



C E N S I S

**DAGLI INFERMIERI LE BUONE
SOLUZIONI PER LA SANITÀ
DEL PROSSIMO FUTURO**

**Report finale
per la comunicazione**

Roma, 5 giugno 2020

Indice

1. La ricerca e i suoi risultati	4
1.1. Investire negli infermieri per costruire Salute e buona sanità	4
1.2. I principali risultati	5
1.2.1. Formare e reclutare subito nuovi infermieri: i numeri	5
1.2.2. <i>È l'ora dell'infermiere di famiglia e di comunità: il punto di vista degli italiani</i>	6
1.2.3. La consolidata fiducia degli italiani	6
1.2.4. In prima fila anche contro le <i>fake news</i> su Covid-19	7
1.2.5. <i>Da grande voglio fare l'infermiere: una professione che piace</i>	7
1.2.6. <i>Bene, ma ci vorrà molto di più: il giudizio degli italiani sul Servizio sanitario</i>	8
1.2.7. E ora cosa si fa	8
2. Una nuova agenda	10
2.1. Oltrepassare i vincoli finanziari: ora si deve	11
2.2. La capacità di generare valore per tutti	11
3. Un'elevata <i>social reputation</i>	13
3.1. Bravi e affidabili	13
3.2. L' <i>appeal</i> della professione	14
3.3. Eroi da sempre: fronteggiando la scarsità di risorse	15
4. Gli italiani e il Servizio sanitario	17
4.1. Soddisfatti, ma non ovunque	17
4.2. Servizi molto differenziati	18
4.2.1. Bene i servizi di trasporto unico in emergenza 112/118	18
4.2.2. Servizi sociosanitari sul territorio: non va	19

5. La nuova sanità non è un mistero	20
5.1. Indicazioni per un salto in avanti	20
5.2. L'ampio consenso sociale per più infermieri nel Servizio sanitario	21
5.3. L'infermiere del futuro è già qui: di comunità e di famiglia	22
5.3.1. I profili innovativi	22
5.3.2. Gli italiani lo vogliono	23
5.3.3. Non più solo erogatori di prestazioni	23
5.3.4. Territorio vuol dire anche prevenzione qualificata, soprattutto dopo il Covid-19	25
5.3.5. Il <i>boom</i> di cronicità e non autosufficienza impone prevenzione e territorio	26
6. Scenaristica	27
6.1. Puntare al meglio	27
6.2. In Italia	28
6.3. Nella Ue	28
7. Indicazioni per fare meglio subito	29
7.1. Il contributo subito disponibile degli infermieri	30
7.2. Cosa racconta lo <i>stress test</i> del Covid-19 sulla sanità	31
Tabelle e figure	35

1. LA RICERCA E I SUOI RISULTATI

1.1. Investire negli infermieri per costruire Salute e buona sanità

Il profilo del Servizio sanitario del prossimo futuro, tenuto conto delle criticità e delle risorse di cui dispone e del lascito dell'emergenza sanitaria Covid-19: ecco il tema sul quale devono confrontarsi operatori, stakeholder, esperti e decisori nell'arena pubblica.

Ed è l'obiettivo del presente *Rapporto Censis-Fnopi*, esito finale di un percorso involontariamente lungo perché costellato di significativi eventi inattesi fino al più imprevedibile e inedito: il Covid-19 e il relativo *lockdown*.

L'attuale emergenza, oltre a imporre senza *se e senza ma* l'importanza decisiva per una buona sanità degli operatori sanitari, inclusi gli infermieri, ha anche sancito che le soluzioni su ruolo, responsabilità e risorse della professione infermieristica non sono neutrali o di esclusivo interesse corporativo della categoria, ma questioni decisive per costruire una sanità capace di rispondere alle sfide contemporanee.

Per questo si è rivelata strategicamente lungimirante la scelta originaria di Censis e Fnopi di incastonare il valore delle soluzioni per la professione infermieristica nella riflessione su rilancio e ridefinizione del Servizio sanitario.

L'emergenza Covid-19, oltre a mostrare una volta di più l'ineludibilità del Servizio sanitario universalistico, ha anche impressivamente fissato che la sanità del prossimo futuro dovrà fronteggiare:

- una crescente domanda di servizi, strutture e interventi sanitari sul territorio e a livello ospedaliero, indotta da dinamiche demografiche, epidemiologiche e, come si è visto, anche dagli esiti imprevedibili di processi socioeconomici e socioculturali;
- la gestione dell'ordinario, tra acuzie e cronicità, e della prevenzione e gestione di pandemie, che richiedono una notevole flessibilità di risposta a picchi concentrati di domanda sanitaria.

Due sfide tra le tante, che richiedono l'espansione significativa delle risorse pubbliche per la sanità e un disegno dell'offerta e delle professionalità in cui numerosità e responsabilità degli infermieri dovranno avere un significativo

upgrading. Ecco perché investire sugli infermieri non è una richiesta corporativa, ma un modo molto concreto per promuovere la buona sanità.

1.2. I principali risultati

1.2.1. Formare e reclutare subito nuovi infermieri: i numeri

Il Servizio sanitario va potenziato: questa è la verità elementare su cui da anni si insiste e che Covid-19 ha impressivamente certificato. E per potenziare è indispensabile reclutare più personale, dagli infermieri ai medici specialisti, ad altri professionisti di cui è evidente la carenza.

Alcuni esercizi previsionali aiutano a uscire dalle affermazioni di principio consentendo di delineare una più precisa agenda delle cose da fare.

Il primo propone una soluzione subito praticabile per il Servizio sanitario, che gli consente di avviarsi nel sentiero prima indicato a partire da uno scenario previsionale costruito sui dati delle regioni italiane.

Infatti, considerati come riferimento le presenze di infermieri espressi dagli indicatori dell'Emilia-Romagna, si stima in 450 mila il fabbisogno totale di infermieri attivi (oggi sono 450.000 gli iscritti, pensionati compresi) di cui si avrebbe bisogno: che vuol dire un reclutamento aggiuntivo di circa 57.000 infermieri.

Si avrebbero così per ogni infermiere 134 abitanti, migliore rispetto agli attuali 154.

Un secondo esercizio previsionale costruito a partire dalla sanità del Regno Unito, stima in circa 750 mila il numero totale di infermieri di cui ci sarebbe bisogno. Ciò significa un reclutamento aggiuntivo di 357 mila infermieri, portando il rapporto infermiere/medico dall'attuale valore di 1,5 al valore di riferimento del Regno Unito di 2,8 infermieri per medico.

In tal modo per ogni infermiere nella sanità italiana si avrebbero 81 abitanti, con un taglio netto rispetto agli attuali 134 abitanti per ogni infermiere.

È uno scenario ottimale, che potrebbe essere inteso come obiettivo di medio-lungo periodo per il Servizio sanitario, punto di arrivo di un sentiero di potenziamento del personale da avviare subito, visti gli insegnamenti dell'attuale emergenza.

1.2.2. È l'ora dell'infermiere di famiglia e di comunità: il punto di vista degli italiani

Le difficoltà fronteggiate nell'emergenza, anche grazie all'eroismo di tanti infermieri, certificano l'esigenza di reclutare infermieri e ampliarne il ruolo nel Servizio sanitario, soluzioni che hanno largo consenso tra gli italiani: infatti, il 92,7% si dichiara favorevole.

Non sarebbe solo una risposta alla carenza di infermieri, ma una soluzione utile per potenziare e migliorare servizi di cui c'è oggi più urgente bisogno sul territorio, nei pronto soccorso, in alcuni reparti ospedalieri. In pratica, gli italiani sono fermamente convinti che *ci vogliono più infermieri per avere una sanità migliore*.

In particolare, il 91,4% degli italiani considera l'attivazione e/o il potenziamento della figura dell'*infermiere di famiglia e di comunità* una buona soluzione per l'assistenza e la cura di non autosufficienti, cronici, l'erogazione di terapie domiciliari, riabilitative: in sostanza, per il potenziamento dei servizi domiciliari, territoriali, di prossimità. Nello specifico, per il 51,2% degli italiani faciliterebbe la gestione dell'assistenza al paziente migliorando la qualità della vita di pazienti e familiari, per il 47,7% darebbe sicurezza e maggiore tranquillità a pazienti e familiari, per il 22,7% innalzerebbe la qualità delle cure perché potrebbe essere il coordinatore di fatto dell'assistenza a cronici, non autosufficienti ecc.

1.2.3. La consolidata fiducia degli italiani

Bravi ed affidabili: così gli italiani vedono gli infermieri in un'epoca di profonde disillusioni verso tante professioni e competenze.

La sfida di Covid-19 ha verificato la potenza del legame fiduciario degli italiani con gli infermieri, da tempo consolidato: infatti, il 91% degli italiani ha molta o abbastanza fiducia negli infermieri, valore trasversalmente alto tra territori e gruppi sociali, con punte del 93,8% nel Nord Est, del 93,7% tra gli anziani, del 92,1% tra i genitori con figli.

Inoltre, il 68,9% degli italiani valuta positivamente la propria esperienza di rapporto con gli infermieri: valori più elevati ci sono nel Nord Est (73,9%) e nelle famiglie con non autosufficienti (72,6%).

L'eroismo di questi tempi ha dato agli italiani la conferma eclatante di quanto hanno sperimentato anche in tempi ordinari, ossia che gli infermieri svolgono

con attenzione e umanità la propria professione. Una tendenza di cui le indagini Censis-Fnopi hanno dato conto negli anni.

Gli infermieri, quindi, non sono una scoperta recente per gli italiani: la tendenza ad averli come punto di riferimento nelle situazioni di bisogno sanitario è l'esito di un rapporto fiduciario che si è costruito nel lungo periodo nelle difficoltà della sanità ordinaria e si è cementato durante l'emergenza recente.

1.2.4. In prima fila anche contro le *fake news* su Covid-19

Dati di una indagine di aprile 2020 evidenziano che sono 29 milioni gli italiani a cui è capitato di imbattersi in notizie false o sbagliate su origini, modalità di contagio, sintomi, misure di distanziamento o cure relativi a Covid-19 sul web o i social. Un contagio, diffuso e trasversale, di un autentico *blob* di falsità il cui esito finale è condizionare negativamente la resistenza al Covid-19, minare l'efficacia delle misure, capovolgere in rischio la positiva propensione delle persone a cercare informazioni utili.

È evidente che anche su questo fronte gli infermieri, sia nella minuta quotidianità delle relazioni con i pazienti che con la presenza istituzionale su web e social, sono e dovranno sempre più essere un riferimento decisivo che garantisce buone e certificate informazioni e decostruisce falsità, dietrologie, aspettative di cure miracolistiche.

Qui si innesta la grande capacità degli infermieri di orientare i cittadini verso le più appropriate pratiche salutari, renderli edotti dello stato reale di comportamenti preventivi e cure possibili, potenziandone la capacità complessiva di stanare la cattiva informazione, magari prendendo la buona abitudine di verificarle con le professioni e nei luoghi del web appropriati.

1.2.5. *Da grande voglio fare l'infermiere: una professione che piace*

L'emergenza Covid-19 ha potenziato ulteriormente l'*appeal* della professione infermieristica, che era già stato certificato negli anni dalla corsa alle prove di accesso per i non certo sufficienti posti nei corsi di laurea.

Infatti, l'83% degli italiani incoraggerebbe un figlio, nipote o giovane conoscente che volesse intraprendere gli studi per diventare infermiere: tra le motivazioni, il 71,1% indica che è un lavoro utile, in cui si aiuta chi soffre e sta male, il 37,3% ritiene la professione affascinante, mentre per il 32,9% fa

trovare lavoro. Utilità sociale, fascino umano e relazionale e alta occupabilità: ecco le dimensioni dell'*appeal* della professione infermieristica.

Nella crisi Covid-19 l'infermiere si è affermato nel circuito mediatico come un *role model* eroicamente alle prese con la mancanza di dispositivi di protezione individuale, in prima fila in reparti salvavita, pronto a prendere alti rischi personali pagando di persona come dimostrano i tanti infermieri contagiati o morti.

La reazione vitale della professione alle difficoltà è diventata oggi il volto pubblico della professione, con un apprezzamento nella public opinion che nemmeno la più affascinante delle *fiction* avrebbe ottenuto.

1.2.6. Bene, ma ci vorrà molto di più: il giudizio degli italiani sul Servizio sanitario

In tempi pre Covid-19, il 55% degli italiani si dichiarava soddisfatto del Servizio sanitario della propria regione: un valore medio nazionale con molte articolazioni territoriali e sociali ma che è comunque anticipatore del ruolo decisivo che, pur nelle difficoltà dello *tsunami* capitato, la sanità ha saputo esercitare nell'emergenza.

Del resto era ampiamente visibile anche il divario di performance e relativo giudizio degli italiani tra tipologie di servizi:

- il 74,9% degli italiani che nell'anno precedente l'intervista hanno avuto rapporti diretti o indiretti con i *servizi di trasporto in emergenza del 112/118* ne hanno dato una valutazione ottima per qualità, competenza del personale e capacità relazionale dei professionisti a bordo. Ed il 91,2% dei cittadini dichiara di avere fiducia in tali servizi;
- il 56% invece esprimeva un giudizio negativo sui servizi sociosanitari sui territori, sia pure con differenze marcate tra Nord Ovest (45,5%), Nord Est (33,7%) da un lato e Centro (58,2%) e Sud Isole (76,5%) dall'altro.

Un Servizio sanitario asimmetrico per *performance*, che gli italiani sono convinti abbia in sé le potenze per migliorare: anche per questo beneficia della fiducia della grande maggioranza dei cittadini che gli affida un ruolo fondamentale nella tutela della salute e nella coesione comunitaria.

1.2.7. E ora cosa si fa

La pandemia crea nei decisori e nella *public opinion* ansia e spirito di rivincita, ossia la voglia di predisporre risposte efficaci qualora si manifestasse nel prossimo futuro una seconda ondata di Covid-19 o altre sfide pandemiche.

Ma nel *new normal*, prevenzione e gestione delle pandemie dovranno convivere con l'ordinaria tutela della salute fatta di risposte assistenziali appropriate ad acuzie e cronicità.

Allora per preparare la sanità del prossimo futuro, quella del *new normal*, il punto di partenza devono essere gli esiti del drammatico *stress test* di questi mesi, che consente di focalizzare l'evoluzione concreta e possibile della sanità facendo tesoro delle risorse, delle reazioni e delle criticità.

La sanità dovrà:

- mettere in campo un sapiente e condiviso dosaggio dei servizi e delle risorse tra medicina attiva di prevenzione e sul territorio e medicina di attesa, di risposta in particolare ospedaliera dalle degenze ordinarie alle terapie intensive;
- intercettare i segnali precoci di pandemie ed espandere tempestivamente le risposte assistenziali ai picchi di domanda, insieme ad un formidabile potenziamento dell'offerta territoriale e un congruo adattamento di quella ospedaliera.

È evidente che per implementare ciascuno di questi ambiti ci dovrà essere:

- una espansione della spesa pubblica sanitaria, non solo come controtendenza alla dinamica di medio periodo, ma per provare a colmare o almeno ridurre il divario con il ritmo di crescita di fabbisogni sanitari sempre più articolati e personalizzati;
- un potenziamento del Servizio sanitario nazionale, con più personale, più tecnologia, più risorse, più opportunità di interrelarsi con altri sistemi, nella logica per cui anche la sanità deve essere soggetto attivo dell'ecosistema socioeconomico e istituzionale, altrimenti rischia di ritrovarsi schiacciata anche per le altrui mancanze e carenze;
- una valorizzazione, non solo delle competenze ed esperienze, ma anche del capitale reputazionale conquistato dalle professioni sanitarie, e tra queste dagli infermieri: un capitale che è fatto di riconoscimento sociale, di presenza attiva nell'ordinario come nell'emergenza, di centralità nelle soluzioni per una buona sanità, a cominciare dallo sviluppo di servizi territoriali di qualità. Basta con vincoli ragionieristici, o confini e muri per delimitare aree di influenza

di singole professionalità: la stella polare della nuova sanità sono la cooperazione multidisciplinare e il lavoro d'equipe.

2. UNA NUOVA AGENDA

2.1. Oltrepassare i vincoli finanziari: ora si deve

Troppo a lungo le problematiche e le soluzioni della sanità sono state confinate dentro il confronto sulle criticità economico-finanziarie legate alla dinamica della spesa sanitaria pubblica ed alle azioni di suo contenimento e taglio.

Una stagione troppo lunga, vissuta all'insegna dell'egemonia di un approccio ragionieristico imposto dall'urgenza sui conti ma che si è rivelato improprio e inadeguato se, come accaduto, ha quasi monopolizzato il dibattito pubblico e condizionato le scelte dei decisori.

Prima di entrare nel merito è una premessa utile sottolineare che le scelte vadano costruite partendo dalla realtà palpitante del Servizio sanitario, che è uno straordinario giacimento di risorse umane, competenze, capacità di innovazione e luogo di esperienze quotidiane per milioni di persone che vi ottengono risposte a problemi, piccoli e grandi, che ne condizionano le vite.

Per la sanità post Covid-19 occorre spingere la riflessione collettiva e le proposte oltre i confini del noto e del consueto, a beneficio di una riflessione pubblica più alta e orientata al futuro, attenta ad enucleare punto di vista, valutazioni e aspettative dei veri protagonisti della sanità quotidianamente vissuta.

Non quindi modelli astratti, ma soluzioni concrete a partire dal vissuto dei soggetti reali della sanità.

Ecco le ragioni profonde del presente lavoro Censis-Fnopi che, integrando due punti di vista diversi li valorizza, costruendo un racconto potente che è espressione della sanità quotidianamente vissuta e, al contempo, di una sanità del futuro, sulla base delle esigenze reali di chi la pratica, o come operatore o come paziente.

Questo è lo straordinario contributo che un Ordine di recente istituzione come quello delle professioni infermieristiche offre al dibattito pubblico sul futuro prossimo del Servizio sanitario.

Una buona sanità e un Servizio sanitario per tutti sono possibili, oltre che auspicabili: riflettere e contribuire a rendere concreta questa possibilità è il senso della analisi e della interpretazione che è qui proposta.

2.2. La capacità di generare valore per tutti

Ci sono situazioni in cui gli interessi specifici, trovando soddisfazione alle proprie richieste in un determinato contesto, finiscono per dispiegare effetti di cui beneficia tutto il sistema: è la antica dinamica degli interessi particolari che possono, in una certa misura, contribuire all'interesse generale.

Ricordare questa dinamica sociopolitica aiuta a capire perché oggi nella sanità sia importante mettere in campo e confrontarsi non solo sui punti di vista che si vogliono a priori interpreti dell'interesse generale, ma anche e per certi versi soprattutto, su quelli di chi è componente della sanità e, pur esprimendo interessi propri, di professione, può comunque incarnare soluzioni dai benefici più generali.

Gli infermieri sono oggi il paradigma di questa parzialità che, dispiegandosi dentro opportune soluzioni organizzative e di *governance*, può generare benefici collettivi sia per chi la sanità la usa sia per il Servizio sanitario in generale, aumentandone anche la capacità di risposta ai fabbisogni dei cittadini.

Non è quindi una parzialità che entra a gamba tesa con approccio corporativo, di pura autoaffermazione in una più generale guerra di tutti contro tutti per occupare spazi professionali e relativi vantaggi di gratificazioni di vario tipo, ma quella di un componente storico decisivo della sanità, che sul campo si è guadagnato il diritto e, per certi versi il dovere, di enucleare una propria idea di sanità futura, in grado di far coesistere risposte assistenziali adeguate ai bisogni della popolazione con la sostenibilità finanziaria, l'efficacia e la equità desiderate.

Il modo in cui gli infermieri sono entrati nell'emergenza Covid-19 conferma plasticamente questa idea: da adesso in avanti la sanità non dovrà più seguire solo esigenze e obiettivi come quelli finanziari, che per quanto importanti, nascono al di fuori di essa.

Deve invece contare il racconto degli attori, tanto più che al tempo della desacralizzazione di ogni competenza, gli infermieri hanno visto decollare le proprie quotazioni agli occhi degli italiani confermandosi come un interlocutore riconosciuto, credibile, umano, competente.

Ecco il valore della presente ricerca: raccontare il valore e il contributo degli infermieri, con dati strutturali e punti di vista soggettivi dei cittadini per focalizzare idee e pratiche per un Servizio Sanitario efficiente e appropriato.

3. UN'ELEVATA SOCIAL REPUTATION

3.1. Bravi e affidabili

Come sono arrivati gli infermieri alla sfida del Covid-19? Quale opinione avevano gli italiani nei loro confronti?

Quesiti essenziali in un contesto segnato in profondità da *fake news* e dalla logica dell'*uno vale uno* e la conseguente crisi verticale del riconoscimento del valore della competenza e di chi la incarna: figure professionali di ogni tipo attaccate sul loro terreno, contestate nel sapere esperto di cui sono depositarie, sfiduciate dai cittadini.

Anche la sanità è stata colpita da questo movimento socioculturale che trasforma le opportunità di conoscenza aperte dalle nuove tecnologie digitali, dal *web* ai *social*, in una potente testa d'ariete per affermare che chiunque è in grado di parlare con cognizione di causa di qualsiasi cosa.

Una delegittimazione diffusa, aperta, che fa saltare ogni distinzione tra l'esercizio con competenza e conoscenza di una professione e l'intervento improvvisato, non competente, amatoriale.

Eppure, malgrado la reiterazione e l'intensità di alcune tra le campagne denigratorie o fuorvianti, le figure chiave della nostra sanità continuano ad essere tra le professioni più credibili, apprezzate e riconosciute dagli italiani.

Gli infermieri ne sono esempio eclatante poiché ottengono *score* elevati sia per le *performance* verificate personalmente dai cittadini che per la fiducia che riscuotono.

Infatti, il 68,9% degli italiani valuta positivamente una propria esperienza diretta di rapporto con gli infermieri, quota che resta alta in modo trasversale alle principali variabili sociodemografiche e territoriali (tab. 1).

In particolare, guardando alla dimensione territoriale i valori percentuali sono pari al 70,9% tra chi risiede nel Nord Ovest, al 73,8% nel Nord Est, al 72,9% nel Centro ed al 61,3% nel Sud e Isole. Giudizi più positivi della media nazionale si ritrovano anche tra le persone che hanno in famiglia non autosufficienti (72,8%) o figli di età massima di tre anni (71,4%) o persone con almeno 70 anni (70,6%).

Da Nord a Sud, e trasversalmente alle condizioni familiari e sociali la grande maggioranza degli italiani ha esperienze positive con gli infermieri.

Un giudizio positivo *senza se e senza ma* che trova ulteriore conferma nella elevata fiducia che gli italiani dichiarano di riporre nei confronti degli infermieri.

Infatti, il 91% ha molta o abbastanza fiducia negli infermieri: un capitale reputazionale e di fiducia che resta elevato nei territori e tra i diversi gruppi sociali con valori percentuali che si attestano in tutti i casi intorno al 90% e arrivano al 93,8% nel Nord Est, al 93,7% tra chi ha più di 65 anni, al 92,1% tra chi ha nel proprio nucleo familiare figli piccoli (tab. 2).

La fiducia, risorsa scarsa oggi nella nostra società, che tante professioni e istituzioni hanno perso nel tempo, per gli infermieri resta alta: gli italiani, di diversi gruppi sociali, classi di età, appartenenze territoriali, riconoscono alla figura degli infermieri una fiducia che è esito sia delle *performance* sia in generale del riconoscimento del ruolo rilevante che giocano nella sanità, in cui sono un riferimento importante per le persone malate e i loro familiari nei momenti in cui sono più vulnerabili.

Ecco allora che il rapporto fiduciario con gli italiani non solo non si è scalfito, ma in questi anni si è rinsaldato: un riconoscimento straordinario che attesta come, nelle difficoltà di una sanità alle prese con un rallentamento evidente dei finanziamenti pubblici e in alcune regioni anche con un drammatico taglio della spesa e riduzione dell'offerta, gli infermieri abbiano conservato una lucidità operativa che ha il merito di aver contribuito ad ammortizzare gli effetti dei ridimensionamenti sui pazienti.

Così erano visti e valutati gli infermieri all'esplosione del Covid-19: è facile certificare che il tesoretto di fiducia e reputazione degli infermieri abbia conosciuto una ulteriore espansione in questi mesi segnati in maniera indelebile dai picchi emergenziali e durante i quali, di pari passo con il salire della curva dei contagi, è anche cresciuta e rafforzata tra gli italiani la consapevolezza del valore, utilità e contributo decisivo degli infermieri.

3.2. L'appeal della professione

La buona *social reputation* degli infermieri trova conferma nell'attrattività sociale esercitata dalla professione.

Dall'indagine risulta che l'83% degli italiani se un figlio, nipote o giovane conoscente volesse intraprendere gli studi per diventare infermiere lo

incentiverebbe e, mentre il 10,8% non ha idee precise in proposito, solo un residuale 6,2% tenterebbe di dissuaderlo (tab. 3).

L'attrattività percepita della professione infermieristica trova conferma trasversalmente ai gruppi sociali e ai territori. Infatti, tra chi incentiverebbe all'intraprendere la professione emerge che:

- è il 78% dei *millennial*, l'83,7% dei 35-64enni, l'87% di chi ha più di 65 anni;
- l'81,1% è nel Nord Ovest, l'82,9% nel Nord Est, l'82,4% nel Centro, l'85,1% nel Sud e Isole.

Emerge un giudizio positivo per cui le differenze territoriali o di età o di istruzione non modificano la considerazione per cui la professione dell'infermiere sia oggi un'ottima scelta da incentivare e incoraggiare qualora un proprio caro, amico, conoscente volesse intraprenderla.

Un *appeal* elevato da ricercarsi nel contenuto e nella missione della professione: percepita come socialmente utile, perché aiuta le persone quando sono difficoltà.

Infatti, richiesti di indicare perché incentiverebbero un giovane che vuol fare l'infermiere è emerso che (fig. 1):

- il 71,1% perché è un lavoro utile, perché aiuti chi soffre, sta male;
- il 37,3 perché la reputa una attività affascinante, che fa crescere come persona;
- il 32,9% perché consente di trovare un lavoro.

Utilità sociale, fascino umano, alta occupabilità: sono le tre ragioni alla base dell'*appeal* sociale della professione.

3.3. Eroi da sempre: fronteggiando la scarsità di risorse

Le opinioni degli italiani certificano in maniera netta l'alto *appeal* degli infermieri che, nel merito, si può dire sia legato:

- ad una serie di *skill* dure, precise, non fungibili che delineano il profilo professionale in maniera netta, autonoma e riconoscibile;
- alla elevata capacità empatica, relazionale, psicologica, cioè alla propensione alla gestione relazionale che è al contempo una dimensione tecnica e umana, personale.

- alla coesistenza dei due ambiti di competenze indicate e la loro compenetrazione rende quella degli infermieri una professione a tutto tondo, sfidante e completa;
- alla spendibilità occupazionale della professione, che porta la grande maggioranza degli italiani ad essere convinti che studiare da infermiere vuol dire trovare rapidamente una occupazione.

Appeal e alta *social reputation* della professione, raccontati nel tempo da Fnopi e Censis, sono maturati in un contesto di scarsità di risorse e investimenti e di obsolescenza dei contesti organizzativi e tecnologici, condizioni in cui volontà, impegno e capacità degli infermieri hanno finito per essere esaltati.

Infatti, quasi paradossalmente, le difficoltà del Servizio sanitario, sottoposto ad uno *squeeze* di risorse significativo ha già prima di Covid-19 finito per evidenziare agli occhi degli italiani il *savoir faire* e l'abnegazione degli infermieri, considerati decisivi nel rendere la sanità italiana tra le migliori del mondo.

Il prolungato sforzo nel tempo di colmare lacune e carenze varie si salda strettamente agli infiniti casi di eroismo individuale e collettivo dell'epoca Covid-19. Tuttavia, nel prossimo futuro è indispensabile ridurre al minimo la necessità di eroismi piccoli e grandi, creando situazioni di contesto in cui le competenze e le professionalità possano dispiegare la loro potenza.

4. GLI ITALIANI E IL SERVIZIO SANITARIO

4.1. Soddisfatti, ma non ovunque

Gli italiani hanno da sempre un rapporto stretto, di quasi intimo attaccamento al Servizio sanitario, dal quale molto si aspettano proprio perché lo reputano istituzione fondante della nostra società.

All'emergenza Covid-19 siamo arrivati con un giudizio positivo, anche se molto articolato per tipologie dei servizi e caratteristiche degli attori coinvolti,

Il 55% degli italiani si dichiara soddisfatto del Servizio sanitario nella propria regione: un dato positivo da guardare nella sua articolazione territoriale, dimensione decisiva perché il riferimento primo delle persone è la sanità del proprio territorio di residenza e, più in generale, della propria regione (tab. 4).

Sono soddisfatti del funzionamento del Servizio sanitario nella propria regione il 70,1% dei residenti nel Nord-Ovest, il 75,4% nel Nord-Est, il 48,3% nel Centro ed il 34,6% nel Sud-Isole. Sono i numeri di una antica e mai risolta disomogeneità territoriale, con sacche di insoddisfazione più elevate nelle regioni del Centro e più ancora del Sud-Isole.

L'articolazione delle valutazioni dei cittadini emerge anche dall'incrocio con il reddito perché è soddisfatto del funzionamento del Servizio sanitario nella propria regione il 72,9% dei cittadini con redditi alti ed il 41,8% dei redditi bassi. Diversità nelle opinioni emergono per età degli intervistati, con la soddisfazione che è più bassa tra i *millennial* (54,9%) e gli adulti (51,9%) mentre sale tra chi ha più di 65 anni (63,2%).

4.2. Servizi molto differenziati

4.2.1. Bene i servizi di trasporto unico in emergenza 112/118

Esempio virtuoso del funzionamento del Servizio sanitario è il servizio di trasporto unico in emergenza del 112/118.

Il 91,2% degli italiani ha molta o abbastanza fiducia nei confronti dei servizi di trasporto in emergenza del 112/118: un dato netto, con valori che restano superiori o comunque attorno al 90% trasversalmente ad età, titolo di studio, stato di salute, area geografica di residenza.

Un chiaro ed evidente riconoscimento alla capacità della sanità di rispondere in maniera adeguata quando è chiamata ad affrontare situazioni di urgenza che possono mettere a rischio la vita del paziente stesso.

Nell'ultimo anno, degli italiani (41,2%) che hanno dichiarato di aver avuto una esperienza diretta o indiretta tramite un proprio familiare o conoscente con i servizi di trasporto in emergenza (Numero Unico di Emergenza 112/118) ben 3 su 4 (il 74,9%) ne danno una valutazione ottima per qualità, competenza del personale, relazionalità avuta con i professionisti a bordo del mezzo di soccorso (tab. 5).

In particolare, se la valutazione ottima è maggioritaria trasversalmente ai territori e gruppi sociali, queste raggiunge punte percentuali più elevate tra chi vive nel Nord Ovest (83,1%) e nel Nord Est (82,2%), tra chi ha più di 65 anni (80,6%) e tra chi soffre di una qualche malattia cronica (80,2%). Sono i numeri di un riconoscimento trasversale delle elevate *performance* e della qualità di un servizio decisivo per la tutela della salute dei cittadini.

È allora vinto lo *stress test* su un servizio per cui gli infermieri giocano un ruolo apicale, siano essi chiamati ad operare in autonomia o in quanto membri di un'equipe con medico a bordo, mostrando competenza, velocità di esecuzione, capacità decisionali e di coordinamento.

4.2.2. Servizi sociosanitari sul territorio: non va

Le dinamiche di invecchiamento, cronicità, non autosufficienza hanno nel tempo disegnato i contorni di una domanda sanitaria nuova che, mutando profondamente i fabbisogni assistenziali e la conseguente domanda sanitaria ha anche sfidato i modelli organizzativi e di intervento più tradizionali.

È questo da tempo uno dei terreni della nuova sfida sanitaria, che esce dall'emergenza sanitaria del Covid-19 ancora più urgente.

Infatti, già prima del Covid-19 il 56% degli italiani esprimeva un giudizio negativo sui servizi sociosanitari sui territori con cui sono entrati in contatto, con una discontinuità rispetto alla più generale valutazione della sanità che, come rivelano, è connotata da una maggioranza di giudizi positivi.

Anche nelle valutazioni dei servizi sociosanitari emergevano significative differenze territoriali: infatti, gli insoddisfatti nel Nord Ovest sono il 45,5%, nel Nord Est il 33,7%, al Centro il 58,2% e ed al Sud Isole il 76,5% (tab. 6).

I dati indicano che:

- sulla sanità di territorio, per la continuità assistenziale contro le cronicità, il Servizio sanitario è in generale in visibile ritardo. E lo attestano i dati delle macroaree per cui l'insoddisfazione per questa tipologia di servizi, è elevata anche nel Nord-ovest e nel Nord-est e comunque in contrasto con le valutazioni positive sulla sanità in generale;
- le differenze territoriali restano rilevanti, con punte di insoddisfazione nelle regioni più vulnerabili che testimoniano di una urgenza assoluta di mettere in campo risposte assistenziali in grado di affiancare le famiglie che oggi, troppo spesso, sono sole nel ricercare soluzioni assistenziali per cronicità e non autosufficienza.

La necessità di una risposta del Servizio sanitario sulle cronicità e con adeguati servizi sociosanitari emerge anche dal dato relativo alle famiglie con autosufficienti al loro interno: ben il 53,3% di esse esprime giudizio negativo, quota superiore a quella delle altre tipologie familiari.

È il quadro di partenza su cui si è abbattuta l'emergenza sanitaria del Covid-19 che si è andata ad innestare su un contesto già alle prese con un gap socio-sanitario che diventava più acuto per quei territori e gruppi sociali su cui più si annidano le disparità in sanità.

5. LA NUOVA SANITÀ NON È UN MISTERO

5.1. Indicazioni per un salto in avanti

Come dovrà essere la sanità del futuro che vuole rispondere adeguatamente sia alle emergenze che all'ordinario, dalle acuzie alle cronicità? E quale dovranno giocare gli infermieri?

L'emergenza sanitaria del Covid-19 si innesta nel contesto e nel dibattito sulla nuova sanità segnando un ulteriore scatto in avanti per l'avvio di un suo ridisegno che consenta alla sanità non solo di rispondere ai bisogni di cura ospedalieri ma anche a quelli sui territori.

In estrema sintesi, la sanità post Covid-19, dovrà essere fondata anche sui due pilastri di territorio e prevenzione. Ciò significa:

- attivare un sistema di assistenza territoriale capace di sviluppare una attività di prevenzione e monitoraggio anche rispetto a possibili picchi emergenziali per mitigare pressione sugli ospedali, dalle terapie intensive ai pronto soccorso, garantendo diagnosi e cure sin presso il domicilio dei cittadini;
- mantenere un *focus* sulle patologie croniche, invalidanti, che attaccano l'autonomia delle persone generando una richiesta di assistenza in cui la dimensione sanitaria è una di quelle in gioco, che ha però bisogno di essere valutata in interrelazione con le altre se si vuol garantire una risposta assistenziale appropriata.

Sono frontiere più avanzate della nuova sanità in cui gli infermieri sono portatori di soluzioni efficaci e sostenibili.

5.2. L'ampio consenso sociale per più infermieri nel Servizio sanitario

Nel disegno della sanità del futuro potente dovrà essere la spinta alla sanità di territorio, quella capace di avere iniziativa fino al domicilio delle persone, così come dovrà essere non meno intensa la spinta ad una sanità capace di ampliare la propria offerta, dalle terapie intensive all'assistenza a domicilio e in *remote*, per fronteggiare i picchi di eventuali pandemie.

È il disegno di una nuova sanità in cui è acclarata l'esigenza di aumentare presenza e ruolo degli infermieri: è utile allora verificare quanto consenso sociale abbia questa soluzione, in che misura i cittadini valutano l'aumento di numero di spazio degli infermieri come un veicolo per una sanità migliore.

Il 92,7% degli italiani valuta positivamente il potenziamento numerico e l'ampliamento del ruolo degli infermieri nel Servizio sanitario (tab. 7). Un dato elevato, quasi plebiscitario che si attesta su quote attorno o superiori al 90% trasversalmente a gruppi sociali e territori.

Riguardo alle motivazioni emerge che (fig. 2):

- per il 41,9% degli italiani è positivo perché nel Servizio sanitario oggi c'è carenza di infermieri;
- per il 40% perché si potrebbero potenziare servizi di cui c'è bisogno urgente come quelli di territorio, domiciliari, di emergenza/Pronto soccorso;
- per il 32,5% perché si potrebbero smaltire liste di attesa per specifiche prestazioni in cui oggi la loro presenza è carente;
- per il 19,8% perché si potenzierebbe la presenza di un interlocutore di cui i cittadini hanno grande fiducia.

Più infermieri quindi non solo per l'urgenza, diventata impressiva durante l'emergenza Covid-19, di potenziare organici visibilmente carenti, ma anche per lanciarsi verso una sanità migliore attraverso il potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali, la riduzione drastica della lunghezza delle liste di attesa, una presenza più ampia di un interlocutore fidato e apprezzato dai cittadini: ecco le motivazioni dell'ampio e trasversale consenso sociale ad un investimento massiccio sugli infermieri nel Servizio sanitario.

5.3. L'infermiere del futuro è già qui: di comunità e di famiglia

5.3.1. I profili innovativi

La ridefinizione del ruolo dell'infermiere da tempo ha assunto modalità molto concrete, con relativi riferimenti normativi e operativi:

- *l'infermiere di famiglia* (Legge n. 43 del 1 Febbraio 2006) che si occupa di terapie riabilitative e socio-sanitarie, di assistenza terapeutica, psicologica e motoria nei casi di cronicità grave. Si muove in ambito extra-ospedaliero ed è decisivo per le cure primarie a domicilio e sul territorio, oltre ad essere un riferimento importante per le persone una volta dimessi dal ricovero ospedaliero;
- *l'infermiere di comunità*, che è perno di una offerta di servizi sul territorio in cui, oltre a erogare prestazioni infermieristiche attiva una collaborazione con medici di medicina generale, assistenti sociali e altri professionisti della sanità e del sociale. Oltre ad essere il garante dell'assistenza infermieristica sul territorio, partecipa ad attività di promozione della prevenzione a vari livelli e con diverse modalità. Di fatto, diventa il fluidificante dell'integrazione socio-sanitaria e mobilizzatore di risorse nella comunità per migliorare la qualità dell'assistenza, come prescrive il Patto per la Salute 2019-2021 e il recente decreto legge 34 del 9 maggio, cosiddetto "Rilancio".

L'infermiere ricollocato in percorsi di prevenzione, diagnosi e cura territoriali è il perno di una nuova offerta di servizi che arriva capillarmente anche a domicilio per non autosufficienti.

Le figure esistenti e, in alcuni casi già da tempo in sperimentazione, certificano oltre ogni dubbio come lo spettro delle funzioni esercitate dagli infermieri possano espandersi intercettando così fabbisogni oggi poco o per niente coperti e contribuendo in modo efficace al dispiegamento dell'offerta sanitaria sui territori.

Il tema è prepotentemente alla ribalta nella fase attuale di emergenza sanitaria del Covid-19, in cui sono evidenti le fragilità e le carenze di un modello di assistenza territoriale, di cui oggi c'è assoluto bisogno. Per questo ci vuole la tempestiva introduzione su scala nazionale dell'infermiere di famiglia e di comunità.

5.3.2. Gli italiani lo vogliono

Il 91,4% degli italiani considera l'infermiere di famiglia e di comunità una soluzione ottima per l'assistenza e la cura a persone non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative (tab. 8).

L'elevata percentuale resta tale trasversalmente e ai territori, sempre con valori attorno al 90%. Riguardo alle motivazioni del consenso emerge che (fig. 3):

- il 51,2% è convinto che faciliterebbe la gestione dell'assistenza al paziente migliorando la qualità della vita a pazienti e familiari (minore ansia sui problemi, gestione più semplice del proprio tempo, spostamenti ridotti, ecc.);
- il 47,7% indica che tale figura darebbe sicurezza, tranquillità ai malati e ai familiari;
- per il 22,7% innalzerebbe la qualità delle cure, perché sarebbe il coordinatore di fatto dell'assistenza;
- per il 20,8% consentirebbe di ridurre le spese, ad esempio, per il trasporto, per ore di lavoro perse;
- per il 20% sarebbe minore il rischio di ricorrere a personale non competente e inappropriato per certe prestazioni.

Gli italiani vogliono l'infermiere come terminale di riferimento della matrice di prestazioni e servizi che ci si attende venga dispiegata sui territori.

L'infermiere di comunità e di famiglia non è quindi una rivendicazione tecnica o corporativa, di professione, ma una soluzione pratica che dispone di un largo consenso sociale, perché è conosciuta, tangibile e fa capo ad un soggetto, l'infermiere, di cui gli italiani nel tempo hanno imparato a fidarsi.

È una priorità anche perché l'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più alte del mondo, tuttavia per un over 65 l'aspettativa di vita senza limitazioni gravi è di 9,9 anni, più bassa della media Ue (10,2 anni) e molto al di sotto di quella di paesi come la Svezia (15,8 anni).

Inoltre, l'Italia conta oltre 3 milioni di persone non autosufficienti (di cui quasi 2 milioni hanno più di 65 anni) a dimostrazione di uno straordinario fabbisogno assistenziale multidimensionale, dal sanitario puro al sociosanitario sino a molti altri ambiti di vita.

5.3.3. Non più solo erogatori di prestazioni

Il richiamo ai servizi di territorio, della prossimità fino ai servizi domiciliari come componente decisivo del Servizio sanitario, in questi anni troppo spesso sono stati solo parte di una retorica che mentre tagliava posti letto ospedalieri si dimenticava di sviluppare parallelamente l'offerta di servizi territoriali.

L'emergenza di questi mesi ha evidenziato il costo sociale di territori sguarniti, dove non si è in grado di intercettare l'insorgenza di una pandemia, di verificare lo stato di salute dei cittadini e poi di curare e seguire a domicilio, in distanziamento se necessario.

Il magnetismo ospedaliero ha fatto da ammortizzatore al frequente vuoto dei territori, oppure alla mancata organizzazione delle reti territoriali: così, ogni servizio è andato per conto proprio, con effetti devastanti in termini di riduzione della capacità di prevenire e rispondere alla pandemia, e conseguente decollo dei costi sociali in termini di letalità del virus e anche danni agli stessi medici e operatori sanitari.

Naturalmente l'accelerazione della ridefinizione della sanità non è solo una questione di risorse e di ampliamento di piante organiche, perché richiede anche una ridefinizione di valori, interessi, professionalità e, perché no, di micropoteri e status, oltre che investimenti per la formazione e riqualificazione, per l'attivazione e/o l'adattamento di spazi e luoghi fisici e per le tecnologie necessarie.

È importante sottolineare che si tratta di investimenti e non di costi, perché sono basi per generare una sanità appropriata, in linea con la composizione dei fabbisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini.

Ci vorrà anche una ridefinizione di culture professionali, approcci mentali e pratici per mettere in campo una cooperazione tra professionisti che oggi non è così scontata. Invece, la cooperazione funzionale è una risorsa fondamentale, visto che ad esempio quella tra medici e infermieri ha notoriamente impatti rilevanti sugli esiti delle patologie croniche quando i *team* non restano più rinserrati nelle trincee ospedaliere resistendo strenuamente alle ondate di pazienti che vi affluiscono perché non trovano altre soluzioni, ma vanno ad installarsi nei territori, dentro le comunità, con una strategia di attacco centrata sulla prevenzione e che si materializza in una attività sistematica di rapporto e presa in carico dei pazienti attuali e potenziali.

Oggi alla luce delle conseguenze di Covid-19 è altamente visibile l'ineludibilità di tali scelte. D'altro canto, l'azione degli infermieri non può risolversi nella erogazione delle prestazioni di vario tipo, ma va investita di

responsabilità anche per ambiti nuovi come, ad esempio, la mobilitazione di risorse nelle comunità che contribuiscono a garantire assistenza.

In questa ottica è subito evidente il nesso tra l'evoluzione della figura dell'infermiere e quella della sanità in generale: l'infermiere diventa così agente dell'evoluzione verso una nuova sanità che porta prestazioni decisive al paziente, opera in stretta collaborazione con gli altri professionisti, dal medico di medicina generale ai pediatri ai vari componenti possibili delle équipe multidisciplinari. L'infermiere perno di una doppia dinamica:

- di spostamento, anche fisico, dei servizi in prossimità dei destinatari, con una relativa più alta personalizzazione;
- di cooperazione intenzionale, mirata, tra professionisti così da garantire la multiprofessionalità necessaria per erogare il contenuto di servizio appropriato ad un determinato fabbisogno.

Dopo Covid-19, l'urgenza delle scelte va utilizzata per stimolare la valorizzazione delle esperienze e competenze maturate nei territori e nel Servizio sanitario.

5.3.4. Territorio vuol dire anche prevenzione qualificata, soprattutto dopo il Covid-19

La prevenzione è stata a lungo la cenerentola della sanità pubblica, con la ridotta attenzione alle attività di monitoraggio, osservazione e analisi epidemiologica, e anche l'assenza di strategie codificate capaci di intercettare i segnali dei pazienti nelle comunità, trasferirle ai soggetti appropriati per enucleare strategie di intervento tempestive.

Solo con una presenza minuta e quotidiana nelle comunità il Servizio sanitario potrà mettere in campo una iniziativa efficace di prevenzione, che non lo lascia poi solo alle prese con le emergenze conclamate.

La residualità della prevenzione risultava evidente anche nelle situazioni ordinarie: Secondo Istat solo il 27,2% degli italiani beneficia di *screening* gratuiti delle sanità regionali, ed è il 28,7% nel Nord-Ovest, il 38,6% nel Nord Est, il 30,4% nel Centro ed il 17,7% al Sud e Isole.

È una situazione di riferimento che richiede una presa d'atto e di responsabilità sociopolitica che metta il Servizio sanitario nelle condizioni di dispiegare un'azione capillare ed efficace di radicamento sia di una cultura della prevenzione sanitaria che delle conseguenti iniziative.

In tempi ordinari la prevenzione vuol dire evitare l'insorgenza di costi sanitari e sociali con opportune azioni.

Un esempio emblematico è quello dell'alimentazione visto che, ad esempio, se l'Italia raggiungesse il picco negativo di tasso di obesità degli Stati Uniti avremmo oltre 19 milioni di obesi, persone esposte a patologie con costi sanitari e sociali aggiuntivi insostenibili. Occorre quindi promuovere una dieta appropriate, ad esempio, quella mediterranea, con l'azione di professionisti da mobilitare in un sistema di cui, comunque, gli infermieri possono esserne il *pivot* sul territorio, nelle comunità, nei luoghi di vita.

Gli infermieri potrebbero anche essere i garanti di una prevenzione non scriteriata, ma qualificata, sistematica, gestita da professionisti: sarebbe anche il modo per combattere quell'epidemia di *fake news* che in tempi ordinari comunque orienta male le scelte delle persone.

Emblematico è sempre l'esempio dell'alimentazione, con le diete fai-da-te praticate da oltre 10 milioni di persone, di cui oltre 6,2 milioni donne. Di solito diete che si vogliono salutari ma che semplicemente intercettano in modo dilettantesco, e potenzialmente rischioso, una voglia di informazione salutare.

Altrettanto per la pernicioso tendenza all'autodiagnosi: esempio le intolleranze alimentari con oltre 8 milioni di italiani convinte di soffrirne.

5.3.5. Il boom di cronicità e non autosufficienza impone prevenzione e territorio

Per completare il quadro di riferimento, pochi semplici dati consentono di capire bene la sfida di invecchiamento e cronicità. Infatti, in 10 anni:

- gli anziani sono aumentati del 15,1% una variazione che in termini assoluti è pari a +1.809.050 over 65 anni;
- le persone con almeno una malattia cronica sono aumentate del +6,1% che in termini assoluti corrisponde a +1.423.000 malati cronici.

Con una popolazione che invecchia sempre di più, inevitabilmente aumenta la pressione di persone alle prese con cronicità e non autosufficienza. Basti pensare relativamente alla cronicità che nel 2018 in Italia (tab. 9):

- il 40,8% degli italiani, pari a 24,5 milioni di abitanti, ha almeno una malattia cronica. E a livello territoriale la percentuale supera la media

regionale in Umbria (47,8%, 420.000), Liguria (45,2%, pari a 699.000 unità), Basilicata (44,4%, 251.000), Sardegna (44,1%, 724.000), Emilia-Romagna (43,3%, 1.918.000), Molise (42,2%, 130.000), Piemonte (41,9%, 1.820.000), Lombardia (41,8%, 4.172.000), Veneto (41,3%, 2.011.000), Friuli Venezia-Giulia (41%, 495.000), Lazio (41%, 2.405.000), Toscana (40,9%, 1.522.000);

- negli ultimi 10 anni è del +14,6% l'aumento degli anziani con almeno una malattia cronica, pari a circa 1,4 milioni di unità in più. Nel 2018, l'81,7% degli anziani, pari a circa 11 milioni di persone, soffre di almeno una malattia cronica. E a livello territoriale, la quota di anziani con almeno una malattia cronica supera la media nazionale in Calabria (87,1%, 316.000), Umbria (86,2%, 204.000), Sicilia (85,8%, 835.000), Campania (85,8%, 902.000), Abruzzo (85,7%, 248.000), Liguria (85,5%, 303.000), Basilicata (85,1%, 108.000), Puglia (83,1%, 731.000), Lazio (83%, 1.084.000), Marche (82%, 279.000).

Una mappa territoriale che da Nord a Sud rivela l'ampiezza e intensità della sfida della cronicità imposta dai repentini mutamenti demografici e relativi nuovi fabbisogni a cui il Servizio sanitario è chiamato a dare risposta.

E a fronte del dato medio nazionale che rivela +7,3% delle persone con almeno una malattia cronica negli ultimi cinque anni, vi sono regioni dove l'incremento è risultato essere ben più alto: Umbria (+15,4%), Lombardia (+14,7%), Trentino Alto-Adige (+14,2%), Emilia-Romagna (+11,9%), Basilicata (+11,6%), Liguria (+11%), Sicilia (+9,0%), Lazio (+8,5%), Molise (+8,3%), Friuli Venezia Giulia (+7,6%) (tab. 10).

6. SCENARISTICA

6.1. Puntare al meglio

Di quanti infermieri avrà bisogno il Servizio sanitario per rispondere alle sfide descritte tra gestione delle emergenze e vita ordinaria?

Il lascito dell'esperienza Covid-19 ha reso ancora più evidente la necessità su cui da anni si insiste, di potenziare il Servizio sanitario, a partire da un incremento di personale, dagli infermieri ai medici.

Di seguito sono descritti in modo sintetico e di facile comprensione due distinti scenari: il primo è costruito utilizzando come riferimento gli indicatori dell'Emilia Romagna, il secondo considerando gli indicatori del Regno Unito.

6.2. In Italia

In ambito nazionale sono stati scelti come riferimento gli indicatori del Servizio sanitario dell'Emilia Romagna. In particolare: il rapporto medici/abitanti, quello infermieri/popolazione e quello infermieri per medico che in Emilia Romagna sono pari rispettivamente a 4,2 medici ogni 1.000 abitanti, 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti e 1,5 infermieri per medico.

L'ipotesi è di portare al livello dell'Emilia Romagna le regioni i cui indicatori hanno valori inferiori: così facendo il fabbisogno di infermieri stimato sarebbe pari a 450.000 unità, da cui l'esigenza di un reclutamento aggiuntivo di circa 57.000 infermieri.

Il dato introietta anche un reclutamento aggiuntivo di medici (di circa 21.000 unità) individuato per portare le regioni ad avere un valore del rapporto medici/abitanti almeno pari a quello dell'Emilia Romagna.

Numeri che delineano uno scenario subito praticabile per il Servizio sanitario e che gli consentirebbe, attraverso il reclutamento aggiuntivo di infermieri prospettato, di dare risposte di più alta efficacia alle nuove sfide per la salute, dai picchi delle emergenze alla gestione dell'ordinario.

L'esito di questo scenario sarebbe che si avrebbe un infermiere ogni 134 abitanti, migliore dell'attuale 154.

6.3. Nella Ue

Il secondo scenario è stato costruito a partire dal valore di riferimento del Regno Unito per il rapporto infermieri/medico, che è pari a 2,8 rispetto all'attuale valore italiano di 1,5.

Si stimano in circa 750 mila il totale degli infermieri di cui ci sarebbe bisogno, il che vuol dire un reclutamento aggiuntivo di circa 357 mila infermieri.

È uno scenario di incremento da intendersi come un obiettivo di medio-lungo periodo per il Servizio sanitario, il cui esito sarebbe un rapporto pari ad 1 infermiere ogni 81 abitanti, con un taglio netto rispetto alla media attuale di 154 abitanti per infermiere.

Sono scenari di riferimento che, delineando obiettivi di medio lungo periodo e altri praticabili in tempi più rapidi, danno risposte concrete ad una esigenza ormai non più rinviabile: il potenziamento del personale del Servizio sanitario, a cominciare dagli infermieri.

7. INDICAZIONI PER FARE MEGLIO SUBITO

7.1. Il contributo subito disponibile degli infermieri

Dalla ricerca emerge un quadro impressivo che certifica ruolo, contributo e valore della professione infermieristica. In particolare:

- in un contesto in cui le competenze e chi ne è portatore vivono un deficit di fiducia e reputazione, gli infermieri godono di una elevata *social reputation* originata dalle competenze, dai saperi e dalla affidabilità direttamente sperimentata dagli italiani nel rapporto con loro;
- alto è l'*appeal* della professione: una attrattività trasversale a territori e gruppi sociali, nata dal riconoscimento dell'utilità sociale e dal fascino della professione, tanto che larghe quote di italiani consiglierebbero ai propri cari di intraprendere la professione.

Esce rinforzata la convinzione che per gli italiani gli infermieri sono:

- tra i più validi protagonisti della sanità del recente passato e di quella attuale, sotto pressione economico-finanziaria e con budget risicati rispetto ai fabbisogni reali. In questa sanità hanno conquistato una straordinaria fiducia presso i cittadini;
- nella possibile buona sanità del futuro il *pivot* di una sanità attenta che, dalla prevenzione al territorio, risponde alla crescita repentina di anziani, cronici e non autosufficienti.

In particolare, dagli infermieri arrivano risorse decisive per colmare nel prossimo futuro il *gap* tra quantità e qualità dei fabbisogni sanitari e sociosanitari e matrice dell'offerta di servizi e prestazioni: infatti, con gli infermieri in funzione di *pivot* la sanità di cui ci sarebbe bisogno diventa concretamente praticabile, anche sul piano della sostenibilità finanziaria.

Potenziare la presenza e il ruolo degli infermieri allora è oggi uno dei modi di promuovere la transizione verso la sanità del prossimo futuro.

In tale contesto poi, considerato il combinato disposto tra età media degli infermieri e nuove norme pensionistiche con relativo rischio di esodo di tanti professionisti, è urgente l'immissione di giovani infermieri per riempire i vuoti di organico innalzando al contempo il grado di appropriatezza e l'efficacia della matrice di servizi e prestazioni offerta.

Come rilevato, aumentare il numero di infermieri non è una esigenza corporativa o una espressione di autoreferenzialità professionale, ma una

delle opzioni necessarie da mettere in campo per transitare verso la nuova sanità.

Peraltro, è anche uno degli ambiti in cui è indispensabile procedere a scelte non frastagliate per regioni, perché alto è il rischio che l'attuale disparità territoriale nei livelli di offerta finisca per ampliarsi con una pericolosa degenerazione anche delle disuguaglianze.

7.2. Cosa racconta lo *stress test* del Covid-19 sulla sanità

Di seguito sono sinteticamente indicati alcuni degli insegnamenti emersi dallo *stress test* imposto dalla realtà di questi drammatici mesi segnati dal Covid-19. Ci sono aspetti dai quali non si potrà prescindere, molti dei quali non fanno che rinforzare quanto è stato rilevato sulla sanità del prossimo futuro e, in essa sul ruolo della professione infermieristica. Pertanto:

- *la tutela della salute è un fatto sociale collettivo, non può essere responsabilità solo dei singoli cittadini.* Socialmente la salute è tornata al centro dell'attenzione non più solo come componente del benessere individuale dove ha sempre mantenuto una sorta di primato, ma anche come priorità per le decisioni pubbliche della comunità. Dato decisivo che emerge dallo *stress test* del Covid-19 è che la salute di ciascuno dipende anche dalla salute degli altri e della comunità tutta: pertanto, se si rinuncia a costruire, garantire e tutelare la salute collettiva lasciando le persone sole con sé stesse, ci si espone a rischi enormi per la salute collettiva e, di riflesso, per la salute di ciascuno;
- *mai più senza la medicina del territorio.* Disporre di adeguate cure primarie e servizi di prevenzione si è rivelato fondamentale, quanto e forse più delle pur decisive cure ospedaliere. L'emergenza rende vitale lo sviluppo di una medicina dell'iniziativa fatta di cure primarie, rispetto ad una medicina dell'attesa fatta di assistenza ospedaliera. Non può più bastare la centralità delle sole strutture ospedaliere che, certo devono preservare una specifica flessibilità per fronteggiare picchi improvvisi legati a eruzioni pandemiche, ma devono poter contare su una sanità di territorio diffusa ed efficiente: in fondo, se le terapie intensive si sono trovate sotto assedio e con carenza di posti letto è anche perché non sono entrati in azione piani d'intervento per le emergenze che permettessero di trattare le persone prima del ricovero;

- *mai più senza la prevenzione per l'individuazione precoce, l'allarme e l'attivazione delle risposte.* Altro insegnamento proviene dal costo pagato per la marginalizzazione di ruolo, risorse e attenzione che è stata riservata all'epidemiologia ed ai servizi connessi, quali gli osservatori epidemiologici e i vari organismi che dovevano occuparsi di malattie infettive. In fondo, il mancato decollo della sanità extra-ospedaliera di territorio è anche l'aver considerato le attività di rilevazione e analisi dei dati come una noiosa formalità, e i servizi che dal centro alle Asl dovevano occuparsene come dei rami secchi. Nemmeno la minaccia delle pandemie degli anni scorsi è servita a farne capire l'importanza, così come anche informazioni relative a singoli o molteplici casi anomali la cui elaborazione poteva far scattare l'allarme precoce, sono cadute nel vuoto;
- *essere in salute è componente primaria del capitale soggettivo.* La tutela della salute è anche un fatto economico rilevante: e lo è non per la retorica che nel tempo ha motivato tagli e riduzione delle spese sanitarie, ma sia perché genera una filiera produttiva della salute sia perché il capitale soggettivo per eccellenza sono individui in salute. Così ambienti di vita e di lavoro devono produrre e tutelare la salute, facendo vivere e lavorare in sicurezza promuovendo così benessere. E la spesa per le tante forme di prevenzione soggettiva e dei luoghi non è un costo, ma un investimento, e come tale andrà trattato in futuro;
- *la tutela della salute è anche è un fatto di sicurezza nazionale.* L'emergenza ha mostrato come la salute sia un fatto di sicurezza nazionale, e non avere risposte sanitarie praticabili, poi costringe anche a intaccare la qualità della vita sociale e delle istituzioni politiche. Non a caso per affrontare la pandemia in fondo si sono dovute limitare libertà individuali fondamentali e si è verticalizzato all'estremo il processo decisionale, con uno spostamento del baricentro del potere tutto nelle mani di pochi responsabili affiancati da tecnici. Garantire la salute vuol dire mobilitare nel tempo le risorse appropriate per poi non ritrovarsi sguarniti in caso di emergenza, o costretti a decisioni estreme che riducono drasticamente la qualità della vita dei cittadini e del sistema sociopolitico;
- *il sistema sanitario è parte di un ecosistema, da solo non può farcela perché finisce sotto stress piegato dai fallimenti di altri sistemi e istituzioni.* La pandemia ha mostrato plasticamente che la tutela della salute pone criticità che vanno molto oltre il solo ambito sanitario, anche se questo conserva un rilievo essenziale. La pandemia sfida le

comunità in ogni aspetto, che siano le abitudini e gli stili di vita dei singoli membri, che siano le attività collettive, che siano i modelli di organizzazione e funzionali. C'è bisogno quindi di mettere in campo soluzioni e risposte che partano dalla presa d'atto che è essenziale la cooperazione e la interconnessione di mondi e saperi diversificati. E per far cooperare i tanti e diversi sistemi e mondi e anche i soggetti delle comunità e dei territori occorre sia accettare la multidisciplinarietà come modello operativo sia costruire in via preventiva gli schemi e le pratiche della cooperazione comunitaria. *Nessuno si salva da solo*, tanto meno il sistema sanitario che finisce per restare schiacciato dalla mancata tenuta di altri sistemi.

NOTA METODOLOGICA

I dati di opinione contenuti nel presente Rapporto si riferiscono a:

- una indagine condotta nel periodo 16-28 aprile 2020 su un campione rappresentativo di 1.000 famiglie, stratificato per macro-area di residenza, per ampiezza demografica del comune di residenza, per età del capofamiglia e tipologia familiare;
- una indagine condotta nel periodo 12-18 febbraio 2020 su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 1.000 individui adulti, proporzionale per genere, classe d'età, zona di residenza e ampiezza del comune;
- una indagine condotta nel periodo 1-11 luglio 2019 su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 1.000 individui adulti, proporzionale per genere, classe d'età, zona di residenza e ampiezza del comune;
- una indagine condotta nel periodo 4-9 aprile 2019 su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 1.000 individui adulti, proporzionale per genere, classe d'età, zona di residenza e ampiezza del comune.

Tutte le indagini hanno previsto la somministrazione di un questionario a struttura chiusa con metodo CATI–CAWI e hanno avuto una numerosità campionaria che ha assicurato un livello di confidenza del 95% e un errore campionario del +/-3,1%.

Per quanto riguarda i dati statistici ufficiali, le fonti di riferimento utilizzate sono Istat ed Eurostat.

TABELLE E FIGURE

Tab. 1 – Giudizio degli italiani sui rapporti con gli infermieri, per area geografica (val. %)

<i>Sulla base della sua esperienza personale, che giudizio dà degli</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
---	------------	----------	--------	-------------	---------------

<i>infermieri con cui è entrato in relazione?</i>					
Positiva	70,9	73,8	72,9	61,3	68,9
Negativa	4,5	5,2	5,7	4,1	4,8
Né positiva né negativa	20,4	17,1	18,1	28,6	21,8
Non saprei	4,2	3,9	3,3	6,0	4,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Tab. 2 – Fiducia degli italiani negli infermieri, per area geografica (val. %)

<i>Qual è il suo grado di fiducia negli infermieri?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
---	------------	----------	--------	-------------	---------------

Molta e abbastanza di cui	92,5	93,8	91,9	87,3	91,0
Molta	29,1	33,3	28,1	21,3	27,3
Abbastanza	63,4	60,5	63,8	66,0	63,7
Poca e per niente di cui	7,5	6,2	8,1	12,7	9,0
Poca	7,2	4,3	7,1	12,1	8,1
Per niente	0,4	1,9	1,0	0,6	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

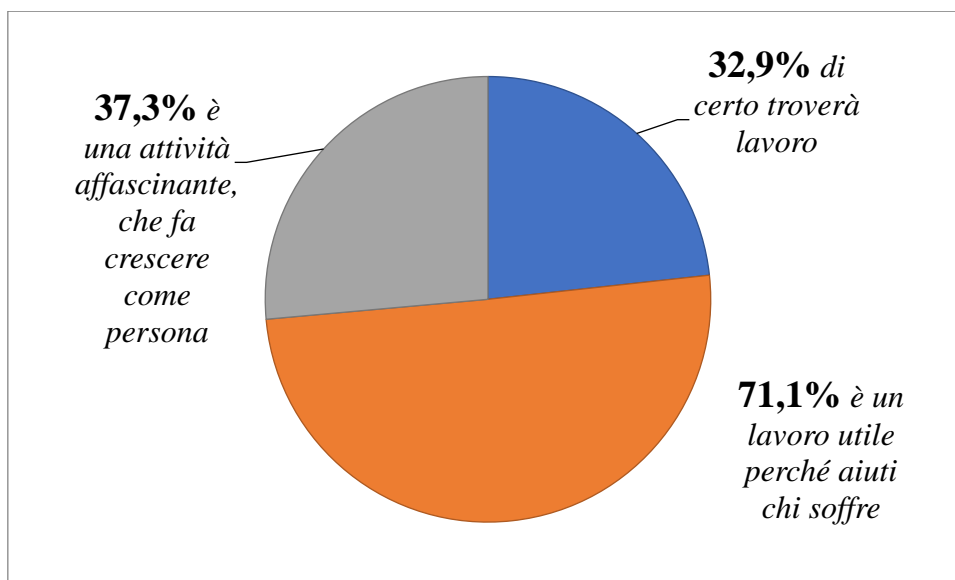
Fonte: indagine Censis

Tab. 3 – Italiani che incoraggerebbero un proprio familiare/conoscente/amico ad intraprendere la professione di infermiere, per età (val. %)

<i>Se suo figlio/nipote/amico volesse intraprendere gli studi per diventare infermiere Lei, oltre a dirgli di fare quel che gli piace:</i>	18-34 anni	35-64 anni	Over 65 anni	Totale
Lo incentiverebbe	78,0	83,7	87,0	83,0
Cercherebbe di dissuaderlo	11,6	5,8	1,0	6,2
Non so	10,4	10,5	12,1	10,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2019

Fig. 1 – Motivazioni per cui gli italiani incoraggierebbero un proprio familiare/conoscente/amico ad intraprendere la professione di infermiere (val. %)



Fonte: indagine Censis

Tab. 4 – Soddisfazione degli italiani verso il Servizio sanitario della propria regione, per area geografica (val. %)

<i>Lei è soddisfatto del modo in cui funziona il Servizio sanitario della sua regione:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	70,1	75,4	48,3	34,6	55,0
No	29,9	24,6	51,7	65,4	45,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Tab. 5 – Soddisfazione degli italiani verso i servizi di trasporto in emergenza di 112/118, per area geografica (val. %)

<i>Sulla base della sua esperienza diretta o indiretta dei servizi di trasporto in emergenza (Numero Unico di Emergenza 112/118) qual è il suo giudizio complessivo?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto adeguato	83,1	82,2	73,6	66,0	74,9
Adeguato	16,9	15,8	22,1	23,8	20,2
Non adeguato	0,0	1,2	4,3	9,4	4,5
Non saprei	0,0	0,9	0,0	0,7	0,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Tab. 6 – Soddisfazione degli italiani verso i servizi sociosanitari della propria regione, per area geografica (val. %)

<i>In base alla sua esperienza diretta o indiretta, Lei è soddisfatto del modo in cui funziona il Servizio sanitario della sua regione:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Si	54,5	66,3	41,8	23,5	44,0
No	45,5	33,7	58,2	76,5	56,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

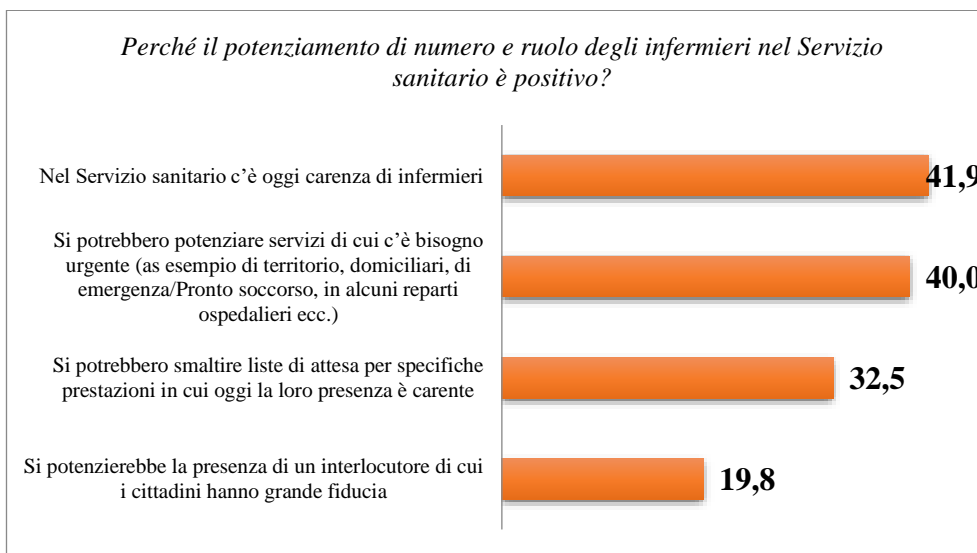
Fonte: indagine Censis

Tab. 7 – Opinioni degli italiani sull’aumento del numero e l’ampliamento del ruolo degli infermieri nel Servizio Sanitario italiano, per età (val. %)

<i>Come valuta il potenziamento del numero e del ruolo degli infermieri nel Servizio sanitario italiano?</i>	18-34 anni	35-64 anni	Oltre i 65 anni	Totale
Positivamente	93,1	94,5	88,9	92,7
Negativamente	2,9	2,1	4,9	3,0
Non saprei	4,0	3,5	6,2	4,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Fig. 2 – Motivazioni per cui secondo gli italiani occorre potenziare numero e ruolo degli infermieri nel Servizio Sanitario (val. %)



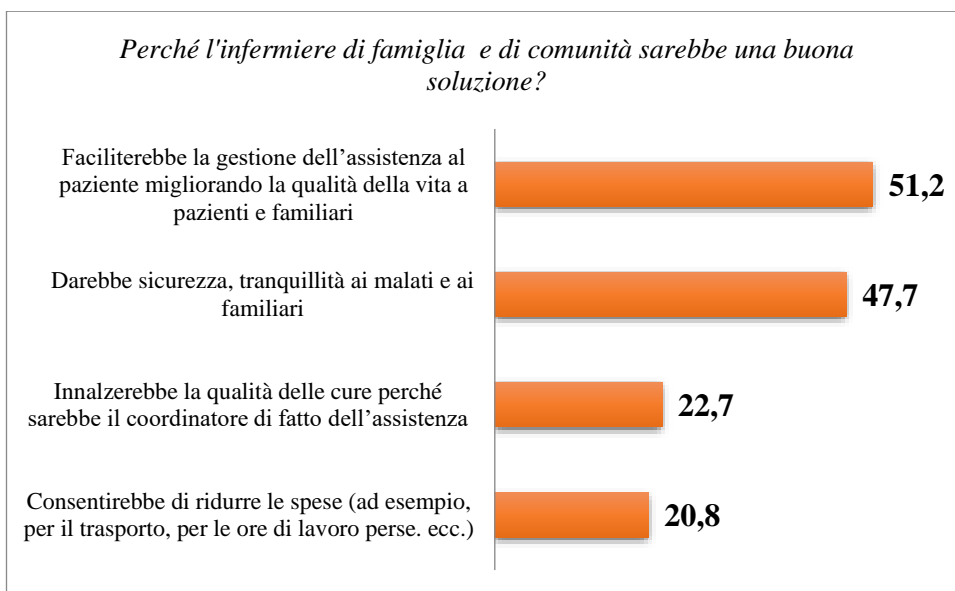
Fonte: indagine Censis

Tab. 8 – Opinione degli italiani sulla figura dell’infermiere di famiglia e di comunità, per area geografica (val. %)

<i>Lei ritiene che l’infermiere di famiglia e di comunità che garantisce l’assistenza a casa o presso strutture sanitarie di prossimità sul territorio a non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative ecc., sarebbe una buona soluzione?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, ne sono certo	90,8	90,2	91,2	92,6	91,4
No, non lo è	9,2	9,8	8,8	7,4	8,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Fig. 3 – Motivazioni per cui secondo gli italiani l’infermiere di famiglia e di comunità sarebbe una buona soluzione per una sanità migliore (val. %)



Fonte: indagine Censis

Tab. 9 - Graduatorie regionali delle persone con almeno una malattia cronica, 2018*
(v.a in migliaia., val.%, ranking)

<i>Rank % sulla popolazione</i>	Territorio	Persone con almeno una malattia cronica (v.a. mgl)	% sul totale popolazione
1	Umbria	420	47,8
2	Liguria	699	45,2
3	Basilicata	251	44,4
4	Sardegna	724	44,1
5	Emilia-Romagna	1.918	43,3
6	Molise	130	42,2
7	Piemonte	1.820	41,9
8	Lombardia	4.172	41,8
9	Veneto	2.011	41,3
10	Friuli-Venezia Giulia	495	41,0
11	Lazio	2.405	41,0
12	Toscana	1.522	40,9
13	Puglia	1.630	40,4
14	Abruzzo	527	40,2
15	Calabria	770	39,5
16	Valle d'Aosta	49	39,3
17	Marche	597	39,1
18	Campania	2.178	37,5
19	Sicilia	1.868	37,3
20	Trentino-Alto Adige	378	35,7
	<i>Nord-ovest</i>	6.740	42,1
	<i>Nord-est</i>	4.801	41,6
	<i>Centro</i>	4.944	41,2
	<i>Sud e Isole</i>	8.079	39,1
	Italia	24.564	40,8

*Stima su dati Istat

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 10 – Graduatoria regionale per andamento del numero di persone con almeno una malattia cronica, 2013-2018 (var. %)

<i>Ranking</i>	Territorio	var.% 2013-2018
1	Umbria	15,4
2	Lombardia	14,7
3	Trentino Alto Adige	14,2
4	Emilia-Romagna	11,9
5	Basilicata	11,6
6	Liguria	11,0
7	Sicilia	9,0
8	Lazio	8,5
9	Molise	8,3
10	Friuli-Venezia Giulia	7,6
11	Piemonte	6,1
12	Puglia	6,1
13	Sardegna	3,6
14	Campania	3,2
15	Abruzzo	2,9
16	Toscana	2,9
17	Veneto	0,4
18	Marche	-0,3
19	Calabria	-0,5
20	Valle d'Aosta	-2,0
	<i>Nord-ovest</i>	11,7
	<i>Nord-est</i>	6,5
	<i>Centro</i>	6,1
	<i>Sud e Isole</i>	5,1
	Italia	7,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat