

## Il nuovo Css senza infermieri (tranne una “d’ufficio”)



**di Francesco Falli**

**11 SET** - *Gentile Direttore,*

uso volutamente la mia mail personale e non quella dell'ordine professionale IPASVI di La Spezia di cui sono presidente, perché le scrivo da normalissimo cittadino, forse più consapevole di altri del ruolo infermieristico nell'economia della sanità italiana perché mi occupo di infermieristica (da infermiere) dal 1980 e dintorni. Leggo che [tra i 66 membri del Consiglio Superiore di Sanità](#) non ci sono infermieri (sarà una eccezione la Senatrice Dr.ssa Annalisa Silvestro, credo, quale membro di diritto in quanto Presidente di Ordine professionale, come QS precisamente riporta).

Leggo che ci sono solo, in tutto, dieci donne. Ho difeso la nomina della Lorenzin quando è stata aggredita sul web a prescindere, all'atto della nomina, perché "non laureata" (in medicina in particolare): ho appreso in questi lunghi anni di attiva immersione nel sociale che ci sono ottimi e capacissimi individui, e che queste capacità non sempre sono correlate al titolo posseduto.

Ma ahimè, sono ora molto colpito in negativo dalla non logica scelta di escludere una rappresentatività concreta, di qualcuno (magari una Infermiera femmina, così avremmo migliorato il rapporto di genere) che avrebbe dovuto rappresentare una categoria che, stando a ricerche nazionali e internazionali, incide fortissimamente nell'economia sanitaria di un Paese: quella degli infermieri.

Gli ospedali e le strutture sanitarie sono diventate Aziende: e come fa una Azienda a non calcolare i costi, per esempio, di un cattivo rapporto malati/infermieri e personale di supporto, se queste figure hanno un ruolo pesantissimo nella prevenzione delle complicanze (che costano molto quando si verificano?).

Come si fa a non ricordare che il ruolo dell'infermiere incide con forza sulla qualità delle cure erogate e sulla quantità delle attività; che ricade con forza sulla prevenzione, attiva e non di facciata, di problemi anche gravissimi?

Se fra i 66 esperti ci sono chirurghi straordinari che presenteranno strategie per accorciare i tempi di degenza del trapianto di fegato, e nessuno si curerà di gestire con competenza la questione assistenziale tutta di questo malato, una volta uscito dalla sala operatoria, si realizzerà, mi scusi il paragone popolare, il classico detto: *"l'intervento è perfettamente riuscito, ma il malato è morto..."*.

E insisto, solo un infermiere dentro il CSS (meglio in questo caso se femmina, visto che dei 410 mila iscritti agli albi professionali infermieristici circa 330 mila sono donne) potrebbe spiegare cosa e come ruota intorno a questa figura che, ripeto, è veramente centrale nella partita dell'assistenza.

E che la imperante, necessaria, per certi aspetti doverosa spending review non ha purtroppo considerato finora in questo modo...

So bene di non doverlo spiegare a lei, direttore, o alla sua testata che dedica alle professioni sanitarie tutte un grande spazio, nella logica e nella filosofia di una sanità multiprofessionale, da Paese moderno.

Avete già speso tempo e spazi su innovazioni strategico professionali come il see and treat, l'infermiere di famiglia e di comunità, anche segnalando assurde resistenze al cambiamento, come se fosse possibile ancora oggi lasciare tutto come abbiamo trovato 30 anni fa...

Ma qui, nella definizione del nuovo CSS, ancora una volta si assiste a logiche spartitorie ed escludenti in termini, mi permetta, di un cieco autolesionismo, navigando in direzione ostinata e contraria all'interesse dell'intero SSN e dei cittadini tutti: e, lo ripeto, sono più turbato da cittadino che da professionista sanitario infermiere.

Non è assolutamente logico che una Professione Sanitaria che vede centinaia di migliaia di suoi componenti immersi nel tessuto sanitario nazionale non sia dentro il CSS e ci siano decine di laureati in Medicina e Chirurgia: mi scusi ma è davvero difficile da comprendere, è illogico, è cieco e pericoloso, ripeto di scrivere non per mero corporativismo, ma per paura di scivoloni, già visti, su ruoli, competenze, attribuzioni...voglio chiudere con una citazione di un articolo apparso nel 2011 sulla Rivista di Igiene e Sanità pubblica italiana, a firma di diversi autori (per la gran parte infermieri, e fra questi alcuni fra i pochi che in Italia fanno ricerca: dei 16 autori, ben 11 sono donne...quindi !): *"...un rapporto infermiere-paziente non ottimale ha effetti negativi sulla sicurezza...i pazienti hanno un rischio più elevato di lesioni da decubito...cadute, infezioni correlate alle pratiche assistenziali, peggioramento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana o di non riconoscimento del deterioramento clinico...gli esiti negativi aumentano la durata della degenza, peggiorano la qualità della vita, fino ad aumentare il rischio di mortalità (Aiken et al., 2002; Cho, 2001; Needleman et al., 2011)".*

Vorrei sommessamente ricordare a chi gestisce le ASL che le cadute sono fra le prime cause di risarcimento verso gli assistiti e le loro famiglie (dati ministeriali...il Ministro li avrà letti?)...qualsiasi Azienda, anche di idraulica, cercherebbe di rimuovere o contenere questi capitoli di spesa con opportune strategie che dovrebbero includere gli esperti ed i professionisti di settore.

Dunque, datemi una infermiera, donna, dentro il CSS: grazie.

**Francesco Falli**

*Infermiere e cittadino di questa Italia bislacca*