioni fra loro diverse, che l’infermiere sceglie in base alla valutazione del caso. Il processo decisionale presuppone la scelta di azioni finalizzate a un unico risultato e la totale responsabilità del professionista su tutto il processo. Per ogni bisogno di assistenza infermieristica vi sono prestazioni infermieristiche differenti in base al grado di autonomia-dipendenza del paziente.

L’infermiere è responsabile del tipo di azione scelta per intervenire, del modo in cui la conduce e soprattutto dei risultati conseguiti.

1.2 Storia della professione

L’evoluzione della professione infermieristica, con il riconoscimento dell’autonomia professionale e del percorso universitario, ha raggiunto finalmente l’importanza che ha sempre meritato, ma non bisogna prescindere quello che sta alla base dell’essere una helping profession: l’aspetto storico, simbolico e arcaico che ci ha condotto fino a qui.

Il concetto di assistenza alle prime civiltà

In tutte le culture mediterranee ed asiatiche dell'antichità, lo studio dei fenomeni celesti ha influito sullo studio del corpo umano e sulle tecniche di guarigione.

La malattia era infatti collegata alla presenza nel corpo di spiriti maligni i quali venivano eliminati attraverso delle pratiche magiche ad opera delle donne della civiltà.

Erano infatti proprio le donne delle varie civiltà a rivestire il ruolo importante dell'assistenza al malato:

• Le medichesse della Scuola Medica Salernitana come Trotula, che studiavano l’igiene e la prevenzione delle infezioni durante il parto

• Le streghe, che curavano con le erbe le malattie ma erano anche un punto di riferimento per le donne della comunità che si rivolgevano a loro per motivi di disagio psicologico, per un amore tradito o per i malesseri che la società costringeva a sopportare per il solo fatto di essere donna.

• Le levatrici, che senza aver studiato l’anatomia della donna e della gravidanza, fin dai tempi degli Egizi e dei Greci facevano nascere i bambini nelle case

• Le guaritrici delle nostre campagne o dei paesi di montagna, dove l’accesso alle strutture sanitarie è ancora difficile o troppo distante dalle mura domestiche.

Il concetto di assistenza nel periodo del cristianesimo

Con l’avvento del cristianesimo nel mondo latino cambia il concetto di assistenza: assistere i malati e i bisognosi diventa, infatti, un dovere di tutti, quale comportamento necessario ai fini della salvezza; quindi anche l’uomo, non più solo la donna deve dedicarsi a tale attività e scompare rapidamente il fenomeno della delega dell'assistenza agli schiavi.

Il cristianesimo chiama all’assistenza tutti: uomini e donne, ricchi e poveri.

L' opera della prima chiesa apostolica è organizzata in diaconie: vere e proprie strutture della chiesa destinate all’accoglienza e in esse gli operatori sono i diaconi e le diaconesse. Queste ultime ricevono una particolare consacrazione e devono essere nubili o vedove. Accanto alle donne consacrate, anche quelle laiche possono occuparsi di assistenza; ed è proprio Fabiola, una matrona romana, a fondare nel 390 d.C. il primo ospedale occidentale detto nosocomio.

Il concetto di assistenza nel medioevo

Nel medioevo si assiste poi al diffondersi del monachesimo e l'assistenza ai poveri ammalati diventa parte integrante della vita dei monasteri. Accanto alla struttura del monastero si creano, infatti, altre due strutture: un "infirmarius" dove ci si prende cura dei monaci malati e un hospitalarius per tutti coloro che hanno necessità assistenziale.

Il concetto di assistenza dopo l’anno mille

Dopo l’anno mille, i veri attori dell’assistenza sono l’uomo e la donna consacrata: purtroppo, infatti, le donne laiche, specialmente se assistono al parto, vengono accusate di stregoneria e sono definite esseri demoniaci.

La chiesa stessa tende a dimenticare la perfetta uguaglianza tra uomo e donna, stabilita nei testi evangelici.

Attorno al 1300 il pauperismo diventa un vero e proprio problema sociale: si diffondono sempre più rapidamente carestie ed epidemie ed è in questo contesto che tra il 1347 e il 1352 irrompe la peste nera che spopola l’Europa.

Di fondamentale importanza in questo scenario tragico sono gli ordini maschili che si dedicano all'assistenza, poiché', con la bolla papale periculoso del 1298, il Papa Bonifacio VIII vieta alle donne consacrate di prestare assistenza agli infermi e sostiene che l’unica forma consacrata per le donne è la clausura, inoltre egli vieta alle donne laiche di curarsi degli ammalati, poiché' la chiesa non può avere un diretto controllo su tali persone. E solamente con il concilio di Trento (1545-1563) che si ha una definitiva ripresa del cattolicesimo e con esso anche una notevole evoluzione del concetto di assistenza: i vescovi vigilano ancora sugli ospedali, ma la loro amministrazione passa a persone laiche.

Il concetto di assistenza nel sedicesimo secolo.

Il sedicesimo secolo è caratterizzato dall’opera dei riformatori dell’assistenza che intraprendono la loro attività a seguito di esperienze personali negli ospedali del tempo: 'I santi riformatori dell’assistenza sono i primi a credere che l’assistenza, così come concepita, non basti più. C'è bisogno di una specificazione nello stare vicino alla vita dell’uomo, serve una assistenza specifica: l’assistenza infermieristica'.

La nascita dell'assistenza infermieristica con Florence Nightingale

L' assistenza infermieristica nasce agli inizi del 1800 grazie alla figura di Florence Nightingale. Florence Nightingale nasce a Firenze nel 1820 e appartiene ad un ceto elevato, motivo per cui riceve una buona educazione. Fin da giovane si interessa di assistenza e grazie anche alla sua intraprendenza, si reca in Germania e a Parigi per osservare come viene erogata l’assistenza in tali luoghi. Ella è sostenuta anche da una solida fede, 'la forte connotazione religiosa della Nightingale la porta alla convinzione che il modo migliore per servire Dio è dedicarsi al servizio dell’umanità''.

Nel 1859 fonda così la Nightingale Training School for Nurses, la prima scuola per infermiere riconosciuta che si basa su due concetti fondamentali: la formazione del carattere e le conoscenze tecnico scientifiche. L' impostazione formativa utilizzata dalla Nightingale verrà esportata in tutto il mondo e saranno proprio le sue infermiere a recarsi in Scozia, Germania, Norvegia, Svezia, Canada, Stati Uniti, Sud Africa, India, Australia, Giappone e Italia per fondare nuove scuole e formare infermiere.

Alla fine del diciannovesimo secolo anche in Italia perciò si inizia a parlare di formazione infermieristica.

1.3 Evoluzione legislativa della professione infermieristica

Dopo aver identificato nel paragrafo 1.2 quelle che sono state le fondamenta che hanno permesso lo sviluppo e la crescita dell’infermieristica, bisogna ora menzionare e analizzare le normative che hanno dato vita all'attuale figura dell’infermiere sia dal punto di vista formativo sia dal punto di vista tecnico-professionale.

I due pilastri su cui si basa l'infermieristica odierna possono considerarsi:

1. **la Legge n. 42 del 26 febbraio 1999**, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che, all'art. 1, comma 1, abolisce la suddivisione proveniente dal testo unico (TU) detto anche mansionario delle leggi sanitarie del 1934 e sostituisce la denominazione ‘’professione sanitaria ausiliaria’’ in ‘’professione sanitaria’’.
2. **la Legge n. 251 del 10 agosto 2000**, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica" che istituisce la dirigenza infermieristica (e delle altre professioni sanitarie ex ausiliarie) e la laurea specialistica.

Se invece bisogna far riferimento a quello che è stato il trampolino di lancio per la definizione della figura professionale dell'infermiere occorre menzionare il profilo professionale.

1.3.1 Il profilo professionale

**D.M. 739 del 14 Settembre 1994**: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”; in particolar si può far riferimento ad alcuni commi del D.M. che fanno comprendere maggiormente l'evoluzione della figura:

* Comma 1: È Individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica
* Comma 3: L’Infermiere:

a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

1.3.2 Abrogazione del mansionario

Nel [1999 la legge n.42](https://www.dimensioneinfermiere.it/legge-4299-abrogazione-del-mansionario-degli-infermieri/) abolisce il **mansionario**, definendo il campo proprio di attività e le responsabilità della professione e dell’assistenza infermieristica. Le competenze dell’infermiere dunque vengono definite non più dal mansionario ma dai contenuti del decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale, dagli ordinamenti didattici del corso di laurea e di formazione post base, nonché dal codice deontologico.

1.3.3 Il codice deontologico

Il primo codice deontologico viene stilato nel 1960 per infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia e aveva come scopo principale la professionalizzazione di queste figure: “L’esercizio della professione sanitaria ausiliaria è al servizio della persona umana e si ispira ai principi del diritto e della morale naturale”.

Nel giugno del 1977, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI approva un nuovo codice deontologico che presenta dei cambiamenti formali e sostanziali rispetto al precedente. Si dà infatti più rilevanza all'aspetto umano e sociale e all'aspetto tecnico-operativo. Significativo il testo dell’articolo 1, nella parte dedicata alla dimensione umana: “L’infermiere è al servizio della vita dell’uomo, lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare la morte”.

Nel 1999, dopo un accurato lavoro preparatorio della Federazione Nazionale Ipasvi, viene approvato della stessa un nuovo Codice Deontologico preceduto questa volta del "patto infermiere-cittadino” del 12 maggio 1996 che dichiara gli impegni assunti dagli infermieri verso i pazienti; un rapporto di partnership, tendenzialmente paritario, che vede il paziente e l’infermiere protagonisti attivi del processo assistenziale. Il codice deontologico approvato nel 1999 restò in vigore fino al 2009. L’esigenza di ridefinire l’articolato riflette l’evoluzione della professione, che nell’arco di un decennio ha acquisito un’indennità netta e definita nei suoi contorni: l’infermiere non è più ‘’l’operatore sanitario’’ dotato di un diploma abilitante, ma ‘’il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica’’.

Da questa significativa svolta ha origine il ‘’nuovo’’ rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal codice deontologico dell’infermiere 2009.

Dopo 10 anni dall’ultima versione del 2009 il codice si rinnova integrato con tutto ciò che riguarda leggi, regolamenti, situazioni che si sono succedute negli anni. Tra le maggiori novità dei 53 articoli (prima 51) che compongono il nuovo codice ci sono quelle che rispecchiano il nuovo ruolo dei professionisti sia a livello di management sia clinico, all’interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. Maggiore rilevanza viene posta sull’abolizione dell’art. 49 del codice deontologico del 2009: ‘’L’infermiere, nell’interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono verificarsi nella struttura in cui opera’’, piccolo passo contro la lotta al demansionamento.

A oggi l'infermiere viene inteso come:

Art.1: “Il professionista sanitario, iscritto all’Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.’’

1.4 Il percorso formativo dell’infermiere

Naturalmente la professione infermieristica, oltre a possedere delle leggi che la regolano e che ne determinano il funzionamento, delineando le caratteristiche essenziali di un infermiere, ha alla base un percorso formativo che nel corso degli anni si è sempre più aggiornato facendo dell’infermiere un vero “professionista della salute”.

I primi segni di formazione infermieristica si notano già alla fine del ‘700 con il manuale “L’infermiere istruito” di Baldini in cui scrive:

“…è dovere che gli infermieri siano altresì istruiti di principi medici, affinché possano conoscere le malattie. L’arte di assistere gli ammalati non possi apprendere d’una maniera empirica” e inoltre: “siano attenti e vigilanti verso gli ammalati, per poter a tempo prevenire i loro bisogni e aiutarli nelle loro funzioni…siano gli infermieri dotati di dolcezza nelle parole e nei fatti, acciocché tengano gli infermi in allegria”.

Nel 1860 Florence Nightingale apre la prima scuola di formazione infermieristica a Londra riservata a sole donne; lei stessa afferma:

“Condizione indispensabile acchè l’opera del medico negli ospedali sia resa veramente proficua e sollecita è che essa sia coadiuvata da un personale di infermieri intelligente e colto”.

In particolar modo in Italia l’evoluzione formativa è stata la seguente:

* 1901 Infermiere Psichiatrico
* Regio Decreto-legge n° 1832 del 15/8/1925: autorizza l’istituzione di “Scuole convitto professionali per Infermiere” e post-base per “ASV e AFD”
* Regio Decreto-legge n° 2330 del 1929 → scuola media inferiore; durata 2 anni (+ 1 anno)
* L. 1264/1927 “Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie” → Infermiere generico
* D.P.R. 775/1965 istitutivo della Scuola Speciale per Dirigenti dell’Assistenza Infermieristica.
* Legge 25 febbraio 1971 n. 124 “estensione al personale maschile dell’esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta”
* D.P.R. 225/1974 - Mansionario dell’Infermiere
* D.P.R. 13 ottobre 1975, n. 867 “Modificazione all’ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento”.

A partire dal 1975 i requisiti principali per il conseguimento del titolo sono i seguenti:

* 1. Corso formativo della durata di tre anni;
  2. Dieci anni di scolarità pregressa;
  3. Un programma base di 4600 ore di formazione teorico-pratica;

Successivamente viene apportata la ‘’Riforma universitaria’’ con:

Con il D.M. 2 dicembre 1991 viene stilato il primo Ordinamento Didattico che denomina il corso “scienze infermieristiche”

Con il D.M. 24 luglio 1996 viene inserito il “Diploma universitario per infermiere”

Dal 1998 l’università diventa quindi l’unico canale per la formazione professionale dell’infermiere.

Attualmente il percorso di formazione professionale per diventare infermieri e per proseguire gli studi, una volta conseguito il titolo che abilita all’esercizio professionale, si basa sul D.M. dell’Università del 3 Novembre 1999; esso stabilisce:

* Laurea in Infermieristica: ha l’obiettivo di assicurare allo studente un’adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generale (180 CFU). È il titolo che abilita all’esercizio professionale sostituendo il Diploma Universitario in Scienze Infermieristica. La durata accademicamente definita è di tre anni.
* Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche: ha l’obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l’esercizio di attività di elevata complessità (120 CFU). La durata è di due anni.
* Master di primo livello: corso di approfondimento scientifico per determinati settori (area critica, geriatria, pediatria, salute mentale, sanità pubblica, management infermieristico ecc.), successivo al conseguimento della laurea in Infermieristica (60 CFU). La durata è di un anno.
* Master di secondo livello: corso di approfondimento scientifico per determinati settori, successivo al conseguimento della Laurea Specialistica (60CFU).
* Dottorato: fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o privati, attività di ricerca e di alta qualificazione. La durata è di tre anni.

**CAPITOLO 2: Fuga dalla realtà italiana**

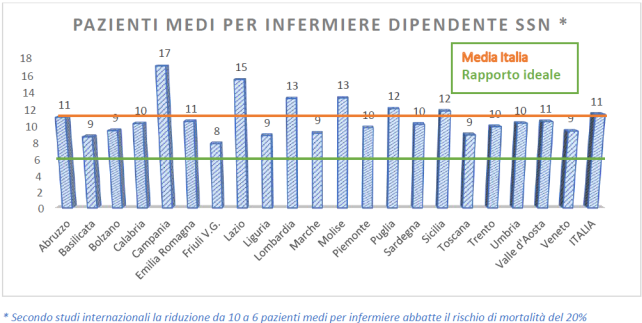
2.1 Disoccupazione

Spesso lasciamo partire i nostri infermieri neolaureati che attraversano il confine alla ricerca di una occupazione, perdendo risorse umane formate che diversamente potrebbero essere integrate nel nostro sistema sanitario peraltro già carente. Sullo sfondo di uno scenario lavorativo complesso, si delinea una situazione di grande incertezza soprattutto per le giovani generazioni laureate. È ormai ritenuto normale e proficuo, non solo per le aziende ma anche per gli stessi lavoratori, che l’inserimento lavorativo si realizzi in una prima fase, con contratti a tempo determinato e con varie modalità flessibili. Ma i periodi di lavoro flessibile spesso si prolungano oltremisura e nella vita dei giovani scatta la ‘’trappola della precarietà’’.

2.1.1 I numeri della disoccupazione

Secondo i dati AlmaLaurea, su 9.186 laureati intervistati, ad un anno dalla laurea, solo il 71,1% di loro lavora, mentre il 17% non lavora ma è in cerca e il restante 11,4% non lavora e non è in cerca.

Gli infermieri impiegati nel SSN sono carenti in tutta Italia, dove il rapporto con i medici invece di essere di uno a tre, come indicato a livello internazionale, crolla a volte fino a sfiorare la parità (1:1), non garantendo un adeguato impegno assistenziale: in questo senso ne mancano oltre 53mila. Anche l’Oms nel documento sull’Italia predisposto per la sua sessantottesima assemblea generale sottolinea che percentualmente ci sono molti medici (rispetto al numero di abitanti), ma pochi infermieri (rispetto al numero di medici). Nei nostri ospedali il rapporto infermieri/pazienti è inquietante (circa 1/12, con punte di 1/17 come in Lazio e in Campania) e ben lontano dal rispettare gli standard europei (1/6-7) e dal favorire una qualità assistenziale accettabile. Il numero di infermieri in Italia rimane basso: 6.1 ogni 1000 abitanti, mentre la media Ue è di 8.4.



In 10 anni il Sistema sanitario nazionale ha perso circa 10 mila infermieri, lo dicono i dati della monografia ‘’Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati – Anno 2017’’, a cura dell’Ufficio di statistica – Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute. Nel 2007 erano operanti nel nostro servizio sanitario 264.177 infermieri, che sono diventati 253.430 dieci anni dopo, nel 2017.

Nel 2016 si contavano 1723 infermieri in meno rispetto al 2015, quando già se ne erano persi 2788 rispetto all’anno precedente. Una perdita di oltre 4500 professionisti in soli due anni.

2.1.2 Le cause della disoccupazione

Ma quali sono le principali cause che hanno portato a questa perdita e al blocco delle assunzioni?

Principalmente la causa va ricercata nelle politiche governative del paese, a seguito della grande crisi del 2008 numerosi sono stati i tagli alla sanità e alla spesa sanitaria, ciò naturalmente ha inciso non solo sui beni materiali della sanità, ma anche sulle assunzioni del personale sanitario. La spesa sanitaria che per il 2019 supera i 118 miliardi di euro, corrispondenti a una crescita del 2,3% rispetto ai 115,41 miliardi del 2018, con un aumento di ben 2,651 milioni sull'anno precedente, è il primo campanello d'allarme che suona a leggere nel Def di quest’anno.

Inoltre, la disoccupazione infermieristica e l’emigrazione dei professionisti in altri paesi UE possono essere i prodotti del blocco del turnover. Con il termine “turnover” si intende il flusso di lavoratori in entrata o in uscita dall'organico aziendale. Un alto turnover infermieristico può impattare negativamente sulla capacità delle organizzazioni di soddisfare i bisogni dei pazienti fornendo un'assistenza di qualità. Infatti, la carenza di risorse non è più attribuibile all'indisponibilità di professionisti sanitari sul mercato del lavoro, bensì all'impossibilità delle strutture ad accedere all'abbondante mercato della domanda a causa di parametri normativi, e non solo, che bloccano le stesse organizzazioni al reclutamento.

Alti tassi di turnover incidono negativamente sui costi aziendali e portano conseguenze negative alla qualità delle cure e all'assistenza infermieristica. Il blocco del turnover ha contribuito anche alla crescita del demansionamento professionale o, meglio, alla deprofessionalizzazione della categoria. Pochi e demansionati con le retribuzioni ferme al 2009.

2.1.3 Le conseguenze sul SSN

Nello studio RN4CAST (registered Nurse forecasting in Europe) che coinvolge 13 regioni, 30 aziende sanitarie e ospedaliere per un totale di 40 ospedali e 3700 infermieri, è stato evidenziato, che per quanto riguarda lo staffing (la composizione dello staff infermieristico), la letteratura internazionale indichi come ideale per garantire una ottimale assistenza infermieristica un rapporto infermiere/paziente nei reparti ospedalieri di 1 a 6. Gli studi evidenziati hanno dimostrato come un aumento di questo rapporto, aggiungendo un paziente ad ogni infermiere (1 a 7) aumenti del 6% la mortalità e del 23% le cure mancate. In Italia lo staffing rilevato nello studio evidenzia un rapporto infermiere paziente 1 a 9,54.

Gli infermieri hanno pagato e stanno tutt’ora pagando caro le politiche di austerity perseguite in sanità. Occorre investire denaro nella sanità pubblica e sono le politiche di governo a doverlo fare. Servono infermieri, e tanti, o meglio… servirebbero, se solo ci fossero le possibilità.

2.2 Il precariato

Il precariato denota la presenza di due fattori principali:

1. Mancanza di un reddito adeguato
2. Mancanza di continuità del rapporto di lavoro e di certezza sul futuro

2.2.1) Mancanza di un reddito adeguato

Per quanto riguarda il primo punto, la scarsa retribuzione è la forma principale con cui si manifesta il fenomeno. Attualmente lo stipendio medio di un infermiere in Italia si aggira intorno ai 1.450 £ netti al mese, la retribuzione di un infermiere in Italia può partire da uno stipendio minimo di 1.150£ netti al mese, mentre lo stipendio massimo può superare i 2.300£ netti al mese. Come vedremo nel capitolo successivo gli infermieri Italiani sono gli infermieri meno pagati in tutta Europa.

Alessandro Fedele, docente di politica economica alla Facoltà di economia di Bolzano, con una ricerca dal titolo ''Well paid nurses are good nurses'' ha constatato che con uno stipendio adeguato gli infermieri sono più motivati e competenti. La letteratura economica fino ad allora aveva sostenuto che la scarsità di personale infermieristico non fosse da attribuire ai mancati aumenti stipendiali, bensì alla mancanza di motivazioni. Con il suo studio, il Prof. Fedele, utilizzando un approccio scientifico ha analizzato l’effetto di un incremento salariale su una serie di professioni tra cui anche l’infermiere; questi lavori confrontano un pool di persone attratte alla professione infermieristica in due istanti del tempo diversi, per livelli salariali diversi, attraverso varie metodologie in vari paesi (5 o 6 articoli), i risultati di questi lavori sono tutti contrari rispetto a quello che racconta la letteratura esistente. Si evince che sia la competenza delle persone attratte sia il loro livello motivazionale misurato con questionari aumenta se il salario è più alto.

Aumentando lo stipendio si attraggono sia persone più competenti che persone motivate.

2.2.2 Mancanza di continuità del rapporto di lavoro e di certezza sul futuro

Per quanto riguarda il secondo punto, le forme con cui il precariato si sostanzia maggiormente nel campo infermieristico possono essere diverse. Basti pensare che, secondo i dati AlmaLaurea del 2018, su un totale di 9186 laureati, il 55,1% di loro risulta lavorare con un contratto non standard (determinato, a chiamata…). Ed è proprio da ricercare nelle tipologie di contratto le prime forme di precarietà nel settore infermieristico. Negli ultimi anni si è assistito sempre di più all’utilizzo, da parte delle aziende sanitarie, del lavoro a tempo determinato, con un aumento esponenziale degli infermieri ‘’precari’’. Oggi i contratti a tempo determinato sembrano essere la misura di assunzione più utilizzata. I motivi sono da ricercare in primis nei costi correlati ad un concorso pubblico, essendo pochissime le assunzioni tramite concorso, le aziende si ritrovano a compensare la carenza di persona con contratti non-standard. Altri motivi possono essere ricercati nel turn over che consente lo spostamento degli infermieri da nord a sud tramite le mobilità delle aziende.

Ma il tipo di contratto non è unico a gravare sulla condizione di lavoro degli infermieri, analizzando la realtà ospedaliera, appare lampante come le assunzioni di giovani professionisti sanitari avvengano quasi esclusivamente tramite cooperative. La cooperativa è una società che gestisce liberi professionisti presso le strutture sanitarie, con le quali ha precedentemente stretto accordi per fornirgli personale infermieristico. L'infermiere che accetta di lavorare in una cooperativa è considerato legalmente un ''libero professionista’’, dove l’aggettivo ‘’libero’’ lascia il tempo che trova, essendo questi professionisti soggetti a turnazione nei reparti e ad orari ben definiti. Il contratto di lavoro offerto dalle cooperative non è basato su quello sanitario nazionale, non offre dunque al lavoratore: indennità, ferie, malattia, infortuni e uno stipendio adeguato alla sua qualifica. Negli ultimi 15/20 anni stiamo assistendo ad un impoverimento strutturale delle piante organiche delle aziende sanitarie fortemente acuito da una feroce crisi economica e una insostenibilità per i bilanci regionali del capitolo sanità. Per tentare di arginare esigenze impellenti di reclutamento di personale sanitario, sono state messe in campo operazioni di ''finanza creativa'' acquistando ad esempio manodopera da società interinali/cooperative.

Ed è grazie a questo sistema “contorto” che nel nostro paese, in barba a ogni diritto e ogni buon senso, assistiamo impotenti a forme di sfruttamento di professionisti sanitari. Professionisti con competenze avanzate, costretti ad accettare compensi ridicoli per le loro prestazioni pur di poter lavorare e portare a casa un misero guadagno. Gli infermieri di cooperativa possono anche lavorare 12/24 ore al giorno, per un totale mensile di circa 250 ore al mese, 100 in più di un infermiere strutturato e un guadagno mensile di circa 1200 euro lordi al mese, 600 in meno al pari di un infermiere strutturato. Turni di lavoro stressanti e stipendio misero rendono l'apertura di una partita iva, quindi la scelta di diventare un libero professionista, non una scelta ma una costrizione dettata dalle necessità.

2.2.3 La lotta al precariato

A oggi l'unico modo per far fronte a questo contorto sistema sarebbe quello delle assunzioni tramite concorsi perché si assumano direttamente tutti i 57000 infermieri necessari al SSN (stima FNOPI), ampliando e modernizzando le organizzazioni sanitarie.

La lotta al precariato nell'ambito infermieristico è una guerra che si protrae da anni, attualmente esiste una legge che, stabiliti alcuni criteri fondamentali, ha permesso o permetterà fino al 2020 di portare centinaia di lavoratori a firmare l'agognato contratto a tempo indeterminato: la legge Madia. Requisito essenziale per gli infermieri è quello di essere in graduatoria a tempo indeterminato e avere 3 anni di esperienza anche non continuativi negli ultimi 8 anni.

Decreto che ha portato con sé numerose polemiche fra coloro che sono nelle graduatorie a tempo indeterminato e che vedono allungarsi ulteriormente i tempi di chiamata, perché appunto le aziende sanitarie sono costrette a dare precedenza alle stabilizzazioni.

2.3 Il demansionamento

2.3.1 Significato

In un momento importantissimo che sta vivendo la professione infermieristica, una fase che potrebbe definirsi storica, dove la sua evoluzione e crescita ha trovato il suo giusto riconoscimento nell’applicazione delle competenze specialistiche, nella nascita dell’Opi, nella nascita del nuovo Codice Deontologico, nonostante questi traguardi raggiunti, preme sottolineare che in Italia, ancora oggi, nei nostri luoghi di lavoro, gli infermieri lottano per abbattere un mostro chiamato ‘’Demansionamento’’.

Il demansionamento, nel diritto del lavoro, è un atto consistente nell'assegnazione al [lavoratore](https://it.wikipedia.org/wiki/Lavoratore) di [mansioni](https://it.wikipedia.org/wiki/Mansioni) inferiori rispetto alla sua qualifica di appartenenza. Il termine demansionamento è un termine giuridico, quindi non ha nulla a che vedere con le mansioni del mansionario abrogate nel 1999.

2.3.2 Norme e sentenze

Gli atti demansionanti sono contro la legge e violano tutti gli atti che ne sono corollario: il Codice Civile, all'articolo 2103: ''*Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione.*’’ e anche il DPR 761/1979 art. 29: ‘’*Il dipendente ha diritto all’esercizio delle mansioni inerenti al suo profilo professionale e non può essere assegnato, neppure di fatto, a mansioni superiori o inferiori. In caso di esigenze di servizio il dipendente può eccezionalmente essere adibito a mansioni superiori’’* ne sono la dimostrazione.

Numerose sono state le sentenze che hanno condannato il demansionamento, la prima risale al lontano 1985, e l’ultima, storica, pochi mesi fa, luglio 2019:

* Sent. N. 1078 RG n. 9518/80, Cron. 2210 del 09 febbraio 1985 ''Non compete all'infermiere ma al personale subalterno, rispondere ai campanelli dell'unità del paziente, usare padelle e pappagalli per l'igiene del malato e riassettare il letto''
* Sentenza 1306/2017 del Tribunale di Brindisi ha condannato un Asl a risarcire per demansionamento un'infermiera a cui quotidianamente erano assegnati compiti estranei alla propria qualifica professionale e tipici degli Oss.
* Sentenza 06/10/2015, n.1302, il Tribunale di Cagliari ha stabilito che il demansionamento e la dequalificazione professionale oltre a costituire un grave inadempimento contrattuale, può essere la causa di un danno non patrimoniale risarcibile.
* Il Giudice del lavoro di Bologna (RGL 2012/17) ​ ha condannato il S. Orsola a pagare 20.000 euro per il risarcimento del danno cagionato alle 4 Infermiere ricorrenti, e circa 7000 euro di spese legali
* Le sentenze Tribunale Lavoro Roma n. 15564 del 03 ottobre 2012, Roma n. 2771 del 16 febbraio 2012; Tribunale Lavoro Cagliari n. 1287 del 16 agosto 2013 hanno visto dichiarare demansionante per gli infermieri la chiusura dei ROT, il riordino degli armadi e dei carrelli e il riassetto del letto, condannando l’ospedale a risarcire alle nove infermiere demansionate 278.000 euro.
* Cassazione 19.02.2008, n. 4060, nn. 24293/2008; 16.05/2006 n. 11430; 15.04.2002 n. 5444; 04.11.2003 n. 16530; 26.06.1999 n. 6663; 27.06.1997 n. 5737; 12.04.1996 n. 8939, hanno sanzionato il demansionamento vietandolo.
* Secondo il Tribunale di Roma, Sezione Lavoro, ordinanza 24 novembre 1999, il demansionamento è un danno grave ed irreparabile che giustifica il procedimento cautelare e l’ordine di reintegra nel proprio profilo professionale (così anche Cass. sez. lav., 06.11.2000 n. 14443; 18.10.1999 n. 11727; 11.08.1998, n. 7905; 04.02.1997, n. 1026).
* Sentenza n. 6954/2019 del 11 luglio 2019: Condanna la Fondazione Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” ad assegnare al ricorrente in via esclusiva mansioni corrispondenti alla categoria D, con profilo di “infermiere: DM 739/94” e accertata la dequalificazione subita dal ricorrente dal mese di dicembre 2006 al mese di ottobre 2018, condanna la Fondazione Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” al pagamento a titolo risarcitorio della somma complessiva di €60.775,00)

Esaminando il profilo professionale e il nuovo codice deontologico, ampiamente discusso nel capitolo precedente, possiamo dedurre che l’attuale quadro normativo della professione è assolutamente chiaro nel descrivere il profilo di responsabilità richiesto all’infermiere. È tuttavia evidente che nella prassi quotidiana non sempre il professionista risponde al suo mandato prioritario o è messo in condizioni di farlo, ossia essere il responsabile dell’assistenza infermieristica. Tale responsabilità si esplica non solo attraverso la pianificazione dei percorsi degli assistiti, nel definire interventi ed esiti a fronte di un problema, ma anche nel processo di attribuzione al personale di supporto.

La crescita di un’intera comunità professionale passa anche tramite la consapevolezza dell’importante ruolo sociale che questa professione ricopre, dalla consapevolezza del grave danno che si infligge agli infermieri e ai pazienti quando il loro tempo viene scippato per dedicarsi ad attività che non rientrano assolutamente nel loro profilo professionale.

2.3.3 Le cause del demansionamento

Il "Demansionamento" non nasce a caso, esso è frutto di errate politiche sanitarie regionali che producono una pessima pianificazione ed organizzazione delle attività sanitarie. Le aziende sanitarie dovrebbero produrre atti aziendali avendo ben presente la necessità del proprio fabbisogno in termini di risorse umane e rispettivi profili professionali. In assenza di queste azioni, il personale infermieristico è costretto a svolgere atti che non rientrano nel loro profilo professionale.

Altra causa è sicuramente l'organizzazione del lavoro, gli infermieri infatti hanno sì delle norme alla base che li tutelano e ne determinano le responsabilità, ma rispetto all'organizzazione del lavoro non si esprimono in nessun punto. L'infermiere è perciò costretto a doversi autogestire e a gestire il personale di supporto, che, in un clima non favorevole, porta a scarso rendimento e a una confusione di ruoli. Il demansionamento è un fenomeno da analizzare internamente alle singole organizzazioni data l’enorme varianza di modelli organizzativi, gestionali e assistenziali, che esistono in ogni singola azienda. Più che un livello centrale devono essere gli OPI Provinciali o le OOSS locali, ad intervenire nelle tutele professionali e sindacali.

Il fenomeno deve essere inquadrato partendo anche dalla formazione dell’infermiere e dai modelli di tirocinio utilizzati, soprattutto nel primo anno,

spesso ancora orientati a un percorso meramente tecnico-esperienziale. Chi ha responsabilità di direzione formativa deve investire sulla presenza di tutor clinici competenti, che orientino da subito lo studente a sviluppare abilità pianificatorie, competenze relazionali, capacità valutative, discernimento clinico-assistenziale e non ‘’usare’’ gli studenti tirocinanti per coprire eventuali carenze di personale. I programmi dei singoli corsi di laurea devono far sì che il demansionamento, in altre parole, venga eliminato al suo nascere.

Infine, non per ordine di importanza, altra causa sempre più incalzante nello scenario sanitario è la spesa sanitaria, la quale iniziò a pesare già negli anni successivi alla riforma sanitaria del '78. Tale riforma infatti prevedeva la fornitura gratuita del servizio sanitario a tutti i cittadini senza alcun tetto di spesa. Questo portò nel 1992 all'emendamento del D.lgs. 502 e le sue successive modifiche (D.lgs. 517/93 e D.lgs. 229/99) che introducono il concetto di ''aziendalizzazione'', di ''scelta delle priorità'', di ''responsabilità sui risultati'' e di ''budget limitato''.

Come conseguenza a questo grande cambiamento le aziende sanitarie hanno pensato di ridurre cronicamente il personale O.S.S. eliminandolo addirittura da alcuni reparti e, seppur presente, adibendolo a mansioni che non coprono le effettive necessità del servizio. Da tale carenza o assenza deriva la necessità per l'infermiere di svolgere, nell'esclusivo interesse dell'utente, attività che esulano dalla propria competenza, di fatto sostituendosi all'operatore sociosanitario assente. L'impossibilità dell'infermiere, costretto di fatto a svolgere per la maggior parte del turno di lavoro attività improprie, non gli consente di esprimere e applicare appieno le conoscenze acquisite nel corso di studi e costantemente aggiornate, determinando la concreta esposizione dei cittadini utenti al rischio derivante dall'inadeguatezza dei servizi sanitari predisposti a tutela della loro salute.

2.3.4 Le conseguenze del demansionamento

Il fenomeno del [demansionamento](https://www.nurse24.it/infermiere/professione/demansionamento-infermieri-lato-oscuro-ius-variandi.html) comporta non solo un senso di insoddisfazione, un elevato rischio di [burnout](https://www.nurse24.it/dossier/burnout/burnout-bruciare-dentro.html) negli infermieri, ma anche uno spreco di tempo che incide negativamente sull'erogazione delle cure. A dimostrarlo è anche uno studio: il ***Registered Nurse forecasting in Europe* (RN4CAST) che ha** coinvolto in Europa dodici paesi: Belgio, Inghilterra, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera e Olanda, più USA Cina e Sud Africa. L’Italia, nel 2015, ha partecipato allo studio con il coordinamento e lo sviluppo del progetto nel nostro paese da parte della professoressa **Loredana Sasso** e dal Professor **Giancarlo Icardi**. In Italia sono stati coinvolti nella ricerca **13 regioni, 30 aziende sanitarie e ospedaliere** per un totale di **40 ospedali**, circa **3700 infermieri** e **3700 pazienti.**

Uno dei tanti aspetti studiati nello studio di ricerca riguarda le cure mancate. Nella survey sono state analizzate le seguenti attività di competenza infermieristica: Educazione terapeutica della persona assistita e della sua famiglia; Comfort e dialogo con l’assistito; Cambio frequente della posizione dell’assistito; Sviluppo e/o aggiornamento piani di assistenza e programmi; Sorveglianza adeguata degli assistiti; Pianificazione delle cure; Cura della cute; Preparazione della persona e della famiglia alla dimissione; Documentazione adeguata delle cure infermieristiche; Somministrazione della terapia in tempo; Trattamenti e procedure e gestione del dolore.

I dati raccolti dimostrano che tendenzialmente gli infermieri ancora oggi svolgono la loro prestazione assistenziale orientati da una logica mansionariale, orientati all’esecuzione di attività organizzate per compiti, quindi con un modello che dovrebbe essere superato da modelli organizzativi innovativi, dove la persona è assistita con una logica di progetto di cure sviluppato e realizzato per la soddisfazione dei bisogni, suoi e della sua famiglia, da un professionista che si occupa a 360 gradi dei suoi problemi di salute.

Le attività che gli infermieri italiani coinvolti hanno dichiarato di non aver svolto/non essere riusciti a svolgere con maggior frequenza sono state soprattutto attività legate alla sfera della relazione, della comunicazione e dell’educazione, della progettazione e della documentazione delle attività infermieristiche, ma anche quelle legate all’assistenza diretta delle persone, quali ad esempio il cambio posturale e la sorveglianza adeguata del paziente.

È evidente che l’organizzazione per compiti guida ancora l’agire degli infermieri, e che oggi più che mai, è necessario oltre che adeguare gli organici degli staff di assistenza, prevedere delle strategie da parte delle direzioni infermieristiche che favoriscano l’implementazione di modelli organizzativi più attuali, che consentano la realizzazione della presa in carico e dell’erogazione di cure ai cittadini orientate alla soddisfazione dei loro bisogni.

Per quanto riguarda la qualità delle cure, il 38,73% degli infermieri italiani che hanno partecipato alla ricerca ritengono che la qualità delle cure sia bassa. Nella ricerca risultano a rischio burn out il 38,54% degli infermieri e solo il 9% risulta molto soddisfatto del proprio lavoro.

**CAPITOLO 3: Gli infermieri emigranti**

3.1 Gli infermieri emigranti

I dati riportati nel ‘’European Commission regulated professions database’’ ci fanno pensare che sempre più giovani, e non, preferiscono emigrare da un’Italia sempre più povera.

L’esodo degli infermieri italiani verso le mete europee aumenta sempre di più.

Come possiamo constatare da questi dati, su un totale di 8474 infermieri emigranti italiani, il 73,54% preferisce il Regno Unito, il 12,15% la Germania, il 6,25% il Belgio, il 3,48% la Francia, il 1,50% l’Austria, mentre il 3,07% preferisce le restanti nazioni europee.

3.2 Infermieri per abitanti in Europa

Come già accennato nel precedente capitolo, l’Italia per quanto riguarda il rapporto Infermieri/abitanti è di molto sotto la media europea, i dati Ocse 2019 hanno fissato la media europea infermieri/abitanti a 8,9/1000, in Italia è quasi la metà, 5.5 ogni 1000:

Da questo grafico possiamo dedurre che le assunzioni negli altri stati europei è profondamente diversa dall’Italia; l’Italia avrebbe bisogno di più infermieri, ma non può.

Nel resto d'Europa la ricerca di professionisti infermieri è costante e continua, al punto che le strutture pubbliche effettuano periodicamente delle selezioni in Italia equivalenti a veri e propri concorsi pubblici per infermieri, con in palio l'assunzione a tempo indeterminato, corsi di lingua gratuiti e alloggi a un prezzo di convenzione.

La perdita dei cervelli italiani è sempre più grave: da oltre due anni il saldo migratorio dei giovani laureati italiani non solo è negativo, con la perdita di circa 10mila “cervelli”, ma rappresenta quasi il doppio di quello registrato nel 2012.

Come hanno sottolineato su Neodemos le ricercatrici Istat Maria Pia Sorvillo e Francesca Licari, «alla lieve ripresa economica partita nel 2015 e confermata nel 2016 (con un aumento del Pil rispettivamente pari a +0,8 e +0,9%) non corrisponde una inversione nelle tendenze migratorie, e anzi rispetto al 2015 il tasso è in ulteriore diminuzione».

Nell’ultimo decennio, oltre 20.000 infermieri italiani sarebbero emigrati all’estero.

3.3 Stipendio e costo della vita in Europa

Uno dei motivi che spinge infermieri, soprattutto neolaureati, ad emigrare in altre nazioni è sicuramente lo stipendio.

Come già accennato nel capitolo precedente, l’Italia offre gli stipendi più bassi di tutta Europa, questo non può che non essere un motivo che invoglia gli infermieri, e non solo, a emigrare.



Come possiamo notare dal grafico, che fa riferimento al ‘’The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)’’, l’infermiere in Italia è l’infermiere meno pagato di tutta Europa.

Il Paese in cui il rapporto tra stipendi e denaro speso è più favorevole è la Germania, con una media di 2.580 euro percepiti mensilmente e un costo della vita quotidiana di 37,2 euro al giorno, con un impatto equivalente al 43,2%.

Il secondo gradino della graduatoria dei Paesi più vivibili d’Europa è occupato dalla Gran Bretagna, Paese in cui i cittadini possono contare su uno stipendio medio pari a 2.570 euro, mentre si trovano a sostenere un onere giornaliero di 50,6 euro, con un’incidenza generale del 58,8% (STIME PRE-BREXIT- bisognerebbe osservare le stime post brexit, ma bisogna aspettare del tempo).

Al terzo posto si trova la Francia, in cui i salari medi arrivano a 2.180 euro al mese (dunque siamo ancora al di sopra dello standard continentale) a fronte di una spesa di 44,7 euro per le necessità quotidiane, con un impatto sulle finanze delle famiglie del 60,6%. Il rapporto tra entrate e uscite aumenta leggermente in Svezia, dove un reddito medio tocca i 1.910 euro al mese e il cittadino spende circa 43 euro al giorno.

La Spagna è la prima delle nazioni europee a trovarsi leggermente al di sotto della media, con stipendi di 1.850 euro mensili ma con un buon rapporto guadagni/spese, che ammonta al 58,8%, frazionato in soli 35,9 euro al giorno, utilizzati dai cittadini per acquisti di ogni genere.

Il fanalino di coda è rappresentato proprio dall’Italia, con un distacco considerevole rispetto alla vicina Spagna. I dati parlano di uno stipendio pro-capite di 1.410 euro e di una spesa di 39,4 euro al giorno (quasi equivalente alla cifra spesa mediamente da uno svedese, in cui i guadagni sono decisamente superiori) generando in questo modo un costo della vita molto alto, pari all’ 83,8%, quasi 20 punti percentuale in più rispetto alla media europea.

Conclusioni

Alla luce dei dati analizzati emergono molte informazioni, alcune delle quali dovrebbero essere considerate, sulla base dell’attuale situazione lavorativa italiana, come dei forti campanelli di allarme.

In Italia sono sempre di più gli infermieri disoccupati, i dati parlano chiaro, nel nostro sistema nazionale mancano più di 50.000 infermieri. La maggior parte degli infermieri che lavorano sono precari e/o vengono demansionati e sfruttati, causando in loro insoddisfazione e una notevole diminuzione della qualità delle cure.

La professione infermieristica è in evoluzione, dal punto di vista normativo, ma la realtà è ben diversa, le norme ci dicono chi siamo, ma in Italia non riusciamo a dimostrarlo. In Italia gli infermieri non trovano lavoro, gli infermieri vengono sfruttati, gli infermieri scappano. L’infermiere in Italia è l’infermiere meno retribuito e con il carico di lavoro/responsabilità più alto di tutta Europa, ammesso che, in Italia, un lavoro riesca a trovarlo.

La giornata nazionale dell’infermiere del 2019 è stata celebrata con lo slogan: “La sanità non funziona senza infermieri”, quando il governo, le regioni, le aziende sanitarie e gli infermieri stessi lo capiranno, solo allora l’Italia potrà godere di un sistema sanitario migliore.

Bibliografia e sitografia

Baldini (1970), L’infermiere istruito, Napoli.

D.M. 14 settembre 1994, n. 739, in materia di ‘’Professioni sanitarie’’.

European Union Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), 2003-2017.

Fedele Alessandro, Well‐paid nurses are good nurses, 2017.

L. 10 agosto 2000, n. 251, in materia di ‘’Professioni sanitarie’’.

L. 26 febbraio 1999, n. 42, in materia di ‘’Professioni sanitarie’’.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018.

Registered Nurse forecasting in Europe (RN4CAST), 2016.

R.D. 16 marzo 1942, n. 262, art.2103, in materia di ‘’Prestazione del lavoro’’.

Sironi Cecilia (2012), L’infermiere in Italia: storia di una professione, Carrocci Faber.

Ufficio di statistica - Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica, [**"Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati**](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2870), 2017.

Carenza infermieri per regione, dal sito Fnopi, <http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2459/Carenza%20per%20Regione.jpg>.

Condizione occupazionale, dal sito Almalaurea, <https://www2.almalaurea.it/cgi-php/universita/statistiche/framescheda.php?anno=2018&corstipo=L&ateneo=tutti&facolta=tutti&gruppo=4&pa=tutti&classe=10043&postcorso=tutti&isstella=0&annolau=1&condocc=tutti&iscrls=tutti&disaggregazione=&LANG=it&CONFIG=occupazione>.

Geography of mobility, dal European Commission regulated professions database, <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm>