

**INFERMIERI**  
**UNA VOCE CHE GUIDA**  
*NURSING: VERSO*  
**UN MONDO IN SALUTE**



**2020**  
**ANNO INTERNAZIONALE**  
**DELL'INFERMIERE**  
**E DELL'OSTETRICA**



**INFERMIERI: UNA VOCE CHE GUIDA**  
**NURSING: VERSO UN MONDO IN SALUTE**

**GIORNATA INTERNAZIONALE**  
**DEGLI INFERMIERI 2020**  
**RISORSE ED PROVE DI EFFICACIA**

**INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES**





Project Sponsor: Howard Catton, ICN  
Project Manager: David Stewart, ICN

Authors:

Fadwa A Affara

Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu

Dr Fariba Al Darazi

Dr Linda H Aiken

Dr Claire Betker

Professor James Buchan

Dr Christophe Debout

Professor Gilles Dussault

Dr Pilar Espinoza

Dr Susan B. Hassmiller

Dr Matthew McHugh

Dr Jack Needleman

Dr Marina Peduzzi

Professor Khama Rogo

Professor Petrie F. Roodbol

Dr Marla Salmon

Professor Jane Salvage

Professor Anne Marie Rafferty

Dr Kyung Rim Shin

Bongi Sibanda

David Stewart

Dr Barbara Stilwell

Michael J. Villeneuve

Professor Jill White

Professor Patsy Ya

Editor: Lindsey Williamson, ICN

Layout: Violaine Bobot, ICN

Design: Artifex Creative Webnet Ltd.

Traduzione: Barbara Bassola

Curatela: Walter De Caro, Cecilia Sironi

Layout: Walter De Caro

Tutti i diritti, compresa la traduzione in altre lingue, sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta a mezzo stampa, fotocopia o con altri mezzi o archiviata in via elettronica o trasmessa in qualsiasi forma o venduta senza il permesso scritto del Consiglio internazionale degli infermieri. Brevi estratti (non oltre le 300 parole) possono essere riprodotti senza autorizzazione purché ne sia indicata la fonte.

Copyright © 2020 by ICN - International Council of Nurses,

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN : 978-92-95099-48-7

ISBN dell'edizione italiana: 9788894075762

Edizione italiana autorizzata. Copyright © 020 CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/

**Nursing now**  
Italy



**2020**  
ANNO INTERNAZIONALE  
DELL'INFERMIERE  
E DELL'OSTETRICA



# INDICE

<b>INTRODUZIONE di Annette Kennedy</b>	<b>04</b>
<b>PARTE UNO: COSA È L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA?</b>	<b>06</b>
Florence Nightingale è ancora rilevante oggi?	07
Assistenza completa e centrata sulla persona	11
Compassione come il "vero nord" della bussola morale infermieristica	13
Elevare la fiducia nell'assistenza infermieristica: professionalità, possibilità e insidie	15
Cambiare la narrazione dell'infermieristica	18
<b>PARTE DUE: LE SFIDE. VERSO UN MONDO IN SALUTE</b>	<b>21</b>
Ferito nel cuore, nella mente e nel corpo	21
Sistemi sanitari in grado di soddisfare le esigenze degli individui e delle comunità	24
Comunità divise, mondo non equo	25
Speranza nel fine vita: il ruolo essenziale degli infermieri	27
Stiamo facendo le cose giuste per rispondere ai bisogni di salute delle persone che assistiamo?	30
Infermieri, i costi dell'assistenza sanitaria e la ricerca del valore nell'assistenza sanitaria	33
<b>PARTE TRE: SFRUTTARE IL POTENZIALE. VERSO UN MONDO IN SALUTE</b>	<b>36</b>
Verso un mondo in salute attraverso la leadership	36
Partnership e collaborazione, all'interno e all'esterno dell'assistenza sanitaria: passare all'interconnessione nella leadership infermieristica	40
Ambienti di cura sicuri: essenziali per la sicurezza dei pazienti e il supporto di personale infermieristico	43
Formazione: preparare infermieri per la pratica e la formazione continua	45
Sicurezza: una sfida continua	48
Sfruttare il potenziale della tecnologia per migliorare gli esiti di salute	50
Riconoscimento e ricompense: come il sistema sanitario può prevenire l'abbandono della professione infermieristica	52
Pianificare il fabbisogno del personale infermieristico	54
<b>L'EREDITÀ DELL'ANNO DEGLI INFERMIERI di Howard Catton</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>60</b>



# INTRODUZIONE

*di Annette Kennedy, Presidente ICN*

## Assistere il mondo per la salute

Ci sono più di 20 milioni di infermieri in tutto il mondo e ognuno di loro ha una storia. Sanno cosa sono la speranza e il coraggio, la gioia e la disperazione, il dolore e la sofferenza, la vita e la morte. Come una forza sempre presente, gli infermieri sentono le prime grida dei neonati e sono testimoni degli ultimi respiri dei morenti. Sono presenti in molti dei momenti più preziosi della vita e in alcuni dei suoi momenti più tragici. Gli infermieri servono l'umanità e, con le loro azioni, proteggono la salute e il benessere degli individui, della comunità e delle nazioni. In tutto il mondo, le persone riconoscono quella degli infermieri come la più onesta ed etica delle professioni: le persone si fidano istintivamente e rispettano gli infermieri e il lavoro che svolgono. Ma la comprensione pubblica dell'assistenza infermieristica varia ampiamente ed è spesso distorta. Le immagini di infermiere come angeli della misericordia sono comuni, ma vanno di pari passo con stereotipi sessuali perversi. E l'idea all'antica che gli infermieri siano in qualche modo subordinati ai medici è pervasiva. Il fatto è che pochissime persone comprendono l'ampiezza dei ruoli e delle responsabilità del personale infermieristico contemporaneo, e ciò significa che non si riesce ad apprezzare veramente l'eccezionale valore dell'assistenza infermieristica per ogni persona del pianeta. Il Consiglio internazionale degli Infermieri (ICN) ritiene che sia di vitale importanza mostrare al mondo chi sono gli infermieri e quello che fanno, specialmente quest'anno: l'Anno Internazionale dell'Infermiere e dell'Ostetrica. L'ICN vuole che la voce dell'assistenza infermieristica sia ascoltata in tutto il mondo, per diffondere la voce di quanto sia grande la nostra professione e di come questa contribuisca al benessere del mondo. Gli infermieri assistono, guariscono, educano, guidano, difendono e sono fondamentali per fornire cure sicure, accessibili e convenienti. Attraverso questo report della Giornata Internazionale degli Infermieri (IND), utilizziamo le voci autentiche degli Infermieri del mondo per offrire al mondo una visione di questa professione meravigliosa, innovativa e viva.

*“...non ci sono confini nazionali quando si tratta di essere al servizio della società, poiché i bisogni fondamentali delle persone sono gli stessi in tutto il mondo – la salute della mente, del corpo e dello spirito – come obiettivo per garantire che ognuno di noi compia il suo dovere nel mondo”.*

**Nina Gage**

Presidente dell'ICN, 1925



### ICN: Solidarietà e unità dal passato ...

La fondazione dell'ICN avvenne in un momento in cui il telefono era stato appena inventato e la principale forma di trasporto tra i continenti era costituita da viaggi marittimi difficili e lunghi. Tuttavia, nonostante le difficoltà di comunicazione e di distanza, l'ICN è riuscita a riunire la comunità infermieristica da tutte le parti del mondo.

Anche al culmine dei grandi conflitti mondiali, l'ICN ha continuato a mantenere unita la comunità infermieristica globale. Al momento del centenario dell'ICN nel 1999 Lynaugh e Brush<sup>2</sup>, riflettendo sui travagli dell'ICN nella prima metà del 20° secolo, tentarono di leggerli attraverso un'ottica moderna:

*“Per cento anni, nonostante guerre, caos politico ed economico e conflitti razziali e religiosi, il Consiglio internazionale degli Infermieri (ICN) è riuscito a mantenere la sua coesione grazie a una "colla speciale" inventata da infermiere dedicate. I suoi ingredienti: amicizia, aiuto reciproco ed entusiasmo. Oggi l'ICN è ancora vigoroso e continua a guidare e rappresentare infermiere e infermieri di tutto il mondo”.*

L'ICN esisteva quasi 50 anni prima della creazione delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e prefigurava ciò che essi avrebbero potuto ottenere. Nonostante le enormi differenze, la confusione o i conflitti all'interno e tra i paesi, i professionisti infermieri hanno costantemente lavorato insieme, si sono riuniti, si sono fatti sentire insieme per migliorare la salute del pianeta. L'ICN ha continuato a dare slancio e favorire la collaborazione per sviluppare la nostra professione, influenzare la direzione e la pianificazione dei servizi sanitari, pubblicando numerose linee guida, dichiarazioni e prese di posizione, lavorando per avere una leadership infermieristica forte e offrendo opportunità di apprendimento e di discussione che hanno portato al raggiungimento di più elevati standard di salute in molti paesi e reso più vicina questa prospettiva per altri paesi.

#### ...e in futuro

Nel 2017, quando sono stata eletta Presidente dell'ICN, ho scelto il termine “insieme” come parola d'ordine\* del mio mandato da Presidente. Non ci potrebbe essere una parola d'ordine più appropriata in questi tempi di grandi divisioni. "Insieme" indica il potenziale collettivo e l'intenzione della comunità infermieristica globale di migliorare la salute e il benessere di individui, comunità e paesi, indipendentemente dalle loro alleanze.

La designazione da parte dell'Assemblea Mondiale della sanità del 2020 come *Anno internazionale dell'infermiere e dell'ostetrica* è un'opportunità entusiasmante per promuovere l'assistenza infermieristica in tutto il mondo. Finalmente abbiamo a disposizione un riflettore globale sull'assistenza infermieristica e vogliamo che i professionisti della salute, i politici, i funzionari politici, i sistemi sanitari e il pubblico festeggino, siano ispirati e informati sulla professione infermieristica. Il 2020 offre l'opportunità di una visione unica della più grande professione sanitaria del pianeta, ma è solo l'inizio. Il 2020 può realmente costituire un catalizzatore per iniziare un nuovo modo di guardare alla professione infermieristica in modo che, in futuro, sia vista per il contributo unico che apporta al benessere di tutti i popoli del mondo.



\* Sin dall'inizio della storia dell'ICN, nei primi anni del 1900, la Presidente sceglie una propria "parola d'ordine" (watchword) che delinea il principio generale ispiratore del mandato del Presidente.



## PRIMA PARTE

# Cosa è l'assistenza infermieristica

Il 2020 è un'opportunità per gli infermieri di spiegare meglio ciò che facciamo, di infrangere i miti dell'assistenza infermieristica e di sostenere gli investimenti nella professione. Per spiegare cosa sia l'assistenza infermieristica, dobbiamo guardare indietro a come è iniziata, cosa abbiamo imparato dai fondatori dell'assistenza infermieristica moderna e quali sono gli attributi chiave dell'assistenza infermieristica che la distinguono dalle altre professioni sanitarie

Mentre celebriamo il 200° anniversario della nascita di Florence Nightingale e il 120° anniversario del Consiglio Internazionale degli infermieri, diamo un'occhiata all'impatto di Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick e dei fondatori di ICN e a come la compassione, la fiducia, e l'assistenza centrata sulla persona operino insieme alle prove di efficacia, alla statistica e alla leadership per creare l'infermieristica moderna.

È proprio guardando al nostro passato che è stato scelto il tema della Giornata internazionale degli infermieri 2020. Durante la Seconda guerra mondiale, la professione infermieristica ha assistito alle più grandi divisioni e sofferenze che il mondo avesse mai visto. Nonostante ciò, la professione ha offerto assistenza e speranza sia durante la guerra che successivamente. In risposta al sacrificio che gli infermieri fecero per proteggere la salute, il presidente degli Stati Uniti (USA) Harry Truman scrisse queste commoventi parole all'allora Presidente dell'ICN Effie J. Taylor:

*“Gli infermieri ... hanno lavorato senza sosta al servizio del loro paese durante la guerra nel fornire assistenza ai feriti e ai mutilati. Hanno condiviso le difficoltà del combattimento, senza chiedere ricompensa se non la consapevolezza che i loro sacrifici avrebbero permesso agli altri di vivere. Oggi la necessità di infermieri non è inferiore a quella degli anni di guerra. La guerra più distruttiva della storia ha lasciato dietro di sé corpi e spirito in frantumi e i malati devono essere assistiti fino alla completa guarigione”.*

Il Presidente Truman riconobbe che, a seguito della guerra, le lotte per la salute e il benessere avrebbero continuato a rappresentare una sfida per molte generazioni a venire. Il suo invito all'azione, che è rilevante oggi come non lo è mai stato, può essere riassunto nella frase scelta per la giornata di quest'anno:

offrire assistenza infermieristica per garantire la salute a tutto il mondo (*Nursing the world to Health*, tradotto da noi con *Nursing: verso un mondo in salute*).

Essendo il più grande gruppo di professionisti sanitari in prima linea che si occupano delle esigenze di salute di individui e comunità, gli infermieri hanno storie forti da raccontare che possono aiutare a determinare cambiamenti positivi. Dare potere (*empower*) e sostegno al personale infermieristico è una soluzione efficace al problema del miglioramento degli esiti di salute. L'assistenza infermieristica svolge un ruolo centrale per consentire lo sviluppo dei sistemi sanitari di tutto il mondo ed ottenere un'assistenza sanitaria di elevata qualità, accessibile e conveniente.

Attraverso il nostro ragionamento scientifico, la nostra vicinanza al paziente ed il semplice fatto di essere la professione più numerosa, possiamo affermare che l'assistenza e la professione infermieristica portano a *un mondo in salute*.

Il 2020 è un momento importante per l'assistenza infermieristica. Offre l'opportunità di dimostrare chiaramente ai responsabili politici, a tutti i professionisti sanitari e al pubblico l'enorme contributo degli infermieri alla salute e al benessere; di presentare le funzioni e le responsabilità di questa professione vitale e di distruggere i miti e gli stereotipi che la danneggiano da troppo tempo. Questo è il nostro momento. Cerchiamo di cogliere questa opportunità non solo per la professione, ma per i benefici per la salute del nostro mondo.

**“ La storia non può darci un programma per il futuro, ma può darci una più piena comprensione di noi stessi e della nostra comune umanità, in modo che possiamo affrontare meglio il futuro.”**

**Robert Penn Warren**  
Poeta<sup>3</sup>

# Florence Nightingale è ancora rilevante oggi?

Prof. Anne Marie Rafferty, Professor of Nursing Policy, Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery, King's College, London & Christophe Debout, General Secretary, European Federation of Nursing Educators (FINE)

Florence Nightingale fu un personaggio complesso. Nata in un ambiente privilegiato, beneficiò dei valori liberali e di libertà di pensiero dei suoi genitori e di una tradizione familiare di "campagne" a difesa di cause umanitarie. Fu educata da suo padre, che esercitò una profonda influenza sul suo sviluppo intellettuale e morale. Le sue doti le permisero di accedere ai dati e alle opere dei riformatori europei. Fu anche favorita dal sostegno della sua famiglia all'educazione femminile, che le permise di fare rete con l'élite intellettuale e politica, usandole come pubblico per le sue riforme. I principali pensatori passarono per casa Nightingale e fu qui che la giovane Florence fu introdotta ad alcune delle migliori menti dell'era vittoriana. Fu in parte attraverso tali reti che la Nightingale poté visitare l'ospedale di Kaiserwerth, in Germania, che stimolò la sua decisione di divenire infermiera, una decisione insolita per una donna della sua nascita e stato sociale.

L'interdipendenza del suo pensiero teologico e scientifico la portò a considerare la statistica come la chiave per comprendere le "leggi della natura". Questo fu determinante nel contesto di sconvolgimento sociale, urbano e industriale della Bretagna vittoriana, in cui la casualità sembrava governare la condizione umana. La statistica divenne un veicolo per indirizzare gli interventi, ridurre i rischi e combattere la povertà e la privazione. La sua ricerca di fare qualcosa di pratico non fu solo guidata dalla sua empatia per la condizione umana e dalla spinta morale ad agire, ma anche dalla frustrazione per il ruolo delle donne. La Nightingale si scagliò contro il genere come barriera alla partecipazione alla vita pubblica. La sua idea di infermiera si basava su un modello di leader femminile di un'istituzione, e sull'idea di offrire un'opportunità alle donne di guadagnarsi da vivere e di avere una carriera indipendente.

## 200 anni dopo, Florence Nightingale ci parla oggi?

L'infermieristica della Nightingale si intrecciò con un'ampia gamma di interessi in sanità pubblica, medicina, igiene, epidemiologia, statistica e sanità militare. In quel senso, la sua visione era molto moderna: intersettoriale, interdisciplinare e globale. La sua comprensione dell'ambiente fisico e psicologico dell'ospedale e della casa rivela non solo una profonda conoscenza scientifica dell'igiene, ma anche della salute e della guarigione insieme a dettagli assistenziali che si aggiunsero per confortare e nutrire lo spirito umano.

Le competenze statistiche e analitiche della Nightingale costituiscono il fondamento delle statistiche internazionali e comparative, anticipando lo sviluppo dei codici di classificazione internazionale delle malattie di oggi (ICD). La sua ricerca sugli esiti ospedalieri trova echi negli studi sul personale condotti da Aiken et al.<sup>4</sup> Era soprattutto una brillante comunicatrice sia visivamente, attraverso i dati, che verbalmente, attraverso il potere e lo stile di prosa epigrammatica. Era abile nel presentare i dati in forma grafica per coinvolgere emotivamente il pubblico e muoverlo all'azione. Comprendeva il potere delle statistiche di far cambiare idea e di incoraggiare i politici ad attuare le riforme.

Il suo stile chiaro e persuasivo e il suo approccio proattivo all'elaborazione delle politiche la resero una abile "conduttrice" nell'arena politica: metteva le prove di efficacia nelle mani dei responsabili politici attraverso le sue reti, le comunicava in un formato facilmente digeribile, quindi perorava la sua causa facendo pressione con tutti gli strumenti che aveva a sua disposizione.

L'utilizzo di studi randomizzati controllati e di pratiche basate sui risultati scientifici è oggi comune nella pratica infermieristica e sanitaria. In effetti, la definizione stessa della Nightingale di assistenza infermieristica, sia rivolta alle persone malate che sane, si ritrova oggi nelle nostre definizioni: "Che cosa è l'assistenza infermieristica? Che sia rivolta alle persone malate o sane, l'assistenza infermieristica ci deve mettere nelle migliori condizioni possibili per permettere alla natura di ripristinare o preservare la salute e per prevenire o curare malattie o lesioni."<sup>5 p187</sup>

Il suo insegnamento sull'igiene rimane esemplare mentre combattiamo contro la sepsi e la mortalità in eccesso attribuibile alle infezioni acquisite in ospedale: MRSA e *C. difficile*. A ciò si aggiunge che la resistenza antimicrobica (AMR) è pronta per divenire una delle principali cause di morte entro il 2050, e in questo il lavaggio delle mani e l'igiene possono essere tra le più potenti difese contro la trasmissione. L'AMR ci costringe a ricorrere alle pratiche del periodo pre-antibiotico.<sup>6</sup>

Gli scandali ospedalieri non appartengono al passato: recenti esperienze negli Stati Uniti, nel Regno Unito e altrove, dimostrano che molte delle cause sottostanti sono legate alla carenza di personale infermieristico e alla conseguente mancanza di un'assistenza infermieristica di buona qualità.<sup>7</sup>



Il suo sostegno alla professione di infermiere come occupazione secolare, come mezzo per consentire alle donne di essere formate, educate e per perseguire una vita indipendente, ha amplificato l'impatto dell'istruzione sulla salute della popolazione, sia direttamente che indirettamente. Gli studi dimostrano che investire nella formazione infermieristica produce risultati per la comunità anche in termini di alfabetizzazione sanitaria.<sup>8</sup> Florence Nightingale sarebbe senza dubbio sconvolta dalla portata delle disuguaglianze sanitarie globali di oggi; dalla carenza di infermieri; dalla minaccia di resistenza antimicrobica, dalla ricomparsa di malattie infettive come la tubercolosi e dall'emergere di nuove minacce alla nostra sicurezza come l'HIV, l'Ebola, il colera.

Si metterebbe al lavoro guidata da una giustificata indignazione, porrebbe l'attenzione sulla carenza di personale infermieristico nelle agende politiche internazionali, dichiarandola come una pandemia globale. Sosterrebbe l'organizzazione di un vertice infermieristico globale all'Assemblea Mondiale della Sanità del 2020; schiererebbe tutte le sue reti e risorse politiche per fare pressioni sui governi e organizzazioni governative, impegnandole in un trattato che obblighi i governi ad agire giuridicamente per garantire organici infermieristici adeguati per accelerare i progressi sugli SDGs (Obiettivi di Sviluppo Sostenibile) e sull'UHC (Copertura sanitaria universale) per le popolazioni con minor accesso all'assistenza sanitaria.

Convocherebbe un vertice con i ministri delle finanze alla riunione del Forum Economico Mondiale a Davos per creare un nuovo "Fondo Nightingale" globale per offrire il più grande investimento di sempre nella storia dell'infermieristica e ostetricia.

Inviterebbe tutte le infermiere ad assumere la guida nell'igiene e nella gestione degli antibiotici. Rilancerebbe *Notes on Nursing* come piattaforma online per aiutare (*empower*) i pazienti e le loro famiglie del 21° secolo a mantenersi sani e a prendersi cura di se stessi, a partire da coloro che soffrono di malattie croniche e hanno problemi di salute mentale.

Formerebbe una nuova generazione di infermiere digitalizzate per produrre nuove soluzioni per l'erogazione dell'assistenza e per garantire la sicurezza dei pazienti, così come si impegnerebbe in innovazioni come la *blockchain*.

Ci ricorderebbe che la globalizzazione è un'opportunità per connettersi con i nostri valori e un'opportunità per il cambiamento. Ciò richiederebbe un passaggio da "vecchio" a "nuovo potere"<sup>9</sup> e nuovi modi di lavorare in modo collaborativo. Le associazioni infermieristiche dovrebbero adattarsi e lavorare insieme in una super collaborazione, usare il loro potere organizzativo per mobilitarsi come mai prima d'ora, lavorando a stretto contatto con il pubblico, i pazienti e le famiglie.

Infine, solleciterebbe un approccio inter-generazionale, con leader giovani e anziani uniti nell'individuazione di metodi e competenze per influenzare le politiche. Insieme, agirebbero come delle Nightingale di nuova generazione, guidando la carica e creando una professione infermieristica che sia un movimento sociale globale per il bene della società.



Miss Nightingale con la sua civetta addomesticata Athena, circa 1850, da un disegno di Parthenope Lady Verneyt.



# Creare le fondamenta per la professione infermieristica

## Focus

Florence Nightingale fu un'ispirazione per le fondatrici dell'*International Council of Nurses* nel 1899.

Ethel Gordon Fenwick, Lavinia Dock, Agnes Karll e altre che fondarono l'ICN sostennero il bisogno dell'autoregolamentazione professionale e fecero campagna per importanti questioni sociali del loro tempo, in particolare l'emancipazione femminile.

L'idea di queste pioniere dell'infermieristica era quello di unire l'appartenenza alla professione, un'ampia visione globale dell'assistenza infermieristica e migliorare la formazione delle infermiere.

Nel 1899, Ethel Gordon Fenwick affermò:

*La professione infermieristica oggi richiede soprattutto organizzazione: le infermiere, oggi soprattutto devono essere unite. Il valore del loro lavoro per i malati è riconosciuto al giorno d'oggi dal governo di questo e di tutti gli altri paesi civili, ma dipende soprattutto dalle infermiere individualmente e collettivamente rendere il loro lavoro il più utile possibile ai malati, e questo può accadere solo se la loro formazione è di così alto livello che il termine "infermiera" corrisponde ad una persona che ha ricevuto la migliore formazione e ha dimostrato di essere così degna di fiducia che il livello di responsabilità dei compiti che deve assumere possono essere assolti col massimo beneficio per le persone affidate. Per assicurare questo risultato due cose sono essenziali: devono essere riconosciuti i sistemi di formazione infermieristica e di controllo sulla professione infermieristica. L'esperienza del passato ha dimostrato che questi risultati non possono mai essere ottenuti da nessuna professione se questa non è unita nelle sue richieste per chiedere le riforme necessarie, e solo grazie all'unità si può ottenere la forza necessaria.*<sup>10 p7</sup>

Gordon Fenwick si rese conto dell'importanza della cooperazione e della collaborazione internazionale nel tentativo dell'ICN di regolamentare l'assistenza infermieristica in tutto il mondo e applicare standard universali su cosa significasse essere un'infermiera. Il suo lavoro innovativo e quello di innumerevoli altre infermiere nel corso degli anni, ha creato le basi su cui è basata la moderna assistenza infermieristica.

L'ICN ha continuato a costruire su queste fondamenta e l'assistenza infermieristica oggi è altrettanto rilevante ed essenziale di quanto lo era 120 anni fa. La collaborazione e la condivisione internazionale tra le Associazioni infermieristiche nazionali (NNA) sono importanti oggi (o probabilmente di più) di quanto non lo fossero 120 anni fa. Non vi è dubbio che Florence Nightingale, insieme ai Fondatori di ICN, sosterebbe oggi il lavoro di ICN e incoraggerebbe le Associazioni infermieristiche nazionali a diventare membri di ICN per lavorare insieme su scala globale per far avanzare la professione e difendere la salute per tutti. Quella era la loro speranza, la loro visione e la loro eredità per il futuro.



**Studio del caso****MSF – Rimuovere le barriere all'accesso all'assistenza dei più vulnerabili**

Contributo: Nada Kazoun, Medici senza frontiere

Bar Elias, una città in Libano a circa 10 km dal confine Libanese/Siriano, è dove Medici Senza Frontiere (MSF)— *Doctors Without Borders* — ha costruito un ospedale. L'Ospedale assiste tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro razza, religione, genere o convinzioni politiche: un valore profondamente radicato in MSF. Il team sanitario fornisce servizi chirurgici e si occupa delle ferite difficili, comprese le ustioni. Prima della crisi siriana, i servizi per la cura delle ferite non erano disponibili nella regione, dove erano presenti solo centri sanitari di secondo livello e cliniche private. Questi servizi non erano né accessibili né convenienti per la maggior parte dei pazienti, che erano stati costretti a pagare di tasca propria cure, farmaci e trasporti.

Il significativo afflusso di rifugiati siriani in Libano e l'aumento del numero di pazienti con ferite complicate e sequele di ustioni, ha reso ancora più evidente questa mancanza di servizi.

C'era bisogno di linee guida per la cura delle ferite, nonché di professionisti sanitari qualificati e competenti. Pertanto, MSF ha progettato e introdotto un nuovo protocollo di cura delle ferite guidato da infermieri, volto a rimuovere le barriere legate all'accessibilità, ai costi elevati e alla qualità delle cure, e a rendere i servizi disponibili alla comunità. Di conseguenza, l'ospedale MSF di Bar Elias ha iniziato ad offrire un servizio per la medicazione delle ferite, incluse le ustioni, basato su prove di efficacia e garantito da professionisti sanitari formati e qualificati.

Dal gennaio all'agosto 2019, 99 pazienti hanno ricevuto assistenza specialistica (*wound care*) e sono state effettuate circa 1400 procedure. Durante lo stesso periodo 89 persone hanno concluso il programma, di cui 59 guariti, cinque rinviati ad altri professionisti, sette trasferiti e 18 persi al follow-up.

Un esempio è quello di "Abdul", un ragazzo di 15 anni che aveva un'epilessia non trattata e ustioni risalenti a sette anni prima, non trattate, con grandi ferite su entrambe le gambe. A causa della mancanza di spazio nella tenda della famiglia, Abdul strisciava per terra, il che aggravava le sue condizioni e non consentiva alle sue ferite di guarire.

Un team multidisciplinare composto da tre infermiere, un assistente sociale, un promotore della salute e uno specialista in salute mentale, utilizzarono il protocollo di cura delle ferite di MSF insieme a sessioni educative e consulenza per i suoi caregiver. Dopo due mesi di trattamento, le ferite di Abdul erano completamente guarite e chiuse.

Questo tipo di intervento offre ai pazienti una seconda possibilità di vita. Noi, come infermieri, siamo motivati dall'impatto del nostro lavoro con questi pazienti. Riteniamo di poter essere un sostegno e che lavorando a stretto contatto con i nostri pazienti e le loro famiglie possiamo ottenere il miglior risultato possibile. Vediamo inoltre gli effetti positivi del nostro impegno per trattare i pazienti globalmente e non solo la loro malattia. Gli infermieri sono al centro del programma, con le loro conoscenze, competenze tecniche, giudizio, esperienze e relazioni interpersonali con i pazienti e le famiglie. Queste sono le chiavi del successo di questo programma di cura delle ferite nel nostro ospedale.

Un'infermiera esegue una medicazione di una ferita al Bar Elias Hospital, Libano





# Assistenza completa e centrata sulla persona

di **Kyung Rim Shin**

Presidente, Korean Nurses Association

In occasione del 200° anniversario della nascita di Florence Nightingale, il 2020 è stato designato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come Anno internazionale dell'infermiere e dell'ostetrica. Nel 2020 le Infermiere e ostetriche saranno più che mai al centro delle politiche sanitarie globali e avranno una opportunità senza precedenti di elevare il loro status. Per poter utilizzare quest'anno speciale come trampolino di lancio per raggiungere un livello elevato dell'infermieristica, dovremmo guardare indietro alle grandi infermiere della storia e riaffermare i valori genuini dell'assistenza infermieristica con una riflessione sull'evoluzione dell'infermieristica negli anni. Potremmo quindi usare questa riflessione come bussola che ci guidi ad andare avanti. Florence Nightingale è stata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, un'abile statistica e una amministratrice pubblica competente che ha contribuito a definire diversi concetti di salute pubblica. Dopo aver raccolto dati statistici impressionanti negli ospedali da campo durante la guerra, ha sostenuto la riforma dei servizi sanitari pubblici e dell'assistenza infermieristica. Il suo lavoro ha permesso il riconoscimento sociale dell'assistenza infermieristica come professione basata sul riconoscimento della dignità umana e sulle conoscenze scientifiche. Florence Nightingale ha gettato le basi per l'assistenza incentrata sulle persone.

L'assistenza centrata sulle persone è legata alla pianificazione e all'attuazione di servizi sanitari e infermieristici strutturati in base alle esigenze dei destinatari. I pazienti non sono visti come destinatari passivi delle cure ma come partecipanti attivi che interagiscono con gli operatori sanitari. L'assistenza infermieristica inizia dalla comprensione del paziente e del suo vissuto. Alcuni valori chiave sono la dignità umana, la compassione e il rispetto. Questo sostiene la dignità del paziente e della famiglia, si fornisce un'assistenza infermieristica compassionevole e sono rispettate le opinioni e le scelte di vita dei pazienti<sup>11</sup>.

Due pazienti che soffrono della stessa condizione possono provenire da ambienti diversi e avere storie di vita diverse. La loro risposta alle cure, i loro bisogni, atteggiamenti e sintomi saranno diversi e quindi sarà necessario garantire un'assistenza infermieristica personalizzata.

Sfortunatamente, la dignità dei pazienti è talvolta compromessa a causa delle inadeguatezze dei sistemi sociali e della cura centrata prevalentemente sulla malattia.

Un esempio è quello che vide nel 1916 in Corea, ben 6.254 persone affette da morbo di Hansen (MH o lebbra) confinate in una remota isola di nome Sorok-do, obbligate ai lavori forzati, alla sterilizzazione forzata e a diverse altre violazioni dei diritti umani. Molti pazienti con la lebbra trovarono questi maltrattamenti insopportabili e si suicidarono. Negli anni Sessanta, due infermiere austriache, Marianne e Margaritha vennero a Sorok-do per prendersi cura di questi pazienti. Era un momento in cui i pregiudizi sulla malattia erano al culmine e persino il personale medico non poteva toccare il corpo dei pazienti senza doppi guanti. Le due infermiere avevano ricevuto una formazione sulla malattia di Hansen in India prima di andare in Corea e sapevano che le possibilità di trasmissione per contatto erano estremamente basse. Toccarono i pazienti a mani nude, medicarono le ferite, si occuparono dei loro figli e divennero amiche offrendo cure amorevoli senza ricevere alcun pagamento.

Dimostrarono vero spirito di volontariato e amore, garantendo riabilitazione, istruzione e formazione professionale, nonché assistenza sanitaria, ausili e sollievo per i pazienti affetti dalla lebbra. I pazienti furono trattati con dignità e rispetto. Di conseguenza ritrovarono le ragioni per vivere e la speranza.

Nell'assistenza centrata sulle persone, la dignità del paziente è pienamente rispettata e la fiducia si costruisce con interazioni intrise di comprensione e affetto.

L'assistenza personalizzata è erogata considerando le prospettive, i valori, le credenze e il contesto culturale del paziente. In modo puntuale viene offerta assistenza adeguata e vengono fornite informazioni appropriate ai pazienti in modo che possano prendere decisioni sul trattamento e sull'assistenza che desiderano ricevere. Alla fine, ciò comporta una migliore gestione della malattia, una migliore qualità della vita e il miglioramento degli esiti del paziente. Migliorando la qualità dei servizi infermieristici, crescono la fiducia in sé stessi e la soddisfazione lavorativa degli infermieri.

Per quanto l'Intelligenza Artificiale (AI) automatizzi molte sfere della vita, ora e in futuro, gli esseri umani capaci di entrare in empatia con gli altri avranno sempre valore. L'assistenza infermieristica differisce dalla medicina in questo, in quanto si basa su quei valori infermieristici intrinseci incentrati sulla comprensione umana e sulla cura dei pazienti con una visione olistica che non potrà essere sostituita dalle macchine. I professionisti infermieri della prossima generazione dovrebbero quindi sviluppare una profonda comprensione dei bisogni umani individuali e ricevere una formazione continua focalizzata sull'intera persona e su approcci olistici alla risoluzione dei problemi.

# Giappone – Rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle comunità durante e dopo i disastri

Contributo: Japan Nursing Association

Le condizioni geografiche e il clima del Giappone lo espongono frequentemente a catastrofi naturali, inclusi tifoni, piogge torrenziali e terremoti. Nel 2018, ad esempio, ci furono 29 tifoni e oltre 90 gravi terremoti.

A seguito del grande terremoto di Hanshin-Awaji nel 1995, la *Japan Nursing Association* ha istituito un sistema di emergenza in caso di catastrofe in collaborazione con le associazioni infermieristiche locali. Questo sistema invia infermieri specializzati (*disaster relief nurses*) in caso di catastrofi naturali su vasta scala, consentendo loro di fornire supporto in modo flessibile in risposta alle esigenze locali. Nelle numerose catastrofi dal 1995, quasi 9000 infermieri di soccorso sono stati chiamati in azione.

Attualmente il Giappone ha 9.822 infermieri per l'assistenza in caso di calamità, formati e registrati come tali dalle loro Associazioni infermieristiche locali. Quando si verifica un disastro, partecipano su base volontaria come membri delle associazioni professionali infermieristiche. Questi infermieri specializzati, in caso di catastrofe, lavorano nelle istituzioni sanitarie interessate, nelle strutture di assistenza sociale e nei centri di evacuazione per un periodo compreso tra tre giorni e un mese dopo il disastro. Ciò significa che lavorano nella fase subacuta post-disastro e cronica, aiutando nella continuità assistenziale infermieristica, oltre che nella fase acuta, quando sono richieste attività di salvataggio. Gli infermieri di soccorso, durante le catastrofi, sono inviati agli istituti sanitari dove aiutano a ricevere i pazienti da altri presidi, rispondono ai bisogni di assistenza sanitaria nelle unità di primo soccorso e si fanno carico dell'assistenza per far riposare gli infermieri presenti sul luogo.

Nei centri di evacuazione si occupano della mobilitazione degli assistiti, forniscono assistenza personalizzata alle persone, compresi gli anziani, e offrono consulenza e guida nell'assunzione di medicine, medicano le ferite e adottano misure di controllo delle infezioni.

In un centro di evacuazione che ospitava gli sfollati con gastroenterite infettiva causata dal norovirus, i *disaster relief nurse* notarono che i residenti si lavavano le mani con acqua raccolta e presero provvedimenti per prevenire quel metodo di diffusione dell'infezione. Questo accadeva in una zona in cui la gente del posto usava abitualmente l'acqua raccolta e la riteneva pulita e sana. Gli infermieri fornirono spiegazioni dettagliate a ciascun evacuato riguardo a come mantenere l'igiene delle mani in un ambiente con un approvvigionamento idrico non garantito; questo comportò una diminuzione del numero di persone infette. Un'infermiera di soccorso notò un evacuato che si teneva il petto. L'uomo disse che aveva una storia di angina, ma non aveva con sé i farmaci e non aveva contattato la squadra medica. L'infermiera di soccorso chiamò un'ambulanza e l'uomo venne ricoverato in ospedale. Questi casi evidenziano le caratteristiche della pratica infermieristica quali il rispetto dei valori e delle credenze delle persone. Questi infermieri specializzati praticano gli elementi fondamentali dell'assistenza infermieristica, fornendo supporto e sicurezza alle persone assistite e vivendo al loro fianco.





# Compassione come il “vero nord” della bussola morale degli infermieri

Prof. Jill White, Professor Emerita of the Faculty of Nursing and Midwifery at the University of Sydney & the Faculty of Health University of Technology & Dr. Amelia Afuha'amango Tuipulotu, Minister for Health, Tonga

Uno sguardo alla nostra storia ci consente di comprendere il contratto sociale attraverso il quale è emersa la nostra professione, quello che la società chiedeva agli infermieri. La prima assistenza infermieristica è nata dal sentimento di preoccupazione per la sofferenza degli altri e dal desiderio di agire per ridurre quella sofferenza, un sentimento chiamato "compassione".

Le prime tracce di assistenza provengono dal 7° secolo, quando le praticanti musulmane portarono la loro tradizione nell'Europa meridionale, dove fu adottata dalle monache della chiesa cattolica, data la forte motivazione filosofica di servizio agli altri attraverso la compassione. L'eredità religiosa dell'assistenza infermieristica ha continuato a diffondersi in Europa e in Canada nel 1600. Con la separazione del protestantesimo dalla chiesa cattolica e la successiva chiusura di monasteri e conventi, il sistema organizzato di formazione di suore/infermiere diminuì e, per tutto il 1600 e il 1800, ci fu un limitato sistema organizzato di addestramento per coloro che volevano aiutare gli altri in caso di malattia.

Non è il caso di ripetere qui l'eredità di Florence Nightingale, se non per enfatizzare il suo totale impegno nei confronti delle infermiere perché avessero il giusto temperamento, carattere e formazione. Dalla Nightingale abbiamo ereditato i valori della compassione e della disciplina e la sua enfasi personale nel far sentire la voce e parlare apertamente, raccogliere dati per predisporre regolamentazioni e influenzare la politica, e l'importanza vitale della formazione. L'intersezione di queste tre forme di influenza ha determinato la storia moderna della nostra professione.

Ogni società ha una comprensione sviluppata dei concetti di giusto e sbagliato; ogni individuo sviluppa quella che viene comunemente definita una "bussola morale" personale, con il "vero Nord" che dice se sei sulla rotta o stai sbagliando la direzione. Come membro di una professione, la bussola morale comprende le aspettative della persona che lavora come professionista nell'ambito di un contratto sociale concordato. Nella professione infermieristica questo contratto sociale è di solito enunciato sotto forma di un codice etico e di standard per la pratica professionale.

Il primo codice etico formale è stato sviluppato dall'*American Nurses Association* nel 1950 e descriveva le responsabilità non negoziabili di un'infermiera. L'ICN ha successivamente fornito il suo primo modello di codice etico internazionale nel 1953. L'ICN sta attualmente rivedendo il codice etico del 2012 per aumentare l'enfasi sulle responsabilità di giustizia sociale, tuttavia rimane il documento che costituisce "la guida all'azione basata sui valori sociali e i bisogni di salute".<sup>12</sup> Mentre alcuni elementi di comportamento etico sono comuni in tutti i paesi, ci sono sfumature culturalmente specifiche che differiscono, poiché il codice deve riflettere una società e i suoi valori. Nella versione ICN 2012, il codice parla di riservatezza, rispetto dei diritti umani e sensibilità verso i valori, i costumi e le credenze.

Parla del mantenimento della sicurezza ambientale, della competenza e della formazione, della collaborazione e della difesa dell'equità e della giustizia sociale. Parla della dimostrazione di valori professionali quali il rispetto, la responsabilità reattività, la compassione, l'affidabilità e l'integrità<sup>12</sup>. Di queste caratteristiche si potrebbero vedere, come la bussola morale interiore della persona laica, il rispetto, il (l'onore) rispetto per la vita umana, la sensibilità culturale, l'affidabilità e l'integrità. La bussola morale, la pratica dell'assistenza compassionevole, comprendente la reattività, la collaborazione, la riservatezza, la sicurezza, la competenza, la difesa e la formazione – come elemento cruciale dell'assistenza infermieristica professionale.

In infermieristica, ci si aspetta che il rispetto per una sensibilità morale (che è responsabilità di tutti) oltre che etica (professionale) è parte integrante dell'emergere di una bussola morale professionale, la quale ci porta alla definizione di quella che il fondamento dell'assistenza infermieristica contemporanea: le cure compassionevoli - quintessenza della qualità, indicatore di l'autenticità dell'assistenza infermieristica. È la capacità prendere decisioni con intelligenza e compassione, data l'incertezza insita in ogni situazione di cura, attingendo, se necessario, dalla lettura critica dei codici di comportamento etici, dall'esperienza clinica, dalle conoscenze accademiche e dalla conoscenza di sé, con una capacità aggiuntiva di predire le conseguenze e con il coraggio di agire.<sup>13</sup> La compassione non è neutrale sotto il profilo dei costi. Richiede risorse emotive e pratiche e una cultura che faciliti e valorizzi le componenti dell'assistenza compassionevole: educazione continua, discussione, assunzione di rischi calcolati, cultura non punitiva, che promuove la pratica etica e il coraggio di agire. Per Liaschenko<sup>14</sup> questo coraggio richiama ad una capacità morale di azione, all'"agire morale" ed esorta gli infermieri a lavorare collettivamente per divenire una comunità morale e per proporre narrazioni alternative del nostro lavoro, forti, etiche e intelligenti. Formare comunità morali fornisce supporto per la crescita dell'agire morale: la capacità di dire "Ti sto ritenendo moralmente responsabile di prendere sul serio le mie preoccupazioni, perché la mia parte nella cura di questo paziente è importante quanto la tua parte".<sup>14</sup> Questa spinta consentirà alla nostra bussola morale professionale di seguire il suo "vero Nord" e di fornire assistenza compassionevole che è il nostro mandato sociale e lo è dal 7° secolo e prima. Come infermieri dobbiamo fare la nostra parte: comprendere e perfezionare continuamente la nostra bussola morale professionale, e i politici e i governi devono tenere conto della domanda di cure compassionevoli. Collettivamente, dobbiamo far crescere un ambiente e una cultura favorevole a questo.

**Studio del caso**

# USA – Assicurare assistenza compassionevole ai veterani

Contributo: Cathy M. St Pierre, USA

La Veteran's Health Administration (VHA) è il più grande sistema sanitario integrato negli Stati Uniti che impiega oltre 322.000 professionisti sanitari a tempo pieno e personale di supporto. Assiste militari veterani e le loro famiglie in una vasta gamma di centri medici e cliniche ambulatoriali, fornendo assistenza sanitaria ospedaliera, ambulatoriale e specialistica completa a oltre 9 milioni di veterani ogni anno, compresi servizi di salute delle donne, salute mentale e riabilitazione. Inoltre, diversi VHA forniscono assistenza lungo termine, prendendosi cura dei veterani che invecchiano con complessi bisogni di salute fisica e mentale.

Cathy St Pierre è una delle 500 infermiere del VHA che fornisce assistenza sanitaria diretta ai veterani. Attualmente sta lavorando in quattro dipartimenti ospedalieri: gestione del dolore cronico, salute ambientale, senzatetto e ricerca, con il 50% del suo tempo trascorso a lavorare con senzatetto e ex veterani.

Negli Stati Uniti, circa l'11% dei senzatetto sono veterani, con 37.000 veterani senzatetto, risultanti da uno studio trasversale, in una determinata notte nel 2018. Molti fattori determinano lo stato di senzatetto tra i veterani, tra cui la mancanza di alloggi a prezzi accessibili, la disoccupazione e le condizioni di salute mentale, tra cui il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e l'abuso di sostanze. Sei su dieci veterani senzatetto hanno più di 51 anni e si prevede che la percentuale di anziani veterani senzatetto (oltre 62 anni), la maggior parte dei quali ha complesse esigenze mediche e psichiatriche, potrebbe aumentare.

Per ridurre i senzatetto tra i veterani, il VHA ha unito le forze con il Dipartimento degli alloggi e dello sviluppo urbano (HUD) degli Stati Uniti e ha creato il Veterans 'Affairs Supportive Housing (VASH), che ha ospitato più di 85.000 veterani negli ultimi dieci anni.

Al Veteran's Administration Hospital di Bedford, nel Massachusetts, Cathy St Pierre offre assistenza sanitaria e consulenza diretta ai veterani iscritti al programma VASH. Collabora con gli assistenti sociali del programma per aiutarli a comprendere le esigenze mediche e di salute mentale dei veterani. Fornisce inoltre valutazioni sanitarie dirette e gestione delle malattie acute e croniche dei veterani e fornisce supporto al complesso ospedaliero di 69 appartamenti per veterani con una camera da letto.


Molti dei veterani del programma HUD-VASH hanno anche significativi disturbi di salute mentale, tra cui PTSD e disturbo da uso di sostanze, che li mettono a rischio di suicidio. Il team del programma HUD-VASH monitora i veterani a rischio e fornisce una rete di sicurezza per aiutare i veterani ad accedere alle cure immediate per prevenire il suicidio. Questo tipo di assistenza in loco può prevenire sequele di salute fisica e mentale più gravi in una popolazione che, in passato, non ha cercato cure mediche in modo tempestivo.





# Elevare la fiducia nell'assistenza infermieristica: professionalità, possibilità e insidie

**Dr Marla Salmon**, Professor of Nursing and Global Health & Adjunct Professor of Public Policy & Governance, University of Washington, US



**“Per favore conoscimi,  
sii presente per me e  
prenditi veramente  
cura.”**

Ero all'inizio della mia carriera nel nostro ospedale locale; lei era una paziente di lunga durata. La sua innata grazia e la lussuosa vestaglia rossa che indossava sopra al camice dell'ospedale sembravano essere le sue ultime armi contro la perdita di controllo e di dignità di cui soffriva. Ho capito subito che voleva occuparsi da sola della propria cura personale. Andava bene che l'aiutassi a lavarsi dalla vita in su, ma era fermamente convinta che di doversi lavare da sola dalla vita in giù. Negoziammo alcune modalità condivise, ma, coi miei occhi che guardavano altro, quando possibile.

Una sera, mi guardò con uno sguardo attento come se stesse riflettendo su una decisione importante. Alla fine, parlò con un tono tranquillo e riservato. *"Mia Cara, ti piacerebbe vedere qualcosa?"* Lentamente, allontanò le coperte e diresse il mio sguardo su quella parte del corpo che aveva nascosto così duramente. Lì, in alto sulla sua parte interna della coscia, c'era un piccolo cuore tatuato. Non disse nulla, ma mi sorrise consapevole mentre mi rendevo conto che era più di quella vera signora con la vestaglia. Era una persona che aveva vissuto un'altra vita, che una volta aveva amato ed era stata amata. In quel semplice atto, mi disse: *"Per favore, sappi chi sono e sii qui davvero per me ... in questi ultimi giorni."*

Morì pochi giorni dopo. Le feci l'ultimo bagno a letto, rispettando le modalità che avevamo condiviso, poi la vestii con cura in un abito pulito e la preparai per il suo ultimo sonno. Sentivo la sua presenza durante quegli ultimi gesti di cura. Lasciai la stanza rattristata dalla sua morte, ma sentendo il privilegio e il dono di aver avuto la sua fiducia nel prendermi davvero cura di lei.

Dopo molti decenni della mia carriera, ho dimenticato il suo nome ma, lei rimane con me e ha avuto un profondo impatto sulla mia vita e carriera come infermiera.

La professionalizzazione della professione infermieristica in tutto il mondo ha avuto un impatto sulla salute delle persone e ha comportato cambiamenti significativi sia nello status che nella reputazione dei suoi membri.

In molti paesi in cui la professione infermieristica ha livelli elevati di professionalizzazione, è anche classificata tra le più o la più affidabile delle professioni. Il livello di fiducia della professione infermieristica si è legato a quegli attributi che sono i tratti distintivi delle professioni e a quelle aspettative del pubblico che sono fondamentali per il contratto sociale. Mentre tutte le occupazioni si impegnano nel lavoro in cambio di una qualche forma di compensazione, alle professioni viene concesso uno status speciale basato sul loro "contratto" con la società che richiede l'adesione a determinati standard di condotta e competenza. L'autonomia e l'autoregolamentazione sono condizioni cruciali del contratto e riflettono la fiducia e l'aspettativa che i membri della professione siano formati in modi che garantiscano la loro competenza, giudizio, integrità ed etica, che si impegnino per il benessere del cliente e per il loro lavoro. In cambio, la società concede i privilegi di speciale status nella società, tra cui autonomia, autoregolazione, relazioni speciali con le istituzioni e il governo.

Esistono due tipi di fiducia di cui beneficia la professione infermieristica: la fiducia nelle singole infermiere e infermieri e la fiducia collettiva del pubblico nella professione.

La fiducia individuale si accumula quando un'infermiera instaura relazioni positive con assistiti e famiglie, guadagnando il permesso di fare cose all'interno della relazione che altri non sarebbero autorizzati a fare. La fiducia costante negli infermieri si basa sulla capacità di relazionarsi con il paziente e la famiglia in modo da assicurare loro che il loro migliore interesse e benessere siano sempre in primo piano.

La fiducia per la professione è radicata in quel contratto sociale in cui il comportamento dell'infermiera è regolato e riflette aspettative e standard codificati. Questo contratto sociale, sebbene riflesso in leggi, regolamenti, formazione e aspettative istituzionali, è fondamentalmente radicato nelle esperienze di vita dei pazienti e delle loro famiglie. In altre parole, ciò che fanno i singoli infermieri ha un impatto significativo sulla visione della professione da parte del pubblico.

La cattiva condotta dei singoli infermieri può potenzialmente erodere il contratto sociale e la fiducia verso tutti i membri della professione.

Di tutte le forme di cattiva condotta, il lavoro finalizzato a se stessi - servire i propri interessi piuttosto che quelli dei pazienti e delle loro famiglie - è uno dei meno accettabili per il pubblico. La perdita della fiducia dei pazienti è causata da quegli infermieri che mettono al primo posto i loro interessi, esponendo a rischio significativo sia il contratto sociale della professione con il pubblico, sia i rapporti delle singole infermiere con i loro pazienti.

La transazione che aumenta maggiormente la fiducia è quella in cui il pubblico è il beneficiario senza alcun apparente beneficio per la professione. Una transazione che ha un beneficio significativo per il pubblico, promuovendo allo stesso tempo gli interessi della professione infermieristica, potrebbe creare un dibattito pubblico (questo accade talvolta quando si discute per l'espansione dei ruoli entrando in competizione con quello di medici o altri professionisti sanitari, specialmente se ci sono evidenti benefici economici). Quelle transazioni che avvantaggiano la professione, senza apparente beneficio per il pubblico, sono probabilmente le meno comprensibili da parte del paziente e difficilmente elevano la fiducia. Pertanto, "l'ottica" con cui vengono affrontate questo tipo di transazioni è molto importante.

I singoli infermieri sfruttano la fiducia ogni giorno quando chiedono ai loro pazienti di fare affidamento sul loro giudizio e di credere che l'infermiere agirà nel loro interesse. Si prevede che quando gli infermieri agiscono nell'ambito dell'etica professionale e della norme, i pazienti possono dipendere da loro. Tuttavia, generale fiducia della professione su vasta scala è complesso e ha un profondo impatto su tutti i suoi membri. Il mancato rispetto di ciò che il pubblico considera come il suo contratto con l'assistenza infermieristica può avere un impatto significativo sull'assistenza infermieristica come professione e sul benessere dei suoi membri.

La fiducia è un riflesso del rapporto con il pubblico; di come l'assistenza infermieristica si comporta da una parte e come viene percepita dall'altra. Coltivare una relazione positiva con il

pubblico. significa incontrare e aiutare a dare forma alle aspettative. Si tratta di costruire un terreno comune in cui l'assistenza infermieristica e il pubblico lavorano insieme per ottenere benefici per la società e i suoi membri, rispettando e supportando gli infermieri nel loro lavoro. Questa connessione tra infermieri e pubblico deve essere alimentata collettivamente, come in ogni interazione individuale tra gli infermieri e gli assistiti. Significa anche che l'assistenza infermieristica si governa in modi saggio e prudente, mettendo al primo posto gli interessi del pubblico su come gli infermieri vengono formati e regolati.

Questa responsabilità continua è una forma cruciale di garanzia per il pubblico che l'assistenza infermieristica è degna di fiducia. Il trading di fiducia a beneficio professionale può avere benefici una tantum e conseguenze negative a più lungo termine. Una relazione solida, informata e continua in cui gli infermieri si guadagnano la reputazione di professionisti compassionevoli ed esperti che sostengono il bene del pubblico, garantisce un beneficio reciproco a lungo rispetto al beneficio che nasce da transazioni occasionali. In sintesi, la fiducia è alla base dello status di professione infermieristica e delle relazioni che i singoli infermieri intrattengono con i loro pazienti, le loro famiglie e il pubblico in generale.

Il contratto sociale alla base della professione infermieristica determina il modo in cui possiamo esercitare, la possibilità di utilizzare la nostra competenza e il nostro giudizio, il modo in cui ci formiamo, chi giudica la nostra condotta e persino influenza le nostre condizioni di lavoro e il nostro compenso. Le relazioni tra la professione e il pubblico sono dinamiche e riflettono l'impegno costante degli infermieri come individui e membri di gruppi e organizzazioni professionali. Sfruttare la fiducia a beneficio dei singoli pazienti, delle famiglie e del pubblico in generale è la chiave per mantenere e costruire la fiducia.

Quando si considera di lavorare sulla fiducia, la domanda che dovremmo farci dovrebbe essere: "Che conseguenze avrà questa transazione sulla relazione di fiducia tra la professione infermieristica e il pubblico?"





## Studio del Caso

# UK – rendere le informazioni sanitarie accessibili e comprensibili

Contributo: Parveen Ali, United Kingdom

Due infermiere, Parveen Ali and Nisar Ahmad Gilal presentano un programma settimanale in Urdu/Hindi per la comunità sud asiatica di Sheffield, Inghilterra, che si occupa di informazioni sanitarie usando un linguaggio semplice da comprendere senza l'utilizzo di gergo medico per i membri della comunità che hanno conoscenza limitata dell'inglese.

Quasi il 10% della popolazione di Sheffield è di origine sud asiatica, in particolare con persone che provengono da Pakistan, India e Bangladesh o i cui antenati provengono da. L'urdu/hindi è la lingua nazionale del Pakistan ed è compreso da molti individui sud asiatica la cui madrelingua può essere punjabi, hindi, potohari, sindhi o balochi. Il profilo sanitario di questa comunità è peggiore rispetto al resto della popolazione dell'Inghilterra, con molte persone affette da diabete, patologie cardiache e ictus, e i livelli di health literacy (alfabetizzazione sanitaria) rappresentano un motivo di preoccupazione. Le comunità etniche i cui membri hanno una competenza linguistica limitata tendono ad avere bassi tassi di screening sanitario, ad esempio, nel pap-test e nei controlli sanitari di routine. Tendono ad avere diagnosi tardiva di patologie gravi, hanno scarso accesso ai servizi di salute mentale e scarsa gestione delle malattie croniche, come il diabete. La trasmissione *Health Show*

con Parveen Ali mira a fornire informazioni semplici e comprensibili sulle condizioni di salute, aumentare la consapevolezza sui problemi di salute pubblica e dissipare qualsiasi mito sulla salute garantendo che le informazioni siano fornite da infermieri abilitate e professionisti sanitari specializzati. Il programma, che è anche trasmesso in diretta su Facebook, è in corso da più di un anno e il feedback suggerisce che le persone trovano le informazioni utili e affidabili, si sentono più in grado di comprendere le loro condizioni di salute e possono accedere ai servizi sanitari più facilmente. La progettazione e la realizzazione di questo programma hanno contribuito a migliorare l'immagine degli infermieri agli occhi del pubblico e soprattutto della comunità sud asiatica, dove relativamente poche persone scelgono di accedere alla professione infermieristica. Il programma dimostra che gli infermieri possono usare le loro conoscenze e abilità in modo innovativo e contribuire tangibilmente alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e alla diffusione delle informazioni. In tal modo, hanno adempiuto ai loro doveri di professionisti sanitari, hanno dimostrato che gli infermieri sono i leader e hanno fornito una immagine positiva della professione

Le infermiere Parveen Ali e Nisar Ahmad Gilal presentano il loro programma radiofonico di informazione sanitaria la comunità sud-asiatica di Sheffield, Inghilterra



# Cambiare la narrazione dell'infermieristica

Dr Barbara Stilwell, Direttore esecutivo, Nursing Now Global Campaign

Nel corso dei decenni, gli infermieri hanno cercato di spiegare esattamente che cosa è l'assistenza infermieristica. Partendo da un approccio bio-psico-sociale, si costruisce sulla relazione con il cliente o il paziente, che valorizza l'individualità e si rafforza con la fiducia, l'onestà e la risoluzione condivisa dei problemi. In questa relazione, l'intelligenza emotiva gioca un ruolo chiave. Tuttavia, una recente revisione sistematica internazionale delle percezioni pubbliche sull'assistenza infermieristica ha riscontrato una incongruenza nel pubblico: si fidavano degli infermieri ma non li rispettavano necessariamente e non comprendono il loro lavoro.<sup>15</sup>

Il 2020 è un'opportunità per gli infermieri per meglio spiegare cosa fanno, perché lo fanno e come possono cambiare i risultati di salute?

Una prima teorica dell'infermieristica americana, Hildegard Peplau, sviluppò un modello infermieristico che rimane un riferimento implicito per qualsiasi pratica infermieristica. La sua idea apparentemente semplice era quella al centro di tutti gli interventi infermieristici risiede il rapporto tra infermiere e paziente. Peplau ha postulato che il rapporto tra infermiere e cliente potesse essere terapeutico, di per sé. Non sorprende l'applicazione e l'influenza del lavoro di nell'ambito dell'infermieristica della salute mentale.

Se il fondamento del lavoro infermieristico è la capacità degli infermieri di costruire relazioni efficaci con ciascun dei loro pazienti o clienti come individuo, tutto ciò che segue è progettato per

rispondere a ciò che il paziente rivela su ciò di cui ha bisogno, tenendo conto del contesto: famiglia, contesto, istruzione, condizione economica, problemi di salute attuali che il paziente o cliente presenta oggi e futuri obiettivi di salute. Costruire una relazione con il paziente consente all'infermiere di esplorare ogni dimensione della salute e di scoprire quale sia la più importante per il paziente e per la sua salute e decidere l'assistenza infermieristica da fornire.

La competenza specifica dell'assistenza infermieristica è identificare i problemi da affrontare durante ogni incontro ed esplorarli con il paziente attraverso la relazione terapeutica. Questo è il "valore aggiunto" che l'infermiera apporta alla procedura e che distingue la pratica infermieristica dalla pratica medica. Questa è l'essenza della cura centrata sulla persona e, se praticata bene, l'infermieristica diventa di per sé una terapia che include la gestione delle malattie, l'educazione al benessere e il supporto per la resilienza fisica, mentale ed emotiva.

Molte procedure tecniche possono essere eseguite con competenza da diversi membri del team sanitario e in effetti la condivisione di azioni è comune in molte aree cliniche. Ma non sono i compiti che danno ricchezza e terapia a ciò che fanno gli infermieri: è l'attenzione su tutta la persona e sulle molte dimensioni di quella persona.

L'arte dell'assistenza infermieristica è stabilire una relazione con il paziente che consenta di esplorare a fondo la sua situazione o il suo contesto per identificare le priorità e decidere un piano di azioni razionale.





## COSA È L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA?

La scienza infermieristica sta nella capacità clinica dell'infermiere di effettuare valutazioni fisiche, prescrivere ed eseguire trattamenti, riferirsi in modo appropriato agli altri membri del team e gestire i casi verso l'obiettivo salute. I seguenti sono solo alcuni esempi che dimostrano il valore degli esiti sanitari che possono essere raggiunti dagli infermieri:

1. I pazienti con carcinoma polmonare hanno una maggiore aspettativa di vita, evitano i ricoveri ospedalieri non necessari e affrontano meglio il trattamento se curati da infermieri specializzati.<sup>16</sup>

2. L'erogazione di servizi di assistenza primaria da parte di infermieri anziché medici probabilmente porta i pazienti a risultati di salute simili o migliori ad una maggiore soddisfazione dei pazienti.<sup>17</sup>

3. Nei paesi ad alto reddito, un numero adeguato di infermieri esperti che lavorano in aree di ricovero per acuti può ridurre il rischio di mortalità dei pazienti.<sup>18</sup>

4. L'assistenza infermieristica può essere più efficace dell'assistenza medica nel promuovere l'aderenza del paziente al trattamento, così come la soddisfazione del paziente.<sup>18</sup>

5. In Africa, il trasferimento di competenze agli infermieri ha consentito di estendere le cure ai più poveri, che vivono in contesti rurali con HIV/AIDS, ipertensione e diabete. Questo ha avuto un impatto positivo sul carico di lavoro dei medici e una migliore gestione delle malattie per una popolazione più ampia.<sup>19</sup>

6. Lo squilibrio tra il personale rispetto le esigenze dei pazienti è associata ad un aumento della mortalità dei pazienti.<sup>19</sup>

Come professionisti, gli infermieri devono operare e valorizzare i dati sanitari - ciò che viene raccolto, ciò che viene misurato e il modo in cui i risultati vengono utilizzati - per dimostrare il valore del loro lavoro e in particolare dell'assistenza olistica alla persona e agli esiti sulla salute. Gli infermieri devono conoscere il loro potenziale impatto sulla salute. Queste sono informazioni importanti anche per i pazienti: dovrebbero essere esigenti e aspettarsi cure infermieristiche appropriate come richiedono cure mediche appropriate.

Insieme dobbiamo trovare una soluzione strategica per coinvolgere il pubblico nella difesa degli infermieri per mostrare il valore e l'impatto che l'assistenza infermieristica ha sulla vita delle persone. Dobbiamo rafforzare il rapporto tra l'assistenza infermieristica, risultati sanitari e miglioramento nella raccolta dei dati. Gli infermieri dovrebbero sostenere con forza l'adozione di sistemi migliori per l'acquisizione di dati sul lavoro infermieristico che misurino correttamente gli input infermieristici. Come comunità infermieristica possiamo riflettere sull'adeguatezza dei modelli assistenziali esistenti per garantire le cure infermieristiche per il prossimo secolo.

Il 2020 è un'occasione per cambiare la narrazione dell'assistenza infermieristica.



*Studio del caso*

# Barbados – Responsabilizzare le persone con disturbi di salute mentale

Contributo: Barbados Nurses Association

---

Il Servizio infermieristico di salute mentale di comunità (CMHNS) mira a fornire livelli elevati di assistenza psichiatrica per soddisfare le esigenze bio-psico-sociali degli individui, di famiglie e gruppi, ridurre l'incidenza delle malattie e il numero di ricoveri. Il suo modello di promozione della salute e di approccio globale, olistico e basato sulle prove di efficacia ha lo scopo di consentire alle persone di farsi carico della propria salute e di prendere decisioni informate.

Il CMHNS è nato nel settembre del 1971 grazie al lavoro pionieristico di Monica Jordan, un'infermiera che ha istituito il servizio per affrontare i problemi di abbandono nel follow-up e l'alto tasso di riammissioni all'ospedale psichiatrico.

Il Servizio si è ampliato nei primi anni del 2000 e tutte le infermiere hanno frequentato un corso di formazione specializzata in salute mentale della comunità, che ha consentito loro di svolgere attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie. Oggi, il CMHNS si avvale di team multidisciplinari e fornisce anche cure ai bambini all'interno del policlinico, visite nelle carceri bisettimanali, accertamenti del tribunale su richiesta e servizi di

accesso al pubblico 24 ore su 24. Le attività di questo servizio hanno favorito una notevole riduzione delle riammissioni in ospedale e la maggior parte delle persone della comunità con disturbi di salute mentale cercano aiuto nel servizio della comunità, piuttosto che in ospedale, che è ancora visto come stigmatizzante.

Il CMHNS ha un team dedicato di infermieri specializzati che forniscono un livello di assistenza e un approccio che consente a questa popolazione di mantenere il benessere mentale in linea con l'Obiettivo 3 di Sviluppo Sostenibile affinché le persone abbiano una buona salute e benessere.

Le infermiere che lavorano per il servizio hanno enormi soddisfazioni quando riescono a consentire ai clienti con malattie mentali di rimanere nelle loro comunità, gestire i loro problemi di salute mentale e rimanere cittadini produttivi.

Poiché lo stigma associato al ricovero in un ospedale psichiatrico ancora persiste, responsabilizzare e consentire a questi cittadini di condurre una vita normale, senza dover essere ricoverati in ospedale, è un risultato importante del Servizio infermieristico di salute mentale di comunità (CMHNS).





## PARTE DUE VERSO UN MONDO IN SALUTE LE SFIDE DELL'INFERMIERISTICA

Dati i cambiamenti demografici ed economici che avvengono in tutto il mondo, la salute e l'assistenza sanitaria stanno diventando sempre più una questione centrale. Vi è una continua pressione sul finanziamento dell'assistenza sanitaria dato l'aumento delle esigenze sanitarie, i progressi tecnologici e scientifici e le aspettative dei consumatori. Queste forze combinate creano ostacoli che a volte sembrano insormontabili. Tuttavia, come emerge dalle prove, un'assistenza sanitaria efficace ed efficiente porta a risultati sanitari migliori, più prosperi e società coese. Fondamentalmente mentre la salute è considerata una risorsa nazionale ci sono diverse priorità di salute in diverse regioni. Queste vanno da strutture sanitarie inadeguate e

Mancato accesso alle cure, all'assistenza agli anziani, alle scarse condizioni di vita e di possibilità di scelta o alla mancanza di un'istruzione adeguata e di forza lavoro qualificata.

In questa sezione, esaminiamo alcune delle sfide che devono essere affrontate mentre assistiamo il mondo per la salute e i modi in cui i sistemi sanitari devono cambiare e adattarsi per affrontare queste sfide. Questi includono: garantire sistemi sanitari ad alte prestazioni, affrontare la disuguaglianza e i determinanti sociali della salute, fornire un'assistenza di qualità a costi contenuti per tutta la durata della vita e affrontare la carenza di professionisti della salute garantendo servizi sanitari di alto valore.

## Ferito nel cuore, nella mente e nel corpo

di **Kim Ryan**, *Adjunct Associate Professor Sydney University, Credentialed Mental Health Nurse*

A livello globale, si stima che circa un miliardo di persone soffra di ansia e un terzo di queste soffrirà di depressione. Sessanta milioni di persone soffrono di disturbo bipolare, 21 milioni hanno schizofrenia o altri disturbi psicotici e ogni 40 secondi una persona si suicida. Il Forum economico mondiale del 2019 ha previsto entro il 2030 che la principale causa globale di malattia sarà la depressione, con un costo stimato di 16 trilioni di dollari all'anno. Il costo attuale della perdita di produttività a causa di problemi di salute mentale è stimato a 2,5 trilioni di dollari.

Mentre queste cifre sono sconcertanti, sappiamo che la salute mentale e il disagio mentale sono sotto-segnalati, quindi dovremmo prevedere per il futuro un impatto molto maggiore a causa di problemi di salute mentale.<sup>20</sup>

Tuttavia, non sono solo i problemi di salute mentale che devono essere affrontati, ma anche la salute fisica delle persone con malattie mentali.

Le persone con gravi disturbi mentali hanno, in media, un'aspettativa di vita inferiore di 10-25 anni della popolazione in generale.<sup>21</sup>

La stragrande maggioranza di questi decessi è dovuta a condizioni patologiche mediche croniche come le malattie cardiovascolari, respiratorie e infettive, il diabete e l'ipertensione. Le persone con gravi malattie mentali tendono a fumare di più, fare meno esercizio fisico, avere una cattiva alimentazione e sono influenzate dagli effetti collaterali dei farmaci. A seguito di un infarto miocardico, coloro che vivono con una malattia mentale hanno circa 60 volte più probabilità di suicidarsi rispetto alle persone che non hanno una malattia mentale.<sup>22</sup> Anche per le persone senza storia di malattia mentale, il rischio di suicidio è triplicato nel mese successivo a un infarto e il rischio rimane elevato per almeno cinque anni. Vivere con una condizione cronica come diabete, endometriosi, condizioni respiratorie o neurologiche può anche aumentare il rischio di depressione e ansia. Duecento milioni di donne soffrono di endometriosi e gli alti tassi di depressione e ansia possono amplificare il dolore pelvico.<sup>23</sup>

Aiutare le persone a raggiungere la piena salute e vivere la vita in pieno dobbiamo consentire loro di chiedere aiuto, ricevere aiuto e sostenere la loro salute e benessere. L'OMS continua a ricordarci che non esiste salute senza salute mentale, ma per raggiungere veramente questo obiettivo dobbiamo affrontare lo stigma e la discriminazione.

Lo stigma e la discriminazione sono evidenti in tutti i paesi in relazione alla salute mentale a vari livelli. La Nuova Zelanda ha annunciato nel 2019 il suo primo budget per la salute mentale e il benessere: un passo importante e investimenti significativi che portano la malattia mentale fuori dall'ombra. Ma purtroppo sappiamo che ci sono paesi in cui le persone sono ancora incatenate a letti, legati a blocchi di cemento o in gabbie per animali. Come infermieri abbiamo il ruolo e la responsabilità di abbattere queste barriere e sostenere il progresso dell'assistenza sanitaria mentale a tutte le persone.

Come infermieri, lavoriamo in tutti i contesti di assistenza clinica e nei servizi, con persone di ogni estrazione culturale, per tutta la durata della vita e affrontando lo spettro delle esigenze sanitarie. Gli infermieri e le ostetriche rappresentano quasi il 50% della forza lavoro sanitaria, con oltre 20 milioni di infermieri a livello globale, una forza potente per il cambiamento. Il numero di infermieri psichiatrici e di salute mentale supera di gran lunga quello degli psichiatri. Sembra abbondantemente chiaro che il modo affrontare le esigenze di salute mentale delle nostre comunità globali è attraverso l'assistenza infermieristica.<sup>24</sup>

Tutti gli infermieri devono essere più consapevoli e in grado di soddisfare le esigenze di salute mentale delle persone con cui lavorano. La persona che soffre di endometriosi è probabile che veda un'infermiera che si occupa di pazienti ginecologiche, ma è improbabile che veda un'infermiera di salute mentale

fino a quando non sperimenta un problema di salute mentale; la persona che ha un infarto miocardico probabilmente incontrerà un'infermiera di medicina o di area cardiologica e queste infermiere devono essere in grado di spiegare l'incidenza dei problemi di salute mentale e sostenere la persona durante il percorso. Allo stesso tempo, è fondamentale continuare a costruire e supportare il personale di salute mentale/infermieristica psichiatrica che ha le capacità, le conoscenze e l'esperienza necessarie per rispondere alle crescenti esigenze di salute mentale della comunità globale. Le infermiere di salute mentale sono ben posizionate per supportare tutti gli infermieri e le ostetriche per riconoscere meglio i problemi di salute mentale e fornire assistenza per favorire la salute mentale. L'educazione alla salute mentale in tutti i programmi di formazione infermieristica e ostetrica deve essere rafforzata per garantire che infermieri/e e ostetriche siano qualificati e sicuri nell'affrontare i problemi di salute mentale e sappiano quando riferirsi a un'infermiera di salute mentale.

Concentrarsi sulla medicalizzazione della salute mentale sposta l'attenzione necessaria e gli investimenti richiesti dai determinanti sociali della salute. Senza una buona salute mentale non si possono raggiungere obiettivi di salute. Le circostanze in cui viviamo, lavoriamo e giochiamo influiscono sulla nostra salute e salute mentale, non possiamo sperare di raggiungere il benessere ottimale se non abbiamo accesso all'istruzione, all'alloggio, al lavoro, a cibo e acqua sicuri e se non abbiamo il senso di sicurezza.

Per guidare il cambiamento, dobbiamo rispondere ai bisogni di salute mentale della comunità globale. Gli infermieri di salute mentale devono avere un posto nei processi decisionali ed essere abilitate a contribuire con le loro conoscenze, abilità e intuizioni al miglioramento della salute mentale e del benessere di tutti.





## Studio del caso

# Australia - Guidare l'assistenza primaria per le persone con malattia mentale

Contributo: Associate Professor Karen Heslop, Australia

Cockburn Wellbeing è un servizio di assistenza primaria gratuito gestito da Infermieri con competenze avanzate (*Nurse Practitioner* [Np]) per le persone che soffrono di malattia mentale e che non accedono regolarmente all'assistenza sanitaria. Il servizio mira a ridurre le disparità di salute fisica in questo gruppo di clienti rispetto alla popolazione generale.

Si stima che il 40% delle persone che hanno una malattia mentale abbia anche una malattia fisica cronica, come obesità, malattie cardiache, ipertensione, malattie respiratorie, sindrome metabolica, diabete e cancro. Fattori come stili di vita, una dieta povera, il fumo, l'abuso di alcol e sostanze e l'inattività contribuiscono tutti a scarsi risultati sulla salute e le persone in questo gruppo hanno maggiori probabilità di morire in giovane età, rispetto alla popolazione generale.

Utilizzando un modello integrato di assistenza, i NP forniscono una gamma completa di servizi, tra cui screening, individuazione e gestione di malattie croniche comuni, individuazione e gestione di abuso di alcol e altre droghe, assistenza sanitaria sessuale, educazione su stili di vita e alfabetizzazione sanitaria, gestione dei farmaci, consulenza e supporto psico-sociale.

I *Nurses Practitioner* sono particolarmente importanti nel contesto delle cure primarie poiché le persone con malattie mentali non sempre hanno la capacità di muoversi efficacemente nel sistema sanitario. Offrono un'assistenza efficace, olistica e complementare ai servizi forniti dai medici di medicina generale (GPs) e le revisioni sistematiche sulla loro efficacia riportano costantemente un'elevata soddisfazione del consumatore nei confronti dell'assistenza che forniscono.

I *Nurses Practitioner* del Cockburn Wellbeing forniscono servizi all'interno della regione della città di Cockburn nell'Australia occidentale dove il 9,4% della popolazione soffre di un disturbo psicologico da alto a molto alto.

Il servizio Cockburn Wellbeing fornisce servizi di assistenza primaria a basso costo, integrati, efficaci e coinvolgenti per persone che storicamente non accedono all'assistenza sanitaria dopo la dimissione da servizi di salute mentale specializzati. Cockburn Wellbeing è un servizio importante poiché le disuguaglianze

di salute sono in aumento in questo gruppo di clienti, nonostante il fatto che la consapevolezza della comunità sui problemi sia elevata. Quando le persone vengono dimesse dall'ospedale, spesso non accedono all'assistenza sanitaria fino a quando non sono estremamente malati e si rivolgono, inevitabilmente, ai servizi di emergenza. Cockburn Wellbeing mira a mantenere in salute questi clienti nella loro comunità attraverso l'impegno costante, utilizzando un modello integrato di assistenza.

### Storia di un paziente

*Quando il cliente X, schizofrenico, è stato chiamato Cockburn Wellbeing dopo le dimissioni dall'ospedale, era socialmente isolato, in sovrappeso, forte fumatore ed disoccupato da diversi anni. Dopo la valutazione, uno dei principali obiettivi assistenziali dei Nurse Practitioner era la gestione degli stili di vita e il supporto per integrarsi maggiormente nella sua comunità. In particolare, effettuando regolari procedure di monitoraggio e screening in relazione ai rischi per la salute fisica e legati ai farmaci. È stata fornita un'educazione sanitaria sulla sua malattia mentale e sulla necessità di cambiare stili di vita. Dopo 12 mesi di percorso, il cliente X aveva smesso di fumare, il suo indice di massa corporea si era ridotto e aveva ottenuto un lavoro part-time permanente. Rimane impegnato con i Nurse Practitioner presso Cockburn Wellbeing e raccomanda il servizio ad altre perso*



# Sistemi sanitari capaci di rispondere ai bisogni degli individui e delle comunità

*David Stewart, Consultant, International Council of Nurses*

A volte i numeri non trasmettono il vero orrore delle notizie presentate. Nel 2018, Lancet<sup>25</sup> pubblicò uno studio che dimostrava che ci sono stati 8,6 milioni di morti in eccesso legate all'assistenza sanitaria nei paesi a basso / medio reddito (LMIC). Cinque milioni di questi erano il risultato di cure di scarsa qualità e 3,6 milioni erano dovuti al mancato accesso all'assistenza sanitaria. Si stima che questa perdita di vite sia costata \$ 6 trilioni alle economie locali. Questo problema non è isolato ai paesi a basso/medio reddito, negli Stati Uniti, ad esempio, gli errori medici sono la terza causa di morte dopo le malattie cardiache e cancro.<sup>26</sup>

Un sistema sanitario ha lo scopo di ripristinare la salute e alleviare la sofferenza. Cosa possiamo fare quando la colpa è del sistema? La causa può essere legata a personale poco qualificato, a errori di giudizio o di cura o a difetti nei sistemi come il malfunzionamento del computer, errori terapeutici, errori chirurgici o condizioni non diagnosticate. Tuttavia, quando il sistema funziona bene, il mondo non ha mai avuto un potenziale così sofisticato di interventi e tecnologie per curare le malattie e prolungare la vita. Gran parte della sofferenza nel mondo causata dalla malattia è inutile, in quanto vi sono interventi efficaci e convenienti per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione. Quindi, andando avanti, come possiamo realizzare sistemi sanitari che rispondano alle esigenze di individui e comunità?

I sistemi sanitari sono altamente contestualizzati. Tuttavia, ci sono somiglianze globali nelle azioni che possono essere fatte per supportare il rafforzamento dei sistemi sanitari. Un sistema sanitario ad alte prestazioni è uno che ha cambiato la filosofia dal curare i malati a supportare il benessere, la prevenzione e l'intervento precoce. Questo sistema è collegato ad altri settori come la formazione, l'occupazione, l'informazione e tecnologia, la disponibilità di alloggi e trasporti per affrontare i determinanti sociali della salute. Ha una comprensione olistica delle esigenze delle persone e lavora con loro, che sono informate e abilitati.

Un sistema organizzato come questo è importante per migliorare la salute e ridurre le disparità dipendenti da svantaggi sociali ed economici. Soprattutto, è accessibile e sicuro, in modo che milioni di persone

non muoiano più inutilmente a causa della scarsa assistenza e dell'indisponibilità dei servizi sanitari. Le opportunità di plasmare questo futuro sono promettenti e possibili. Ma ci vuole partecipazione e collaborazione tra i responsabili politici, i professionisti della salute e, in definitiva, i consumatori. Garantire cure di alta qualità richiede un'attenzione particolare alle risorse umane per la salute come l'assistenza infermieristica che è il più grande fornitore di servizi sanitari di prima linea al mondo.

## Caratteristiche di un sistema sanitario ad alte prestazioni

- Tutte le persone, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalle convinzioni religiose o da qualsiasi altro fattore, hanno accesso a cure di qualità, sicure e convenienti;
- Una leadership e una governance forti supervisionano, e garantiscono una risposta del sistema e responsabilità;
- La prevenzione, la promozione e i trattamenti adeguati sono erogati al momento opportuno, nel luogo appropriato, per il paziente e il consumatore appropriati;
- I medici utilizzano la tecnologia per diagnosticare e curare più accuratamente le malattie e fornire assistenza;
- Tutte le parti interessate nell'erogazione dell'assistenza in tutto l'ecosistema comunicano e utilizzano le informazioni in modo efficace ed efficiente tenendo presente l'interesse dei consumatori;
- È presente personale sanitario di alto livello, dotata di risorse e competenze (vale a dire personale sufficiente, equamente distribuito, competente, reattivo e produttivo);
- I pazienti sono informati e coinvolti attivamente nel loro piano di trattamento;
- Nuovi e convenienti modelli di assistenza sanitaria sono sviluppati per raggiungere luoghi e a persone che non ne hanno
- I servizi sanitari vengono erogati in modo sicuro, efficace ed efficiente, con un minimo spreco di risorse.<sup>27</sup>



## Comunità divise, mondo non equo

*Dr Susan B. Hassmiller, Senior adviser for nursing, Robert Wood Johnson Foundation*

Troppe persone nel nostro mondo sperimentano disuguaglianze di salute, squilibri di potere e ingiustizie dal loro primo respiro fino all'ultimo. Esiste un grande abisso tra i ricchi, i poveri, i sani e i malsani, le persone formate e quelle che non lo sono. Secondo la Banca mondiale, nel 2015 oltre 700 milioni di persone, ovvero il 10% della popolazione mondiale, vivevano con meno di 1,90 USD al giorno.<sup>28</sup> Queste persone fanno fatica a soddisfare i bisogni più elementari, come l'assistenza sanitaria, l'istruzione, l'acqua potabile e i servizi igienico-sanitari. Anche all'interno delle nazioni più ricche, i poveri affrontano ostacoli significativi: mancanza di accesso a buoni lavori con retribuzione equa, istruzione e alloggi di qualità, ambienti sicuri, cibo sano, acqua pulita e assistenza sanitaria.

Per ridurre queste differenze, i 191 Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati nel 2015 a raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) entro il 2030. Gli obiettivi affrontano la povertà, la fame, la disuguaglianza, i cambiamenti climatici, la prosperità, la pace e la giustizia sia tra le nazioni che all'interno delle nazioni. Immaginano un mondo molto migliore di quello in cui viviamo oggi, un mondo in cui tutti hanno accesso all'assistenza sanitaria, al cibo e a opportunità per prosperare. Sebbene solo uno degli SDG riguardi specificamente la salute, il progresso degli SDG migliorerà drasticamente la salute del mondo. Questo perché i determinanti sociali della salute - i complessi fattori sociali e ambientali come il luogo in cui nasciamo e viviamo, la forza delle nostre famiglie e comunità e la qualità della nostra istruzione - modellano la nostra salute durante la nostra vita. L'iniquità dei determinanti sociali della salute è in gran parte responsabile delle disuguaglianze sanitarie, delle differenze ingiuste ed evitabili nello stato di salute osservate all'interno e tra i paesi.<sup>29</sup>

Gli infermieri sono ben attrezzati per svolgere un ruolo nel raggiungimento degli SDG. La professione infermieristica è radicata nell'attenzione fondamentale verso i bisogni sociali, emotivi e fisici delle persone svantaggiate.<sup>30</sup> Gli infermieri sono addestrati a comprendere i fattori che modellano la vita di una persona: se quella persona vive in povertà, non ha accesso a un alloggio sicuro o lotta contro una dipendenza, per esempio, questo influenza la salute di quella persona. Gli infermieri sanno come adattare le cure alle circostanze e al contesto per offrire alle persone la migliore opportunità possibile per la salute.<sup>31</sup> Abbiamo bisogno dell'esperienza degli infermieri nell'affrontare i determinanti sociali della salute e per affrontare le crisi sanitarie più devastanti del nostro mondo, che sono spesso intrecciate a fattori come la discriminazione, la perdita della casa e la violenza.

Ad esempio, si consideri il cambiamento climatico (SDG n. 13), che riguarda tutti i paesi della terra, ma influirà in modo sproporzionato sui più poveri tra di noi. Se non si intraprendono azioni drastiche, un rapporto delle Nazioni Unite avverte che la carenza di cibo aumenterà rapidamente a causa del degrado del suolo, che rende la terra meno disponibile per l'agricoltura. Secondo alcuni degli autori del rapporto, le carenze alimentari hanno maggiori probabilità di colpire le regioni più povere rispetto a quelle più ricche, causando un aumento delle migrazioni verso il Nord America e l'Europa.<sup>32</sup> L'OMS stima inoltre che tra il 2020 e il 2050, i cambiamenti climatici dovrebbero causare circa 250.000 decessi aggiuntivi all'anno a causa di malnutrizione, malaria, diarrea e colpi di calore.<sup>33</sup>

Gli infermieri, come la più grande componente di professionisti sanitari nel mondo, possono collaborare e guidare gli sforzi per aiutare i sistemi sanitari a diventare più sostenibili, nonché fare scelte più sostenibili nelle loro famiglie e collaborare a livello locale, nazionale e internazionale per ridurre l'impatto dei cambiamenti climatici.<sup>34</sup> Possono aumentare la consapevolezza delle implicazioni per la salute dei cambiamenti climatici e sostenere i cambiamenti politici. All'aumentare dell'intensità dei disastri causati dai cambiamenti climatici, le collaborazioni e le partnership esistenti nel settore infermieristico con le organizzazioni umanitarie diventerà sempre più importante per la riduzione, la risposta e il recupero del rischio di catastrofi.<sup>35</sup>

Gli infermieri devono servire come partner e leader nell'affrontare i determinanti sociali della salute. Ecco perché la *National Academy of Medicine* degli Stati Uniti e la *Robert Wood Johnson Foundation* stanno collaborando a un secondo rapporto sul futuro dell'assistenza infermieristica, che sarà pubblicato alla fine del 2020. Questo rapporto guiderà gli infermieri e le istituzioni a lavorare insieme per comprendere meglio i determinanti sociali della salute, i bisogni insoddisfatti degli individui e delle comunità e il ruolo degli infermieri nell'affrontarli. Il rapporto dovrà essere utilizzato da infermieri, responsabili politici, altri professionisti della salute e funzionari eletti in tutto il mondo, come modello per spiegare come la professione infermieristica può affrontare i determinanti sociali della salute per creare un mondo più giusto ed equo. (maggiori informazioni possono essere reperite al link

<https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>.)

## Studio del Caso

# Canada – Supportare i sopravvissuti al traffico di esseri umani

Contributo: Asmaa Mabrouk, Canada

---

La tratta e lo sfruttamento di esseri umani riguardano una vasta gamma di persone, dalle ragazze benestanti che vivono in case di periferia, agli uomini adulti che vivono nelle strade. Qualsiasi situazione che comporta l'occultamento, dare alloggio o trasportare persone in una situazione di sfruttamento, attraverso l'uso di inganno, coercizione o violenza, è considerata tratta di esseri umani. Lo sfruttamento è una situazione in cui la vulnerabilità di una persona viene utilizzata contro di lei per forzare rapporti sessuali.

Per coloro che subiscono la tratta di esseri umani, i servizi sanitari tradizionali possono essere stressanti e inappropriati, perché sono luoghi affollati, con lunghi tempi di attesa e possono creare difficoltà nel muoversi all'interno del sistema. Per contrastare queste difficoltà, l'infermiera di assistenza sanitaria primaria Tara Leach ha creato la clinica Health Care, Education, Advocacy, Linkage for Trauma Informed Healing (H.E.A.L.T.H), una clinica su misura per i sopravvissuti alla tratta di esseri umani. Pratica cure olistiche che riconoscono come il trauma, la violenza sessuale, lo sfruttamento e i traumi infantili, possano influenzare la vita di una persona. Come infermiera, i suoi appuntamenti non hanno tempi limitati e i pazienti non sono tenuti a fornire un documento di identità o l'assicurazione.

La filosofia della clinica è quella di fornire assistenza senza giudizio e orientata al trauma, all'interno di una struttura centrata sul paziente. La clientela della clinica si sta espandendo in quanto molte persone non si identificano come "vittime della tratta", nonostante le loro storie di coercizione, sfruttamento e violenza sessuale.

La clinica ha avuto un impatto positivo sulla vita dei nostri clienti. Molti di loro non per migliorare l'assistenza ai pazienti che hanno esigenze più complesse.

La maggiore garanzia della clinica è quella di fornire un'assistenza compassionevole, non giudicante, orientata al trauma. Non penalizza erano mai stati seguiti da un operatore sanitario e ora sono finalmente in grado di aderire ai farmaci, affrontare i problemi di salute in corso e saperne di più sulle loro diagnosi di salute mentale. La clinica ha inoltre indirizzato molti clienti a programmi contro l'abuso di sostanze per aiutarli a gestire le loro dipendenze in modo che possano reintegrarsi nella società in modo sicuro e produttivo. Oltre ai servizi di salute sessuale, gran parte del nostro lavoro è dedicato al trattamento, alla gestione e alla diagnosi di problemi di salute mentale.

Vengono molti pazienti a noi con condizioni non diagnosticate, tra cui disturbo post traumatico da stress, ansia, depressione e disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Hanno bisogno di aiuto per trovare giusti farmaci e meccanismi di coping.

Molti hanno una lunga storia di abusi e abbandono, il che significa che richiedono molta cura e supporto. La clinica ora sta reclutando uno psicologo le persone per appuntamenti mancati, non obbliga i clienti a ricevere cure e cerca di aiutarli alle loro condizioni. La migliore cura parte da un luogo di compassione, comprensione del trauma e gentilezza, indipendentemente dal passato del paziente.



# Speranza nel fine vita: Il ruolo essenziale degli infermieri

**Professor Patsy Yates, President, International Society of Nurses in Cancer Care, Distinguished Professor, Queensland University of Technology**

La morte è un'esperienza umana universale, ma il modo in cui sperimentiamo la morte è modellato da una serie di influenze personali e socioculturali, nonché dalla disponibilità di supporto sociale e comunitario e dall'accesso a sistemi sanitari di qualità di cui i servizi infermieristici sono una componente essenziale.

Gli infermieri hanno sempre avuto un ruolo importante nel modo in cui le persone vivono la morte, portando conforto, speranza e dignità, anche a coloro che sono emarginati. Il ruolo degli infermieri nell'assistenza alla fine della vita e il lavoro quotidiano degli infermieri per promuovere il comfort e la dignità e sostenere l'accesso universale alle cure palliative, portano speranza alle persone che stanno morendo.

## Le cure palliative come diritti umani

Nei suoi primi scritti, Cicely Saunders, riconosciuta come fondatrice del moderno movimento hospice, descriveva la relazione tra sofferenza fisica e mentale "con ogni forma di sofferenza capace di colpire l'altra".<sup>36</sup> L'idea del dolore di Saunders totale includeva sintomi fisici, disagio mentale, problemi sociali e difficoltà emotive. La cura delle persone che muoiono quindi deve essere basata sull'intera persona. Oggi, l'OMS riconosce che l'accesso alle cure palliative è un diritto umano e dovrebbe essere fornito attraverso servizi sanitari centrati sulla persona e integrati, che prestano particolare attenzione alle esigenze e alle preferenze specifiche delle persone.<sup>37</sup> Nonostante un accordo quasi universale sull'importanza delle cure palliative, sfide significative permangono per offrire tali servizi, molti dei quali sono stati evidenziati dall'OMS nella sua dichiarazione intitolata Aspetti chiave sulle cure palliative.<sup>38</sup> Gli infermieri svolgono un ruolo vitale nel superare tutte le sfide incluse in questo elenco.

Le cure palliative migliorano la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problemi associati a malattie potenzialmente letali, sia fisiche che psicosociali o spirituali.

Ogni anno, circa 40 milioni di persone hanno bisogno di cure palliative, il 78% vive in paesi a basso e medio reddito.

- In tutto il mondo, solo il 14% circa delle persone che necessitano di cure palliative attualmente le ricevono.

- Regolamentazioni troppo restrittive per la morfina e altri farmaci considerati essenziali per la palliazione negano l'accesso a un adeguato trattamento del dolore e alle cure palliative.
- La mancanza di formazione e consapevolezza delle cure palliative tra gli operatori sanitari costituisce un grave ostacolo al miglioramento dell'accesso.
- un adeguato trattamento del dolore e alle cure palliative.
- La mancanza di formazione e consapevolezza delle cure palliative tra gli operatori sanitari costituisce un grave ostacolo al miglioramento dell'accesso.
- La necessità globale di cure palliative continuerà a crescere a causa del crescente carico di malattie non trasmissibili (NCD) e dell'invecchiamento della popolazione.
- Le cure palliative precoci riducono i ricoveri ospedalieri non necessari e l'uso dei servizi sanitari.

## Il ruolo degli infermieri nell'assicurare l'accesso alle cure palliative come diritto umano

Quali professionisti sanitari più l'assistenza sanitaria globale, gli infermieri sono in una posizione strategica per influenzare la qualità dell'erogazione di cure palliative nella traiettoria della malattia.<sup>39</sup>

Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nella cura dei morenti proprio per l'essenza stessa dell'assistenza infermieristica, la sua attenzione olistica e l'enfasi al rispetto della dignità della persona, che forniscono un enorme potenziale per affrontare, comprendere e fornire ciò che è importante per le persone nel fine della vita.

Una revisione sistematica del 2016 dei servizi sanitari di cure palliative ha evidenziato il ruolo degli infermieri rispetto a qualsiasi altra disciplina.<sup>40</sup> Lavorando nella comunità e come parte di un team interdisciplinare, gli infermieri forniscono assistenza di qualità nel fine vita per le comunità e sistemi sanitari, offrendo speranza alle persone di vivere bene il più a lungo possibile, speranza di accesso universale alle cure palliative e speranza di realizzare un sistema di cure prospero, completo e integrato, completo e integrato.

## IND 2020 PARTE DUE

La Speranza ha un significato diverso per persone che vivono condizioni che limitano la vita in modo diverso. Per alcuni, la speranza è legata al desiderio di prolungare la vita o di una cura medica, ma ciò potrebbe non essere clinicamente possibile. Per altri, la speranza significa avere relazioni personali positive, una buona qualità della vita e la capacità di stabilire e raggiungere obiettivi. La speranza può anche risiedere nelle proprie convinzioni spirituali o religiose. Gli interventi infermieristici finalizzati al raggiungimento di questi obiettivi di sostegno alla speranza possono svolgere un ruolo fondamentale nel consentire alle persone di vivere bene il più a lungo possibile. Speranza, se concettualizzata in questo modo, pone maggiormente l'accento sull'impegno attivo della persona nella vita e si concentra sull'identificazione di ciò che è buono e positivo per l'individuo.<sup>41</sup> Questa visione della speranza, olistica e centrata sulla persona, focalizzata al vivere bene il più a lungo possibile, anche in condizioni che limitano la vita, si allinea bene con la filosofia e la pratica infermieristica.

### Speranza per l'accesso a cure palliative di qualità

Il sociologo Alan Kellehear afferma che "non sono il cancro, le malattie cardiache o la scienza medica che trasformano la morte moderna nella più grande prova morale, ma piuttosto la povertà, l'invecchiamento e l'esclusione sociale".<sup>42</sup> L'infermieristica ha un grande potenziale per affrontare le sfide associate allo svantaggio sociale, attraverso la compassione e la capacità di raggiungere le comunità bisognose. Tuttavia, un recente studio multinazionale ha messo in evidenza che esistono ostacoli significativi alla fornitura di assistenza domiciliare nel fine vita in tutti i paesi.<sup>43</sup> Tali ostacoli includono carenza di personale, mancanza di finanziamenti e di politiche, scarso accesso alle cure domiciliari nel fine vita

o all'hospice, ridotta consapevolezza, da parte della comunità, dei servizi forniti. Questi problemi devono essere affrontati man mano che sviluppiamo capacità nei servizi infermieristici di fornire cure palliative. I servizi infermieristici continueranno a essere la chiave della nostra speranza di ottenere un accesso universale alle cure palliative di qualità, indipendentemente dalle circostanze sociali

### Speranza in un sistema di cura prospero, completo e integrato

Uno dei paradossi dell'assistenza alle persone che si avvicinano alla fine della vita, anche nei paesi in cui le risorse e prove di efficacia delle cure palliative esistono, è che tali servizi rimangono sottoutilizzati. Alcuni ricercatori<sup>44</sup> sostengono che, in particolare nei paesi con risorse adeguate, il dominio dei processi biomedici espone le cure palliative a rischio di ipermedicalizzazione, perdendo così la sua base olistica essenziale. Gli infermieri hanno un importante ruolo nel prevenire tali tendenze e nel garantire che i progressi della scienza, alla base degli interventi palliativi, continuino a basarsi sui bisogni e sui desideri della persona, della sua famiglia e della comunità. Gli infermieri possono garantire che la voce individuale e della comunità sia ascoltata nel processo di cura e possono sostenere risorse sufficienti per garantire che gli aspetti umani delle cure non vengano trascurati. Contribuendo a questa prospettiva olistica di assistenza al fine della vita in tutte le comunità e contesti, gli infermieri forniscono la speranza che un sistema completo e integrato di assistenza continui a prosperare mentre la nostra conoscenza delle cure palliative avanza e mentre affrontiamo l'inevitabile crescente domanda di servizi di cure palliative in tutto il mondo.



Kasteloè la prima unità di cure palliative pediatriche nella penisola iberica. Un team di infermieri e pediatri fornisce assistenza a un massimo di 30 bambini con malattie croniche



## Studio del caso

# Taiwan – Prendersi cura dei genitori in lutto

Contributo: Yuling Wang, Taiwan

La morte è sempre stata un argomento difficile da discutere nelle culture dell'Asia orientale, ma è ancora più difficile per coloro che hanno perso un bambino in gravidanza superare il loro dolore interiore e tornare alla vita normale.

A Taiwan, l'anomalia congenita fetale è la principale causa di decessi in ambito neonatale da decenni. Il dolore per la perdita in gravidanza è chiaramente definito e ne derivano esperienze di vita traumatiche per le donne e la loro famiglia. Le credenze culturali tradizionali sulla morte di Taiwan possono impedire il processo di lutto dei genitori e portare a dolore senza diritti, quindi è essenziale offrire supporto professionale a queste famiglie.

Nel 2018, l'ospedale pediatrico della National Taiwan University ha avviato il progetto di servizio medico per bambini basato sul valore fondamentale dell'assistenza olistica. È dedicato alla costruzione di un ambiente complessivamente sano per bambini dal feto all'età adulta.

Guidata dal coordinatore infermieristico Pi-Lan Chang nel reparto di ostetricia del National Taiwan University Hospital e supervisionato dal professor Shao-Yu Tsai della National Taiwan University, l'infermiera di ricerca Yuling Wang ha condotto una ricerca osservazionale indagando i bisogni, le strategie e risorse delle famiglie che hanno subito perdite durante la gravidanza. Nel centro veniva fornito supporto per il lutto dall'ospedalizzazione fino a due mesi dopo la dimissione.

Per ogni famiglia considerata nella sua unicità, è stata costruita una collaborazione infermiere-famiglia per favorire un rapporto positivo e di fiducia. L'infermiera di ricerca forniva cure compassionevoli e focalizzate sul supporto emotivo. Siamo partiti dall'indagare la prima reazione alla morte neonatale dei genitori. I genitori che erano preoccupati per il tabù della morte e avevano paura di esprimere i loro sentimenti dopo una morte al parto, sono stati guidati a esprimere le loro emozioni attraverso la comunicazione terapeutica. Attraverso la collaborazione con il clero e i membri della famiglia è stato fornito supporto spirituale per alleviare il dolore più nascosto.

Abbiamo scoperto che le famiglie sono state in grado di trovare la loro forza interiore, la resilienza e di trovare un significato alla nascita di un bimbo morto. Un genitore ha condiviso: "Era un dono di Dio. Il nostro bambino è venuto diversi motivi e ci ha lasciato una mente rafforzata e un amore solido".

L'incertezza, la mancanza di informazioni pre-induzione e il giudizio da parte della società sono i principali fattori di stress per queste famiglie e i genitori hanno espresso il desiderio di supporto professionale: "Abbiamo bisogno di uno specialista come te, che possa offrire consulenza non giudicante ed essere una guida durante questo doloroso viaggio. "

Attraverso questa ricerca pilota, il nostro team ha prima esaminato le esigenze dei genitori, quindi ha contribuito a scoprire il loro profondo dolore, cercando contemporaneamente un modo per affrontarlo. È importante che gli operatori sanitari forniscano un supporto per il lutto culturalmente sensibile. Con il concetto di cure olistiche, il nostro team ha ricostruito con successo il legame tra famiglie e i loro bambini nati morti. Colmando, di conseguenza, il divario tra vita e morte.



# Stiamo facendo le cose giuste per rispondere ai bisogni di salute delle persone che assistiamo?

Michael J. Villeneuve, Chief Executive Officer, Canadian Nurses Association & Claire Betker, President, Canadian Nurses Association

***“Il percorso di ogni paese verso la copertura universale della salute è unico, la chiave sono le cure primarie che forniscono i servizi di cui le persone hanno bisogno, anziché i servizi che qualcun altro ha deciso che devno avere.”***

**Dr. Tedros Ghebreyesus**  
Director-General, WHO<sup>45</sup>

Dalla promozione della salute e del benessere, all'assistenza nel fine vita, l'assistenza sanitaria viene erogata in una miriade di ambienti in tutto il mondo. Il modo in cui decidiamo quali servizi siano necessari e quale sia il modo migliore per erogarli, non è sempre chiaro o coerente. Le decisioni possono dipendere da ideologie, dall'economia, dalla politica o da qualsiasi forza che potrebbe avere poco fare con prove di efficacia. Dato che i leader di tutto il mondo devono far fronte alle richieste di fornire servizi sanitari sempre più efficienti, più rapidamente e in modo più economico, è importante chiedersi se stiamo fornendo i giusti tipi di servizi, nei posti giusti e nei modi giusti. Sono appropriati? Accessibile? Sicuri? Clinicamente efficace? Sono soddisfatto le persone che utilizzano i servizi e coloro che li forniscono? I sistemi sanitari hanno iniziato a considerare questo aspetto sotto forma di "assistenza sanitaria basata su valori": fornire risultati che contano per pazienti, individui e comunità, considerando i costi per conseguirli. Per raggiungere questo obiettivo, dobbiamo valutare i cinque "giusto": stiamo fornendo le giuste cure, dal giusto operatore, al momento giusto, nel posto giusto e al costo giusto?

## **L'aumento dell'assistenza per acuti e dei costi**

L'equilibrio tra spesa sociale e sanitaria contribuisce maggiormente ai risultati sanitari rispetto all'importo speso solo per l'assistenza sanitaria.<sup>46</sup> Tuttavia, gli ospedali sono molto più visibili, orientati all'azione ed eccitanti per la maggior parte della popolazione rispetto a programmi di sanità pubblica efficaci. Mentre gli ospedali possono apportare improvvisi e drammatici miglioramenti nella salute individuale, il loro impatto sulla salute della popolazione in generale è meno certo; ma la convinzione che il trattamento e il miglioramento della salute siano collegati ha portato a ciò che alcuni hanno chiamato la seduzione degli acuti, vale a dire ottenere una salute migliore significa più assistenza nelle situazioni acute, più medici, farmaci ed edifici.

Un esempio convincente di questo fenomeno sono i sistemi sanitari nordamericani del Canada e degli Stati Uniti. I decisori in questi due paesi non sono stati in grado di rompere il modello di incanalare i finanziamenti per le cure per acuti, nonostante un convincente corpus di prove che dimostrano che la salute di una popolazione può essere attribuita principalmente a fattori che non hanno nulla a che fare con l'assistenza sanitaria formale. Gli Stati Uniti spendono di più per l'assistenza sanitaria rispetto a qualsiasi altra nazione: \$ 10.739 a persona nel 2017, o il 17,9% del prodotto interno lordo (PIL).<sup>47</sup> Il Canada ha speso circa \$ 6.839 a persona nel 2018 per il suo programma di Copertura sanitaria universale - 11,3% del PIL.<sup>48</sup>

Questi livelli di spesa potrebbero essere tollerabili se le altre quattro dei "cinque giusto" fossero mantenute, ma la prova che ciò sia così è scarso.

Le preoccupazioni relative all'aumento dei costi dei nostri attuali sistemi sanitari e dei loro discutibili risultati in termini di sicurezza hanno attirato l'attenzione e hanno costretto a domandarci se stiamo facendo le cose giuste per mantenere la promessa di una migliore salute della popolazione. Rapporti successivi del Commonwealth Fund hanno messo in discussione l'efficacia, l'equità, la sicurezza e i risultati sanitari dei sistemi sanitari in Canada e negli Stati Uniti, ponendo in genere entrambi in fondo alla classifica delle nazioni OCSE altrettanto ricche.<sup>49</sup> Nonostante anni di attenzione alla qualità e alla sicurezza in Canada, uno studio del 2017 ha concluso che, se non controllato, potrebbero verificarsi circa 400.000 incidenti annuali relativi alla sicurezza dei pazienti in contesti di assistenza acuta e domiciliare nei prossimi tre decenni, aggiungendo 2,75 miliardi di dollari di costi di trattamento all'anno.<sup>50</sup> La mortalità legata a questi incidenti si colloca solo dietro il cancro e le malattie cardiache. A livello globale, l'OMS ha dichiarato che 1 paziente su 10 ha un danno mentre era in ospedale e questo danno è tra le prime dieci cause di morte e disabilità.<sup>51</sup>

## **L'assistenza infermieristica può aiutare a ottenere risultati migliori**

La partecipazione attiva degli infermieri è essenziale per trasformare i sistemi sanitari e migliorare l'accesso alle cure. Parlando al Congresso ICN a Singapore nel 2019, il Dr. Tedros Ghebreyesus, Direttore Generale dell'OMSha dichiarato: "Semplicemente non possiamo raggiungere una copertura sanitaria universale e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile relativi alla salute se non diamo agli infermieri e ostetriche i mezzi per agire e non sfruttiamo appieno il loro potenziale " Gli infermieri hanno soluzioni e possono essere utilizzati in modo più efficace per aiutare a risolvere le grandi sfide nei sistemi sanitari, tuttavia dobbiamo educarli, regolarli, dispiegarli, supportarli e premiarli per guidare quel cambiamento. E noi infermieri dobbiamo aumentare le nostre forze e lavorare.



Una migliore corrispondenza tra l'assistenza fornita e le esigenze di salute della popolazione può beneficiare di un modello di pianificazione delle risorse umane come il *Service Based Planning Framework* derivato da Tomblin-Murphy et al.<sup>52</sup> che definisce le esigenze di salute di qualsiasi popolazione, le competenze richieste per soddisfarle, e le competenze disponibili all'interno di chi fornisce le cure. Esaminando il conseguente divario tra domanda e offerte di competenze *"Diventa rapidamente chiaro che una serie di operatori può garantire in sicurezza le competenze necessarie, in modi soddisfacenti per i pazienti e a costi sostenibili"*.<sup>53</sup> Ma questa affermazione richiede il superamento, richiede di liberarsi di certe convinzioni di lunga durata come che certe competenze – la diagnosi, ad esempio - appartengono esclusivamente a un solo professionista. Ci chiede di rileggere una delle nostre sfide chiave e di vedere ad esempio la carenza di medici di famiglia, come una carenza di accesso alle cure primarie, e quindi chiedere a chi ha (o potrebbe essere avere) le competenze necessarie per colmare il divario in modo sicuro e a costi che i contribuenti possono sopportare.

Gli infermieri hanno soluzioni che sappiamo funzionano bene e che possono essere erogate in gran parte nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Un consistente corpus di prove e risultati dimostra che infermieri competenti, distribuiti in organici adeguati e in un mix di categorie infermieristiche offre risultati positivi sulla salute in molti contesti. In particolare, ci sono dati convincenti di ricerche che collega il personale infermieristico ospedaliero con esiti di morbilità e mortalità.

I modelli di assistenza basati sull'infermieristica hanno dimostrato la loro efficacia clinica, la soddisfazione del pubblico e il rapporto costo-efficacia rispetto ai modelli tradizionali. Ad esempio, Browne, et al.<sup>46</sup> hanno concluso che *"i modelli di assistenza infermieristica proattiva e mirata, guidati dagli infermieri, che si concentrano sull'auto-cura per le persone con malattie croniche sono più efficaci e uguali o meno costosi o ugualmente efficaci e meno costosi del solito modello di assistenza"*. Riferendo sulla prescrizione degli infermieri nel Regno Unito, il *Royal College of Nursing*<sup>54</sup> ha riscontrato miglioramenti nella cura dei pazienti come un accesso più tempestivo a farmaci e alle cure, una maggiore flessibilità per i pazienti che avrebbero dovuto consultare un medico, un miglioramento dell'efficienza del servizio che consente ai medici di prendersi cura di pazienti complessi, la riduzione degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri evitabili, e migliore accesso a cure più snelle e incentrate sul paziente. Graham-Clarke, et al.<sup>55</sup> hanno osservato che *"ci si aspetta che i pazienti siano curati e curati dal professionista sanitario più appropriato"*, riducendo così il carico di lavoro medico e *"consentendo ai pazienti più complessi di essere ancora trattati dai medici nonostante una riduzione nei loro numeri. I costi si riducono razionalizzando l'assistenza riducendo gli appuntamenti multipli con diversi professionisti sanitari e utilizzando il professionista più adeguatamente qualificato"*.

La maggior parte della salute pubblica è pianificata e fornita da infermieri, una revisione sistematica del 2017 nel Regno Unito *"ha dimostrato una mediana ritorno sugli investimenti di interventi di sanità pubblica di circa 14:1. Pertanto, per ogni £ 1 investito nella sanità pubblica, £ 14 verranno successivamente restituiti alla economia sanitaria e sociale"*.<sup>56</sup> Basu, et al. sostengono che *"molta della pressione sugli ospedali per acuti, causata da degenze prolungate potrebbe essere ridotta ... attraverso un'adeguata espansione dell'assistenza domiciliare, delle cure complesse continue, delle residenze infermieristiche e delle strutture di assistenza specifiche per le malattie"*.<sup>57</sup>

Tutta questa assistenza è assistenza infermieristica e la leadership infermieristica dovrebbe essere determinante nell'implementazione delle soluzioni.<sup>58</sup>

### Andando avanti

In ripetuti sondaggi in Canada e negli Stati Uniti negli ultimi 20 anni, le infermiere sono quasi sempre in cima alla lista dei professionisti che danno maggiore fiducia al pubblico. Tale risultato è il risultato di decenni di duro lavoro da parte delle associazioni professionali, di sviluppo di standard di pratica, della formazione infermieristica con la laurea come accesso minimo alla pratica per gli infermieri e il master (Laurea Magistrale, in Italia) per gli infermieri di pratica avanzata, e una forte regolamentazione infermieristica che includa una storia di esami comuni in tutte le giurisdizioni della federazione. La fiducia pubblica elevata è una risorsa straordinaria per gli infermieri, ed è invidiata da ogni altro professionista e ci mette in una posizione di potere significativo.

Il pubblico si aspetta che gli infermieri lavorino per trasformare l'assistenza sanitaria in modo da fornire in modo più efficace i servizi sanitari di cui hanno bisogno. È in questo lavoro che forti organizzazioni infermieristiche e politiche professionali, come le Associazioni infermieristiche canadesi e americane e l'*American Academy of Nursing*, possono esercitare un importante impatto sulle politiche pubbliche da parte degli infermieri.

Gli infermieri di tutto il mondo possono imparare alcune lezioni dagli infermieri del Canada, pur rilevando la nostra avvertenza che la strada da seguire dovrebbe privilegiare la salute pubblica, la promozione della salute e del benessere e la prevenzione di malattie e infortuni.

Vogliamo preservare il meglio dei servizi per acuti che funzionano bene per le persone, rovesciando allo stesso tempo tradizioni obsolete a favore di strutture che consentano agli infermieri di aiutare in modo molto più efficace a fornire le cure giuste nel posto giusto e nel momento giusto a costi ragionevoli.

## Studio del caso

# Libano – Migliorare l'accesso ed il ricorso alle vaccinazioni

Contributo: Rana Hassoun, Lebanon

Nel 2017 le attività di immunizzazione accelerata sono state avviate dal Ministero della sanità pubblica libanese in coordinamento con l'UNICEF e l'OMS. L'obiettivo era quello di liberare dalla poliomelite il Libano, migliorare la copertura dei vaccini inattivati antipolio e i vaccini contro la parotite, la rosolia ed il morbillo rafforzare l'immunizzazione di routine. L'obiettivo era lo screening di tutti i bambini tra 0 e 15 anni per identificare quelli che hanno abbandonato il sistema e non hanno ricevuto le vaccinazioni.

Gli operatori sanitari della comunità hanno identificato questi bambini e li hanno indirizzati a un centro di assistenza sanitaria primaria (PHC) guidato da un infermiere. Gli infermieri al centro controllano la scheda vaccinale dei bambini, somministrano i vaccini mancanti secondo il calendario nazionale e prenotano un appuntamento per eventuali successivi controlli o vaccinazioni. I bambini che non hanno risposto all'invito a essere immunizzati sono stati seguiti dagli operatori sanitari della comunità.

Ci sono una serie di motivi per cui i bambini non erano stati vaccinati come richiesto, tra cui il fatto che personale del Centro di Assistenza Primaria era affaticato e sopraffatto dal drammatico aumento della popolazione, la limitata disponibilità di risorse umane e la mancanza di infermieri abilitati; ignoranza su come accedere Servizi di assistenza primaria; e riduzione della fiducia in questi Centri rispetto alle cliniche private, il pronto soccorso e gli ospedali.

Altre barriere all'implementazione includevano lunghi tempi di attesa e problemi di trasporto, bassi livelli di coinvolgimento della comunità, appuntamenti mancati, mancanza di documenti vaccinali e di documenti di identificazione personale, diffidenza verso il personale di assistenza primaria, miti comuni e idee sbagliate sull'immunizzazione e barriere economiche, anche se i vaccini sono gratuiti.

Per migliorare l'adesione alle vaccinazioni, la direzione infermieristica ha identificato una serie di importanti azioni da intraprendere, tra cui un aumento degli infermieri abilitati e di altro personale, una comunicazione efficace per aumentare la fiducia negli infermieri e un'efficace supervisione degli operatori sanitari della comunità,

un aumento delle forniture mediche e un migliore utilizzo delle risorse, una migliore consapevolezza e sessioni educative, migliori strutture cliniche e aree di attesa; e trasporti affidabili.

Come risultato di questo servizio e delle modifiche apportate dagli infermieri, fino a 10.000 persone all'anno provenienti da comunità svantaggiate e povere ricevono vaccinazioni, con un aumento del 400% rispetto agli anni precedenti.

Aumentare la copertura vaccinale in Libano





# Infermieri, i costi dell'assistenza sanitaria e la ricerca del valore nell'assistenza sanitaria

*Di Dr Jack Needleman, Department of Health Policy and Management, Fielding School of Public Health, University of California, Los Angeles*

La percentuale di ricchezza nazionale destinata all'assistenza sanitaria è la prova del valore attribuitogli. In tutto il mondo, la spesa sanitaria è una quota sostanziale del PIL e, all'aumentare della ricchezza di un paese, la percentuale della ricchezza nazionale aumenta. L'OMS riferisce che la spesa sanitaria in percentuale del PIL è di circa il 7% nei paesi a basso reddito, 6% nei paesi a medio reddito e 10% nei paesi ad alto reddito. Un'altra misura del desiderio di assistenza sanitaria è la disponibilità delle persone senza accesso a sanità pubblica o privata a pagare di tasca propria le cure: in Paesi con reddito alto è pari a circa il 20% della spesa sanitaria, è oltre il 30% nei Paesi a medio reddito e quasi il 40% nei Paesi a basso reddito. Anche se la sanità ha valore, si continua a fare pressione per spingere i costi dei servizi sanitari al minimo possibile, rendendo però sempre disponibili le cure.

Per i paesi a basso reddito, le principali sfide sono l'utilizzo dell'attuale forza lavoro nel modo più efficiente possibile e l'espansione dei servizi sanitari per fornire cure di alto livello il più rapidamente possibile. Gli infermieri sono stati e possono essere una componente fondamentale per soddisfare le esigenze di assistenza in un ambiente fortemente limitato di risorse.

Complessivamente nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), gli infermieri sono la più grande professione sanitaria. Tuttavia, nei diversi LMIC, ci sono sostanziali carenze di infermieri e medici e il rapporto infermiere-medico varia. Nell'Africa subsahariana, il rapporto tra medici e infermieri rispetto alla popolazione è basso e ci sono cinque volte più infermieri dei medici. In India il rapporto complessivo tra medici e infermieri rispetto alla popolazione è basso rispetto a molti altri LMIC, ma ci sono solo 1,5 infermieri per ogni medico. In Cina, il rapporto è 1: 1. Queste differenze riflettono chiaramente le variazioni nel modo in cui le cure sono organizzate e erogate, il ruolo dei medici e degli infermieri e forse il costo o la capacità storica di educare i medici contro gli infermieri. I paesi con bassi rapporti tra infermiere e medici potrebbero non avere opportunità per aumentare l'accesso ai servizi velocemente e a costi inferiori.

L'affrontare la carenza di medici ha portato a un diffuso spostamento di compiti, spesso verso gli infermieri, di compiti normalmente svolti dai medici. C'è letteratura che suggerisce che il trasferimento di compiti può essere efficace, aumentando la capacità sanitaria effettiva all'interno di budget limitati e l'OMS ha promulgato un insieme di raccomandazioni per assicurare un'erogazione efficace e sicura dell'assistenza che viene spostata su infermieri e altro personale non medico.

Fondamentale in queste raccomandazioni è il riconoscimento che un efficace trasferimento di compiti agli infermieri non può essere fatto in modo ad hoc, ma deve essere pianificato e gestito in modo che la politica e l'organizzazione siano in atto per supportarlo. Il fatto che lo spostamento delle attività, se ben implementato, è risultato essere un mezzo efficace e sicuro per far fronte alla carenza di manodopera e risorse. Questo suggerisce che allargare l'ambito di lavoro degli infermieri e inserire questo ambito nell'educazione degli infermieri nei paesi LMIC può offrire strategie a basso costo per migliorare l'accesso ai servizi sanitari.

I problemi di costo sono diversi per i paesi a più alto reddito, che hanno sviluppato sistemi sanitari completi in grado di fornire la maggior parte dei servizi per la maggior parte della popolazione e che hanno spesso sviluppato un sistema assicurativo o finanziario che fornisce un'ampia copertura per la popolazione proteggendola dal dover prendere decisioni su quali servizi richiedere. Per questi paesi, mantenere l'accesso è fondamentale, ma lo è anche contenere i costi.

Il lavoro è in genere il più grande costo della spesa ospedaliera e la maggior parte è per la manodopera infermieristica. Di conseguenza, il contenimento dei costi negli ospedali ha spesso riguardato la riduzione dei costi del lavoro, vincolando i salari, cercando di ridurre il ruolo degli infermieri professionisti facendo affidamento maggiormente sul personale assistenziale non professionale, oppure riducendo o limitando le ore degli infermieri e aumentando i carichi di lavoro degli infermieri. Tuttavia, ricerche approfondite sui livelli di staff, mix di competenze e ambiente lavorativo, condotte nei sistemi sanitari dei paesi ad alto e medio reddito, concludono che gli infermieri professionisti portano conoscenze e competenze al letto della persona assistita, che questo è fondamentale per la cura e che, quando il personale infermieristico non ha la formazione, il tempo a disposizione per il lavoro e l'ambiente di lavoro a supporto del lavoro, aumentano le durate delle degenze, i costi, i decessi e altri eventi avversi.

## IND 2020 PARTE DUE

Alcune ricerche hanno esaminato il costo di un mix di competenze più elevato o di più ore e la misura in cui il costo elevato di più infermieri professionisti sarebbe compensato da costi inferiori a causa di meno eventi avversi, ricoveri più brevi o meno riammissioni. Attraverso più studi, i risultati sono coerenti. Negli ospedali con una percentuale inferiore di infermieri professionisti nel personale infermieristico, i costi di una maggiore durata del soggiorno e tassi più elevati di eventi avversi superano i costi che l'ospedale sosterebbe per aumentare la percentuale di personale infermieristico professionista. Gli sforzi per smantellare la forza lavoro infermieristica si traducono in costi più elevati, non inferiori. L'aumento delle ore di assistenza infermieristica riduce i costi associati a periodi di permanenza più lunghi e a eventi avversi, ma i costi netti sono bassi rispetto ai costi ospedalieri totali. Inoltre, se questi costi sono divisi per il numero di decessi evitati associati a livelli di personale più elevati, il costo per decesso evitato è generalmente compreso nell'intervallo considerato efficace. In sintesi, i costi per un adeguato personale infermieristico nei paesi ad alto reddito sono giustificati dai risparmi sui costi e dal costo netto delle vite salvate.

Guardando oltre le cure ospedaliere, c'è un crescente riconoscimento nei paesi a più alto reddito del fatto che gli infermieri possono essere usati più efficacemente nell'assistenza ambulatoriale e nel coordinamento dell'assistenza tra strutture. Questo include il fornire consulenza e come iniziare e proseguire in modo efficace i trattamenti prescritti. Ciò consente ai medici di concentrarsi sulla valutazione, la diagnosi e la cura della prescrizione, mentre le competenze degli infermieri nella valutazione fisica, nel colloquio e nell'educazione del paziente vengono utilizzate in modo completo. Le strutture ambulatoriali rilevano che il costo aggiuntivo degli infermieri è spesso compensato dall'aumento del volume di pazienti che possono accedere e dalla maggiore produttività dei medici. C'è anche un più ampio inserimento degli infermieri come coordinatori delle cure ed educatori per i pazienti con più malattie croniche e pazienti che stanno per essere

dimessi dagli ospedali per ridurre la probabilità di ricovero o riammissione in ospedale. Il monitoraggio attento degli infermieri ai pazienti a più alto rischio di complicanze o di ricovero ospedaliero comporta un risparmio di denaro e migliora l'esperienza del paziente. Infine, sia nei paesi a basso che a alto reddito, sono stati compiuti sforzi crescenti per educare gli infermieri alla pratica avanzata in cui gli infermieri si assumono la responsabilità della valutazione, diagnosi e prescrizione dei trattamenti che essi o altri attueranno. Gli studi hanno sistematicamente dimostrato che quando gli infermieri di pratica avanzata (APN) esercitano nell'ambito di loro formazione e istruzione, rimandando in modo appropriato a medici specialisti i pazienti più complessi o diagnosticamente difficili, la qualità delle cure è equivalente alle cure fornite dai medici e la soddisfazione dei pazienti è spesso maggiore. L'istruzione degli infermieri di pratica avanzata ha una durata più limitata dei medici, a costi inferiori tempi ridotti per l'ingresso nella pratica, il che giustifica salari più bassi di quelli richiesti dai medici. Per i sistemi sanitari che si occupano di carenze di medici o che cercano di ridurre i costi dei servizi medici, un maggiore utilizzo degli APN può essere un mezzo per risparmiare sui costi. I paesi a basso, medio e alto reddito si sforzano tutti di fornire servizi sanitari di alto valore al minor costo possibile. Gli infermieri sono essenziali per l'espansione efficiente dell'assistenza di alto valore nei paesi a basso e medio reddito. Nei paesi ad alto reddito, in cui la riduzione dei costi diventa un importante obiettivo per l'espansione del servizio sanitario, è fondamentale garantire finanziamenti adeguati a mantenere livelli infermieristici ospedalieri in grado di fornire cure sicure e affidabili e ampliare il ruolo degli infermieri professionisti e degli APN in regime ambulatoriale per l'educazione del paziente e il coordinamento delle cure riducendo i costi dei pazienti con malattie croniche multiple o complesse.



## Studio del caso

# Russia – Migliorare la adesione al trattamento per la tubercolosi attraverso la video-osservazione

Contributor: Tatiana Fedotkina, Russia Nurses Association

La terapia a lungo termine della tubercolosi richiede alti livelli di compliance del paziente, il che può essere problematico nei paesi in cui si riscontra un elevato carico di tubercolosi (TB). In Russia, la terapia della tubercolosi è obbligatoria a causa della sua natura infettiva, del potenziale impatto sociale e della modalità di trasmissione.

Tuttavia, recarsi in ospedale per il trattamento quotidiano può essere difficile per i pazienti a causa della loro cattiva salute e astenia e del fatto che il trattamento è costoso e richiede tempo. Il sistema sanitario pubblico in Russia fornisce diversi modelli di trattamento e assistenza per la tubercolosi progettati per rendere facile l'aderenza al trattamento, ma nonostante ciò, i tassi di aderenza al trattamento non si avvicinano al 100%. Molti pazienti hanno una tubercolosi resistente ai farmaci in più siti e presentano comorbidità tra cui HIV e diabete. Per queste persone, il principale bisogno di salute è riprendersi dalla tubercolosi nelle circostanze più confortevoli possibili.

Nella regione di Tomsk in Russia, stiamo usando una terapia video-osservata per consentire ai pazienti di rimanere nelle proprie case ricevere il trattamento essenziale di cui hanno bisogno. Sono coinvolti più di 50 infermieri appositamente formati e attrezzati nel progetto, che viene consegnato utilizzando il software Skype.

I pazienti ricevono una formazione su come registrarsi e utilizzare Skype e danno il loro consenso per aderire allo schema. Il programma è iniziato in piccolo, con solo sei pazienti a Tomsk, ma ora sono coinvolti 130

pazienti, tra cui 30 bambini. In tutta la Russia, oltre 500 pazienti stanno ricevendo un trattamento video osservato per la tubercolosi. Il trattamento è molto popolare tra i pazienti in quanto riconoscono i vantaggi di non dover viaggiare per ricevere il loro trattamento - nessun paziente ha abbandonato il programma e altri pazienti che non ricevono un trattamento video-osservato stanno compiendo sforzi, dimostrando che stanno rispettando il regime terapeutico, nella speranza di poter entrare nel programma.

Il trattamento video-osservato della tubercolosi fornisce una terapia regolare e porta ad alti tassi di aderenza al trattamento - finora il 100% - riducendo i rischi di ricadute e lo sviluppo di forme di tubercolosi resistenti ai farmaci. Migliora anche le misure di controllo delle infezioni poiché i pazienti non devono viaggiare ogni giorno sui mezzi pubblici per ricevere le loro cure in clinica.

I benefici per i pazienti comprendono la riduzione del tempo impiegato per ricevere le cure, la possibilità di rimanere a casa e i risparmi sui costi relativi al trasporto da e verso la clinica per il trattamento. I pazienti coinvolti nel progetto si recano ancora in clinica, ma solo una volta ogni sette-dieci giorni.

Tutti i pazienti sono positivi rispetto a questo modello di cura: è più facile per loro e ottengono comunque la preziosa attenzione degli infermieri esperti, permettendo loro di porre domande e condividere qualsiasi preoccupazione relativa alla loro salute. Per i pazienti l'assunzione giornaliera dei loro farmaci è stata trasformata in una collaborazione positiva e fruttuosa con un'infermiera, che li sostiene e li incoraggia nel loro cammino verso la guarigione.







# PARTE TRE

## SFRUTTARE IL POTENZIALE DEL NURSING: VERSO UN MONDO IN SALUTE

*“Che la gente lo sappia o no, viene in ospedale per l'assistenza infermieristica.”*

**Terry Fulmer**

Presidente f John A. Hartford Foundation

La professione infermieristica è tra quelle più affidabili al mondo. Tuttavia, quando viene chiesto, la maggior parte delle persone non è in grado di descrivere adeguatamente il ruolo, le funzioni e le responsabilità degli infermieri. Gran parte del lavoro di questa professione rimane inesplorato e non pubblicizzato, eppure, gli infermieri continuano ad essere in prima linea nell'assistenza ai pazienti in ogni fase della vita. Molto probabilmente, gli infermieri saranno decisivi negli esiti sanitari di pazienti e consumatori. Questa sezione ha lo scopo di chiarire come sfruttare al meglio il potenziale dell'assistenza infermieristica e sviluppare il personale per oggi e domani. Ci rivolgiamo a una leadership

infermieristica più forte che possa aiutare a migliorare la salute; a esplorare le buone pratiche cliniche a livello avanzato e le innovative infermieristiche; a guardare allo sviluppo dell'infermieristica e all'importanza dell'analisi del mercato del lavoro nella pianificazione del personale infermieristico.

Discutiamo anche dell'importanza di buoni ambienti di cura e di come siano associati a migliori risultati di pazienti e infermieri; insieme alla necessità di trasformare la formazione infermieristica per migliorare la pratica e promuovere l'apprendimento permanente. Viene affrontato l'impatto del personale sui risultati dei pazienti e su come possiamo trattenerne gli infermieri attraverso il riconoscimento e le ricompense. Infine, esaminiamo quattro aspetti della pianificazione della personale che devono essere considerati per affrontare efficacemente la carenza infermieristica e garantire la sostenibilità della forza lavoro infermieristica

## Nursing: verso un mondo in salute attraverso la leadership

Professor **Jill White**, Professor Emerita of the Faculty of Nursing and Midwifery at the University of Sydney & the Faculty of Health University of Technology & Professor **Jane Salvage**, Director, ICN Global Nursing Leadership Institute

Da tempo sono atteso un rivoluzionario cambiamento di focalizzazione dei sistemi sanitari di tutto. Per oltre 100 anni, la maggior parte dei paesi ha strutturato la leadership dei servizi sanitari principalmente in prospettiva biomedica e guidata dai medici. Questo potrebbe non essere più appropriato o efficace oggi e in futuro. Concentrandoci principalmente sulle malattie, stiamo gestendo la salute attraverso il focus

sbagliato. Ci chiediamo perché ci è voluto così tanto tempo per cambiare focus e discutiamo gli ostacoli al passaggio verso un sistema sanitario non patologico e come superarli. Parte della soluzione, sosteniamo, è una maggiore presenza infermieristica nella leadership e nella politica. Consideriamo anche come appare la leadership attraverso una lente infermieristica e in che modo una leadership infermieristica più forte potrebbe aiutare a migliorare la salute dei servizi sanitari di prima linea nel mondo.

## L'attuale contesto di leadership sanitaria

L'entità del dominio maschile nella leadership sanitaria è ben documentata. Le donne rappresentano il 70% della forza lavoro globale della salute ma occupano solo il 25% dei ruoli di leadership. Nelle organizzazioni sanitarie nel Mondo, le donne rappresentano solo il 31% dei direttori esecutivi; il 20% dei presidente dei consigli di Amministrazione e il 31% dei ministri della salute.<sup>59</sup>

Anche all'interno della schiacciante professione femminile infermieristica, gli uomini ricoprono un numero sproporzionato di posizioni di comando; in Kenya, ad esempio, il 76% degli infermieri sono donne, ma gli uomini occupano il 62% dei posti di facoltà universitaria. La ricerca commissionata dalla campagna Nursing Now evidenzia non solo un "barriera" per le donne ma un "ascensore" per gli uomini nell'infermieristica,<sup>60</sup> concludendo che le principali barriere alle donne includono il doppio ruolo lavorativo / familiare delle donne; il costo e la bassa disponibilità di assistenza all'infanzia; l'alto costo e la scarsa disponibilità di istruzione e tutoraggio; e la natura sessista della società.

## Il contributo critico dell'assistenza infermieristica alla salute

Il rapporto Triple Impact<sup>8</sup> ha fornito prove del contributo dell'assistenza infermieristica non solo al raggiungimento della Copertura Sanitaria Universale, ma anche all'equità di genere e allo sviluppo economico. Ha riconosciuto l'imperativo di includere gli infermieri nell'elaborazione della politica sanitaria e sociale e ha sottolineato la necessità di una maggiore istruzione e opportunità di leadership. L'adozione delle sue raccomandazioni e le ulteriori azioni da parte della campagna Nursing Now hanno cambiato il modo di parlare di salute all'interno dell'assistenza infermieristica e in generale. Quella conversazione è stata ulteriormente sviluppata dall'elezione del dott. Tedros Adhanom Ghebreyesus come Direttore Generale dell'OMS nel 2018, un grande cambiamento nell'ambiente sanitario globale. Uno specialista di salute pubblica, il primo leader africano dell'OMS, e il primo non medico, che ha guidato la riforma del sistema sanitario in Etiopia facendo esperienza diretta del contributo determinante dell'assistenza infermieristica alla salute e al benessere della comunità. Una delle sue prime azioni all'OMS fu quella di nominare un'infermiera, Elizabeth Iro, nella sua squadra al vertice. Le azioni successive includevano la nomina del 2020 come anno dell'infermiera e dell'ostetrica e l'incarico del primo Report dell'OMS sullo stato dell'infermieristica nel mondo.

I governi vengono ora sollecitati ripetutamente a riflettere più profondamente sull'assistenza infermieristica e su come affrontare la prevista carenza globale di nove milioni di infermieri entro il 2030.<sup>61</sup> Tutto ciò ha contribuito a far progredire il programma di assistenza politica e infermieristica. Gli attuali cambiamenti epidemiologici e sociali globali, in particolare le NCD, la salute mentale e i problemi associati all'invecchiamento, possono rispondere potenzialmente bene agli interventi infermieristici. In un momento di crescente carenza infermieristica globale, queste sfide creano squilibri sempre maggiori tra l'offerta e la domanda di forza lavoro infermieristica: l'opportunità di cambiamento è matura. Quindi, come potrà differire la

leadership infermieristica dall'attuale leadership sanitaria e come possiamo preparare al meglio gli infermieri per essere pronti a fare un passo avanti e oltre?

## Leadership attraverso una lente infermieristica

Tradizionalmente gli infermieri hanno avuto difficoltà evidenziare il loro intervento e la differenza che fa in termini che siano comprensibili al di fuori della professione. Oggi, tuttavia, disponiamo di prove *gold standard* sull'importanza del livello formativo degli infermieri e dei tassi infermiere / paziente nella fornitura di cure sicure ed economiche<sup>62</sup> e di dichiarazioni pubbliche sulla valutazione dell'assistenza compassionevole degli infermieri da parte di OMS, ICN, Nursing Now e molti altri.

Gli infermieri hanno anche tradizionalmente evitato di associarsi alla parola "potere". C'è molto da fare per aiutare gli infermieri a sentirsi a proprio agio con il potere e l'influenza politica, a essere in grado di partecipare attivamente nella politica e nell'elaborazione delle policy e alla leadership nella salute oltre che nella pratica infermieristica. Programmi di sviluppo della leadership per la policy come il Global Nursing Leadership Institute (GNLI) dell'ICN e campagne come Nursing Now stanno aprendo la strada.

In questo bicentenario della nascita di Florence Nightingale, è interessante considerarla come la prima guida a spiegare la salute attraverso una lente infermieristica. Dimostrando una leadership autentica, ha contemporaneamente visto il quadro generale (macro) e le conseguenze a livello umano (micro). Altre eccezionali infermiere in ruoli di leadership hanno mostrato qualità simili negli ultimi 200 anni, ma molte altre hanno difficoltà a collegare macro e micro. Non è sorprendente poiché l'assistenza infermieristica è radicata nella pratica individuale con i pazienti e la comunità; ma ignora la visione macro, a proprio rischio e pericolo. Viviamo quotidianamente l'influenza della politica e delle policy: nel finanziamento dei nostri sistemi sanitari, nelle sfide alla salute che affrontiamo, nelle politiche socioeconomiche che riguardano le comunità in cui viviamo e lavoriamo, nelle crescenti disuguaglianze all'interno e tra i paesi e la mancata fornitura di Copertura Sanitaria Universale.<sup>63</sup>

Le tre componenti importanti dell'essenza della leadership attraverso una lente infermieristica sono: (1) una bussola morale forte e coerente; (2) formazione continua, compreso lo sviluppo personale e interpersonale (livello micro) e la comprensione organizzativa e politica (livello macro); e (3) la capacità di sostenere e muoversi simultaneamente tra i tre aspetti. Le tre componenti della leadership devono essere esercitate insieme, anche se a volte potrebbero sembrare in contraddizione.

Le competenze richieste per tutte e tre le componenti sono necessarie affinché la "cosa giusta" avvenga a livello micro o macro: conoscere il territorio, conoscere gli stakeholder, discutere delle prove di efficacia, comprendere le prospettive degli altri e passare dal consenso all'azione.



37

Queste componenti sono raramente sviluppate e integrate nella formazione di base e permanente e, se non sono assenti, sono fornite in programmi di leadership una tantum. Attualmente la formazione alla leadership è disponibile solo per alcune infermiere selezionate, di solito a livelli più alti. La mancanza di tali opportunità aiuta a spiegare la mancanza di prontezza degli infermieri a fare un passo avanti per condurre alla salute. Lo sviluppo personale e interpersonale deve predominare all'inizio della carriera, ma deve essere promossa anche la comprensione organizzativa e politica.

Ci sono squarci di cambiamento, alcuni stimolati dalla terza ondata di femminismo e dal movimento MeToo.<sup>64</sup> Ad esempio, il prestigioso giornale Lancet ora rifiuta di essere rappresentato in outfit in cui le donne non siano incluse;<sup>65</sup> e l'equità di genere è ora parte delle conversazioni del G7. Il discorso sull'uguaglianza di genere, così a lungo marginale nell'assistenza infermieristica nonostante la sua centralità per le nostre preoccupazioni, è finalmente al centro della scena. La leadership infermieristica e la politica sanitaria dovrebbero essere affari di tutti.<sup>66</sup> Dobbiamo spingere i cambiamenti ed essere pronti a guidare





## Studio del caso

# Cile – ridurre i tempi di attesa e migliorare l'esperienza degli assistiti

Contributo: Margarita Yercic, Cile

Il Complesso di assistenza Sotero del Rio è un ospedale pubblico situato nella zona sud-orientale di Santiago, in Cile. Assiste una popolazione di 1,6 milioni di abitanti che vivono nei comuni più vulnerabili del paese.

Il complesso dispone di un servizio sanitario ambulatoriale che vede 600 pazienti al giorno e un ospedale con circa 800 posti letto e dieci sale operatorie.

I servizi chirurgici, in particolare i reparti chirurgici, hanno un elenco permanente di 7000 pazienti in attesa di risoluzione dei loro problemi di salute in diverse specialità. La media del tempo di attesa registrato varia da quattro settimane a otto anni, secondo il tipo di intervento chirurgico richiesto. Dopo aver analizzato il percorso chirurgico, la direzione infermieristica ha proposto la creazione di unità pre-chirurgiche, guidate da infermieri, che ha centralizzato e ottimizzato ciascuna delle fasi del processo chirurgico.

Una volta che il paziente viene informato della necessità di un intervento chirurgico, viene aggiunto alla lista di attesa chirurgica dell'ospedale e al deposito nazionale di attesa chirurgica: allo stesso tempo, i dati compaiono anche nei registri dell'unità pre-chirurgica. Ciò permette all'infermiere incaricato di contattare il paziente per spiegare tutte le fasi del pre-operatorio e rispondere a tutte le domande che potrebbero avere sull'intervento chirurgico.

L'infermiere/a coordina tutti gli esami e le consultazioni necessarie e contatta altri specialisti e il team chirurgico per garantire che il processo sia il più rapido possibile.

Infine, gli infermieri sono attivamente coinvolti con la squadra che controlla e valuta le liste operatorie. Le unità pre-chirurgiche hanno portato i seguenti vantaggi:

- Una riduzione della lista d'attesa dei pazienti che necessitano di un intervento chirurgico del 40%;
- Riduzione dei tempi di preparazione all'intervento chirurgico da otto mesi a sei giorni in tutte le aree / specialità;
- La fornitura di assistenza infermieristica completa e continua che rispondano alle esigenze individuali dei pazienti e delle loro famiglie;
- Miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti;
- Ottimizzazione dell'uso efficiente delle sale operatorie;
- Miglioramenti nell'efficienza dei servizi di supporto clinico, inclusi laboratorio, imaging e altre specialità;
- Migliore soddisfazione del paziente;
- Migliore coordinamento delle cure in tutto il continuum delle cure;

Il progetto delle unità pre-chirurgiche è stato riconosciuto dal Ministero della Salute cileno e replicato in diversi ospedali pubblici del paese, rispondendo efficacemente alle esigenze delle popolazioni locali.

# Partnership e collaborazione, all'interno e all'esterno dell'assistenza sanitaria: passare all'interconnessione nella leadership infermieristica

**Bongi Sibanda**, Educator, healthcare consultant & Advanced Nurse Practitioner & Professor **Khama Rogo**, Lead Health Sector Specialist with the World Bank and Head of the World Bank Group's Health in Africa Initiative

La strategia globale relativa alle risorse umane sanitarie 2030<sup>61</sup> evidenzia come la formazione interprofessionale e la pratica collaborativa (IPECP) siano essenziali per affrontare le sfide sanitarie a livello globale. Ciò implica che la formazione del personale dovrebbe essere "genuinamente multiprofessionale", promuovendo il lavoro di squadra, la collaborazione tra discipline, settori e pazienti. Gli infermieri, in qualità di leader sanitari in prima linea, devono identificare le opportunità attuali e future di collaborazione, di partnership e di impegno nella leadership, le borse di studio, le politiche e le pratiche per migliorare i risultati di salute.

La letteratura mette in evidenza l'ottimizzazione della formazione interprofessionale e la pratica collaborativa rappresenta uno dei metodi chiave per migliorare i risultati sanitari a livello globale.<sup>67,68</sup>

Raccomandazioni internazionali secondo cui tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per fornire assistenza centrata sul paziente come membri del team interprofessionale nell'ultimo decennio ha portato all'integrazione di queste pratiche nel mondo accademico e nella pratica clinica a livello globale.<sup>69</sup> Ma c'è ancora molto lavoro da fare. Il previsto quadro d'azione dell'OMS aggiornato sull'educazione interprofessionale e la pratica collaborativa<sup>70</sup> e la dichiarazione interprofessionale di Sydney<sup>71</sup> dovrebbero essere pubblicati nel 2020 e sarà fondamentale per far progredire l'agenda in tutto il mondo.

## Economia e commercio legato alla salute

I tre pilastri della Copertura sanitaria universale (Accesso-Qualità-Costi) richiedono innovazione e un radicale ripensamento nel modo in cui è gestito il settore sanitario.<sup>72</sup> Le risorse umane sono un input fondamentale, senza le quali né l'accesso né la qualità possono essere raggiunti.

L'infermiere è un membro determinante e affidabile del team di gestione della salute. L'assistenza infermieristica non è solo un catalizzatore essenziale nella maggior parte dei processi clinici e non clinici, ma è di gran lunga il più conveniente. Sono necessarie competenze infermieristiche a livello di assistenza primaria (prevenzione, immunizzazione, assistenza domiciliare e sensibilizzazione), a livello secondario (ospedali, cliniche e chirurgia) e terziario (cure specialistiche e malattie non trasmissibili). Tuttavia, l'assistenza infermieristica è ampiamente sottovalutata a livello globale<sup>8</sup> e non è mai stata sottoposta ad analisi del mercato del lavoro.

Il Report sullo stato dell'infermieristica nel mondo è un rapporto tempestivo per guidare questo dialogo.

Le raccomandazioni sul rapporto infermiere/popolazione hanno sempre meno significato in un mondo in rapido cambiamento. Quante infermiere sono richieste e con quali competenze è troppo dipendente dal contesto per essere definito da soli rapporti globali generici.

In Africa, questo approccio ha portato alla continuazione indiscussa dei programmi di formazione infermieristica adatti alla storia coloniale rispetto alle attuali esigenze nazionali/ regionali;<sup>73</sup> all'introduzione di nuovi livelli di formazione infermieristica preabilitazione basata su modelli occidentali; la persistenza della durata storica dei corsi di formazione degli infermieri nonostante approcci di apprendimento innovativi; l'accesso limitato a opportunità di formazione infermieristica specialistica per rispondere alle malattie non trasmissibili; la mancanza di opportunità di crescita professionale per l'assistenza infermieristica generale; l'innovazione per gli infermieri impegnati in prima linea spesso soffocata; e la remunerazione non competitiva e i bassi rapporti infermieri / persone assistite per una professione che invariabilmente deve registrare turni di lavoro prolungati.

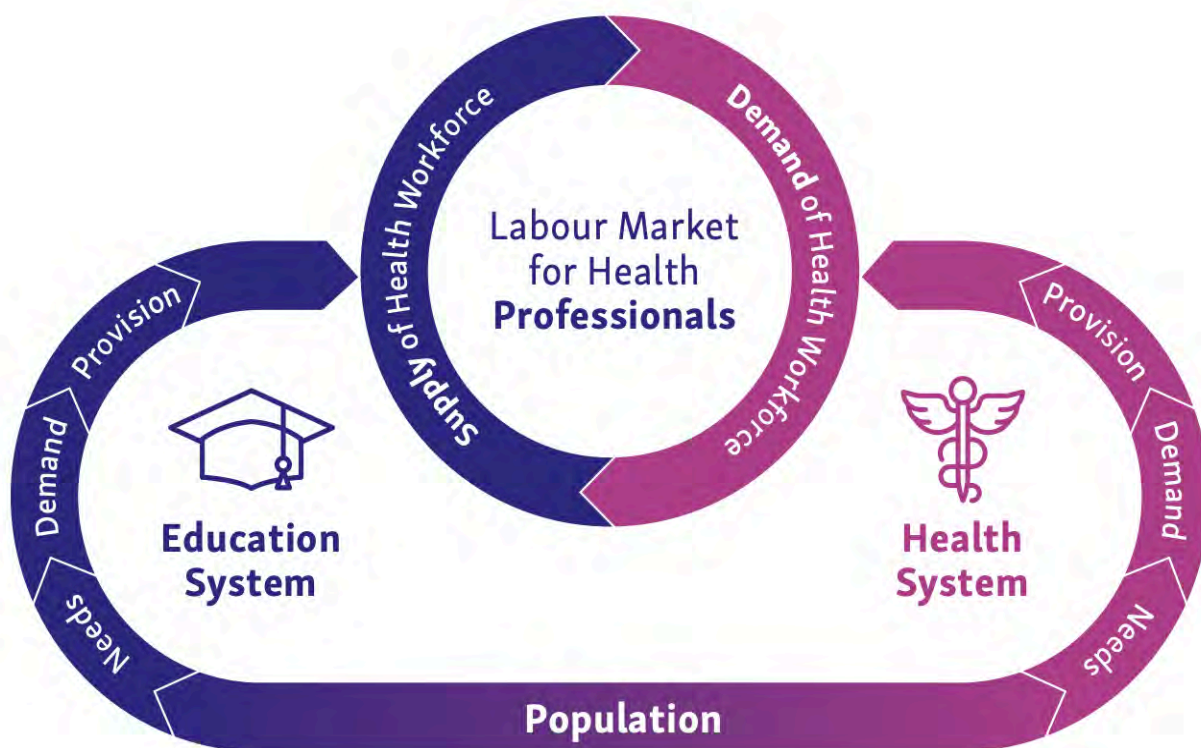
Nuovi istituti di formazione per infermieri sono state costruite in Africa negli ultimi anni tre decenni, producendo infermieri di qualità e rilevanza decrescenti. Molti si laureano senza prospettive di lavoro e il tasso di disoccupazione degli infermieri ha raggiunto il picco in Africa.

Il settore privato svolge un ruolo crescente sia nella produzione che nell'occupazione di infermieri in Africa, ma la sua regolamentazione è ancora debole. Per soddisfare l'elevato numero di diplomati delle scuole superiori, oggi vengono istituite più scuole private di infermieristica e medicina di quelle pubbliche.

Il costo della formazione privata è più elevato, il che rende più difficile per le famiglie giustificare la spesa se il ritorno dell'investimento è incerto. Questo a sua volta, rende l'assistenza infermieristica una scelta predefinita, piuttosto che quella preferita per la maggior parte degli studenti.

L'effetto di ciò cade sulla qualità dell'assistenza infermieristica e sull'impegno professionale e la fuga di cervelli non può essere sottovalutata.

**Figura 1: Intersezione tra formazione, mercato del lavoro e settore della salute**



### Implicazioni per le policy e la pratica /Chiamata per l'azione

Dati gli attuali problemi e sviluppi nella formazione infermieristica, lavorare tra le parti interessate per la collaborazione e il partenariato è essenziale per garantire che i curricula siano allineati con i contesti nazionali, i bisogni della popolazione, l'erogazione del servizio e l'efficace supervisione nella pratica. La necessità di una maggiore sinergia tra pratica e formazione, pur incorporando i principi di pratica collaborativa e formazione interdisciplinare non può essere enfatizzata eccessivamente.

Gli studi relativi al mercato del lavoro degli infermieri sono indispensabili per aiutarci a comprendere le esigenze sia del mercato che dei singoli professionisti e forzare il dialogo tra istruzione e settore sanitario. Non si può più dare per scontato che abbiamo bisogno di più infermieri e che dobbiamo allenarci di più per coprire il rapporto definito dall'OMS.

È importante che i leader infermieristici apprezzino l'innovazione e lo sviluppo dell'imprenditorialità nel mondo accademico e nella pratica. Ciò è essenziale se vogliamo attrarre e trattenere individui di alto livello all'interno della professione e cambiare l'assistenza sanitaria per migliorare i risultati dei pazienti.



## Caso studio

# Sudafrica - Collaborazione per indirizzare l'infermieristica clinica e forense contro la violenza sessuale

Contributo: Volene Joy Werely, Sud Africa

---

I Clinical Forensic Nurses (CFN) – Infermieri Clinici Forensi sono professionisti sanitari di prima linea che si occupano delle vittime e degli autori di violenze sessuali e abusi domestici. Sono i principali protagonisti nella difesa, la prevenzione e l'educazione alla comunità e di altri professionisti della salute. I CFN sono infermieri abilitati presso l'Ente regolatore infermieristico sudafricano e formati in medicina clinica legale, sono autorizzati a esaminare i pazienti, raccogliere prove forensi per un'indagine, fornire consulenze e test e testimoniare in tribunale. Il campo di applicazione dei CFN sottolinea il doppio ruolo e responsabilità di un'infermiera clinica con responsabilità nei confronti della magistratura.

Nel loro ruolo clinico, i CFN valutano ed esaminano il cliente, compresa l'anamnesi, l'esame fisico e la valutazione psicologica ed emotiva.

Il loro ruolo include anche:

- diagnosi, incluso il prelievo di campioni di DNA e imaging fotografico;
- erogazione di trattamenti, comprese le profilassi post-esposizione e altri, se necessario;
- riferimento ad altri operatori sanitari e risorse;
- identificazione delle vittime della tratta di esseri umani;

Nel loro ruolo giudiziario, le responsabilità dei CFN sono dirette a:

- assistere il tribunale nell'amministrazione della giustizia;
- valutare l'idoneità a rilasciare dichiarazioni;
- valutare l'idoneità a sottoporsi al processo ed essere esaminati;
- assicurare l'accuratezza degli esami.
- Nella loro pratica, i CFN si trovano ad affrontare dilemmi etici e legali - l'opzione più etica potrebbe non essere legale, e le opzioni legali potrebbero non essere le più eticamente difendibili.

I CFN, che servono sia la vittima che i colpevoli, possono sperimentare processi emotivi e cognitivi contrastanti e processi decisionali etici e razionali. La capacità di osservare le problematiche secondo varie prospettive, valori e contesti è di fondamentale importanza per prevenire errori e giudizi. Il rafforzamento di un modello collaborativo interprofessionale e intersettoriale senza soluzione di continuità tra tutte le parti interessate è importante per garantire risultati clinici positivi e fornire giustizia alle vittime.

# Ambienti di cura sicuri: essenziali per la sicurezza dei pazienti e il supporto del personale infermieristico

Dr Linda H Aiken, Director for the Center for Health Outcomes and Policy Research and the Claire M. Fagin Leadership Professor of Nursing Science and Professor of Sociology, University of Pennsylvania, USA & Dr Matthew McHugh Independence Chair for Nursing Education & Professor of Nursing at the University of Pennsylvania School of Nursing & Associate Director of the Center for Health Outcomes and Policy Research

Le prove suggeriscono che gli errori medici sono una delle principali cause di morte e morbilità a livello globale.<sup>74</sup>

Gli ambienti di cura possono essere pericolosi, sia per i pazienti<sup>75</sup> che per gli operatori sanitari che sono responsabili della cura e della sicurezza dei pazienti.<sup>76</sup>

Le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono un problema sostanziale e causano sofferenza e morte.<sup>77</sup>

Altri danni ai pazienti includono ricevere il farmaco o la dosi sbagliata, cadute e lesioni, o ulcere da decubito prevenibili. La ricerca documenta grandi variazioni di mortalità nei diversi ospedali per malattie comuni e procedure chirurgiche, mortalità non dovuta alla gravità della malattia, ma piuttosto ad ambienti di cura non sicuri. Gli infermieri sono fondamentali per migliorare gli ambienti di cura, ma hanno risorse limitate e mancano dell'autorità per apportare i cambiamenti necessari negli ambienti di cura necessari per proteggere i pazienti.

Il rapporto sulla sicurezza dei pazienti, "To Err Is Human", ha dato un contributo molto importante alla nostra comprensione dell'importanza degli ambienti di cura, allontanando l'idea di incolpare i singoli medici per i loro errori e definendo la sicurezza come la responsabilità dell'ospedale di riprogettare gli ambienti di cura e i luoghi di lavoro per mantenere i pazienti al sicuro. La trasformazione degli ambienti di lavoro infermieristici è esplicitamente identificata come una priorità per migliorare la sicurezza dei pazienti.<sup>78</sup> Tuttavia, nonostante l'identificazione di molteplici interventi clinici per prevenire danni ai pazienti, persistono preoccupazioni sulla sicurezza dei pazienti. Un recente studio condotto negli ospedali statunitensi ha dimostrato che negli ultimi dieci anni solo il 21% degli ospedali ha migliorato gli ambienti di cura di almeno il 10%; gli ospedali che hanno migliorato gli ambienti di cura hanno registrato miglioramenti nella sicurezza dei pazienti.<sup>75</sup>

## Com'è un buon ambiente di cura?

Un buon ambiente di cura e assistenza è quello in cui vengono implementate pratiche cliniche basate su prove d'efficacia con un alto grado di affidabilità, è centrato sulla persona, secondo le prospettive dei pazienti e delle loro famiglie, nonché del personale clinico, dove i carichi di lavoro del personale sono commisurati alle responsabilità e dove l'organizzazione impara continuamente a migliorare.

Buoni ambienti di cura e buoni ambienti di lavoro sono sostanzialmente lo stesso concetto. La ricerca mostra che gli ospedali in cui gli infermieri sono insoddisfatti del loro lavoro ed esperienza, il burnout è elevato, i pazienti sono insoddisfatti e gli esiti clinici sono peggiori.<sup>75</sup>

Le caratteristiche organizzative associate alla buona assistenza e agli ambienti di lavoro includono una struttura organizzativa orizzontale con pochi livelli di gestione tra gli infermieri clinici e la direzione infermieristica, dove l'autorità, in particolare per quanto riguarda l'assistenza clinica è decentralizzata e affidata ai clinici più vicini al paziente e dove sono previsti e promossi team interdisciplinari altamente funzionali. È previsto un processo decisionale basato su prove di efficacia sia per i manager che per i clinici, in modo che gli ambienti di lavoro e i livelli di personale siano determinati utilizzando le migliori pratiche e le prove che vengono continuamente rivalutate. Infine, il top management guarda alle competenze interne degli infermieri e di altri professionisti della salute per le innovazioni e miglioramenti nella cura dei pazienti piuttosto che ricorrere a fonti esterne o implementare cambiamenti organizzativi dall'alto verso il basso, senza il supporto di infermieri e altri operatori sanitari.





Buoni ambienti di cura sono associati a esiti migliori per i pazienti e gli infermieri outcomes

Una solida base di prove ha confermato che gli scarsi risultati dei pazienti (tra cui mortalità, riammissioni, durata della degenza, infezione acquisita in ospedale, cadute, ulcere da decubito) sono molto più probabili in contesti sanitari con ambienti di lavoro scadenti.<sup>79</sup> Anche la qualità della cura nel fine vita è migliore negli ospedali con un buon ambiente di lavoro e di cura.<sup>80</sup> Un numero altrettanto ampio di prove mostra che i risultati negativi per gli infermieri (ad es. esaurimento, insoddisfazione sul lavoro, intenzione di andarsene) sono molto più comuni in ambienti di lavoro poveri.<sup>81</sup>

I ricercatori hanno dimostrato che queste relazioni tra ambienti di lavoro e risultati di pazienti e infermieri sono costanti in tutto il mondo, in sistemi sanitari organizzati, finanziati e dotati di risorse diverse. Studi che utilizzano protocolli e misure simili implementati in oltre 30 paesi dimostrano più volte la stessa relazione tra buoni ambienti di lavoro e buoni risultati.<sup>82, 83, 84</sup> Tali studi internazionali chiariscono che è fattibile avere un buon ambiente di lavoro indipendentemente dalle differenze tra i paesi nel modo in cui l'assistenza sanitaria è finanziata e gestita: ogni paese ha esempi di contesti sanitari con buoni ambienti di lavoro. Gli ambienti di lavoro sono importanti per la fidelizzazione degli infermieri e i buoni risultati dei pazienti in tutte le strutture sanitarie.<sup>85, 86, 87</sup>

Le prove derivate da studi longitudinali mostrano che le relazioni osservate tra un buon ambiente di lavoro e buoni risultati sono probabilmente causali perché i miglioramenti negli ambienti di lavoro sono strettamente collegati a miglioramenti nei risultati.<sup>88</sup> Il momento di agire partendo dalle prove per migliorare gli ambienti di lavoro

La sfida per il futuro è tradurre ciò che è noto in azione implementando e testando modelli reali di riforma organizzativa per migliorare gli ambienti di lavoro.

Un promettente caso di riforma organizzativa sono gli ospedali Magnet, una forma di accreditamento volontario all'eccellenza dell'assistenza, che ha reso operative queste caratteristiche organizzative di buoni ambienti di lavoro. Il concetto di ospedali Magnet è partito dall'osservazione degli ospedali che erano riusciti ad attrarre e trattenere infermieri qualificati che assomigliavano alle multinazionali qualificate per le loro caratteristiche di buoni ambienti di lavoro. Decenni di ricerche hanno successivamente dimostrato che gli ospedali Magnet non sono solo posti migliori per lavorare nella prospettiva degli infermieri, ma producono anche risultati migliori per i pazienti.<sup>89</sup>

Le prove sono chiare: i risultati per i pazienti e per gli infermieri sono migliori negli ospedali con buoni ambienti di lavoro. Ora abbiamo modelli testabili di riforma dell'organizzazione per il processo di riforma. La sfida futura è quella di testare innovazioni di riforma organizzativa e difendere i modelli che si dimostrano efficaci affinché tutti gli infermieri possano esercitare in buoni ambienti di lavoro e fornire cure di alta qualità che tutti i pazienti meritano.





# Formazione: preparare infermieri per la pratica e la formazione continua

**Fadwa A Affara**, International Consultant, Regulatory and Education Policy. Former Consultant, Nursing and Health Policy, International Council of Nurses & **Dr Fariba Al Darazi**, Nursing and Health Workforce Development Consultant. Former Regional Adviser for Nursing, Midwifery and Allied Health Personnel, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean

I cambiamenti nel profilo epidemiologico delle popolazioni assistite da infermieri, così come i progressi tecnologici, la diffusione della conoscenza e i rapidi cambiamenti che hanno avuto luogo nei servizi sanitari di tutto il mondo richiedono che il sistema di formazione infermieristica risponda ai cambiamenti in modo tempestivo ed efficace per consentire ai laureati di operare come professionisti sicuri e competenti nel soddisfare le esigenze di salute delle comunità.

## Il campo della pratica infermieristica, la base per la formazione

La discussione globale sulle risorse umane per la salute negli ultimi due decenni si è concentrata su come creare professionisti in grado di funzionare in ruoli che si occupino di promozione della salute, prevenzione delle malattie e di fornire servizi sanitari incentrati sulle persone, basati sulla comunità e personalizzati per tutta la durata della vita. Questa riflessione è stata e continua ad essere svolta, sullo sfondo delle preoccupazioni circa la qualità e la pertinenza della formazione e la significativa carenza effettiva e prevista di operatori sanitari.

Le proiezioni indicano che entro il 2030,<sup>90</sup> verranno formati altri 40 milioni di posti di lavoro in sanità, allo stesso tempo si prevede una carenza di 18 milioni di operatori sanitari, tra cui **nove milioni di infermieri**.<sup>91</sup> Pertanto, l'assistenza infermieristica nella formazione si trova ad affrontare una triplice sfida: migliorare la qualità e allo stesso tempo la quantità di infermieri; identificare e aggiornare in modo continuo l'insieme competenze, abilità e comportamenti per raggiungere un livello concordato di qualità e adeguatezza rispetto ai contesti sanitari attuali e futuri e, l'applicazione un approccio trasformativo della formazione in tutto il suo spettro.<sup>92, 93, 94</sup>

Per identificare chiaramente l'obiettivo di un corso di formazione, è utile identificare e fare riferimento ad una area di pratica ben definita.

Di conseguenza, la definizione e il mantenimento della definizione dell'ambito della pratica deve essere riconosciuto come uno scopo essenziale della regolamentazione e, qualunque sia l'approccio utilizzato, l'ICN sostiene che ... *sviluppare e diffondere definizioni chiare dei ruoli che sono ricoperti dagli infermieri, così come e l'ambito di pratica della professione è responsabilità degli infermieri*.<sup>95</sup>

## Strategie per sostenere la trasformazione della formazione infermieristica

È essenziale riformare la formazione infermieristica a livello base per rispondere alla chiamata per la Copertura Sanitaria Universale (UHC) e per soddisfare gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG). La riforma dovrebbe concentrarsi sulla struttura, sui processi e sui risultati della formazione infermieristica.

Utilizzare un approccio sistematico per sviluppare un sistema formativo nazionale che ampli la portata della funzione infermieristica e consenta ai laureati di pensare in modo critico e di rispondere ai cambiamenti nel sistema sanitario è la chiave per la trasformazione della formazione infermieristica.<sup>96</sup>

Il rapporto dell'Institute of Medicine *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* indica che gli infermieri dovrebbero raggiungere livelli più alti di formazione e addestramento attraverso un sistema di formazione migliorato che promuova il progresso accademico senza soluzione di continuità.<sup>97</sup>

Il documento ICN/EMRO, *Ridurre il divario e migliorare l'interfaccia tra istruzione e pratica professionale: un quadro per l'analisi e la generazione di soluzioni*,<sup>98</sup> ha identificato il rafforzamento della collaborazione tra formazione infermieristica e pratica professionale come una sfida chiave per l'assistenza infermieristica.

Alla luce della natura mutevole del paesaggio sanitario, è importante condividere e diffondere esempi positivi di come gli infermieri hanno dimostrato con successo modi colmare il divario tra teoria e pratica.<sup>99</sup>

## Strategie di supporto alla trasformazione della formazione infermieristica

Un importante impegno da parte dei Paesi dovrebbe essere un aumento significativo degli investimenti nella formazione infermieristica a livello base, post base e continua al fine di preparare gli infermieri competenti in numero adeguato per soddisfare le esigenze sanitarie prioritarie nazionali e continuare a mantenere la competenza per tutto il loro lavoro.

La formazione continua contribuisce a mantenere le competenze e migliora lo sviluppo professionale degli infermieri. L'opportunità di formazione continua per gli Infermieri nei paesi in via di sviluppo è limitata e deve essere aumentata e adeguatamente finanziata. Dovrebbero essere sviluppati sistemi per il continuo sviluppo professionale degli infermieri e dovrebbero includere la formazione e l'educazione alla leadership, la pratica infermieristica avanzata, il potenziamento delle capacità di ricerca, l'applicazione della pratica basata su prove di efficacia e sul processo decisionale, i precetti e il tutoraggio.

## Formazione interprofessionale e pratica collaborativa: la strada per il futuro

Nella sua presentazione durante la prima conferenza regionale dell'ICN ad Abu Dhabi, negli Emirati Arabi Uniti nel 2018, il professor John Gilbert ha dichiarato che l'intento di un approccio interprofessionale alla salute e al benessere è

quello di fornire un'assistenza ottimale, ridurre la duplicazione dei servizi, colmare le lacune nella fornitura del servizio, e superare le conseguenze negative per i pazienti.<sup>100</sup> Il quadro d'azione dell'Organizzazione Mondiale di Sanità sull'educazione interprofessionale e la pratica collaborativa ha sottolineato l'importanza dell'educazione interprofessionale per lo sviluppo di personale "collaborativo e pronto per la salute" in grado di fornire una pratica collaborativa incentrata sulla persona e meglio preparata a rispondere ai bisogni sanitari locali.<sup>101</sup> La creazione di una cultura che promuova la formazione interprofessionale e la pratica collaborativa richiede un cambiamento nel sistema educativo delle professioni sanitarie e nel sistema sanitario sviluppato strategicamente, sostenuto e concordato da tutte le parti interessate. Dare forma alla professione infermieristica per rispondere al mutevole e complesso ambiente in cui gli infermieri forniscono assistenza, richiede la trasformazione della formazione infermieristica.

Occorre instillare i valori dell'apprendimento permanente dalle prime fasi del percorso degli studenti infermieri e apportare modifiche alle politiche all'interno del sistema sanitario del Paese per promuovere l'apprendimento permanente, l'educazione interprofessionale e la pratica collaborativa al fine di garantire la sicurezza del paziente / cliente e la qualità delle cure.





## Caso studio

# Kenya – Aumentare l'accesso alla chirurgia sicura

Contributo: Mary Mungai, Hosea Kiptoo, Stephen Thuo, Mark Newton, Kenya

Il Kenya è un paese a basso e medio reddito con una popolazione di circa 52 milioni di persone. Ha una carenza di anestesisti che si prevede necessità di almeno un decennio per essere colmata, e gli infermieri vengono quindi formati per fornire l'anestesia in aree dove non ci sono anestesisti, specialmente nelle zone rurali del paese.

Da quando è iniziato nel 2006, il programma Kenya Registered Nurse Anesthetist (KRNA) ha formato più di 200 infermieri anestesisti, che lavorano in oltre il 60% delle contee del Kenya. Il programma fornisce infermieri anestesisti per gli ospedali rurali, con un curriculum basato su competenze specifiche per il contesto, in modo che i laureati siano ben preparati per il loro futuro campo di azione, che è stato integrato all'interno del sistema di governo.

L'ovvia necessità e il successo schiacciante di questo programma di formazione hanno portato alla sua espansione in altre regioni del Kenya per affrontare simili carenze di anestesisti.

Un articolo sulla rivista *Anesthesia & Analgesia* descrive uno studio che ha confrontato gli ospedali in cui è stato inserito un KRNA (intervento) con ospedali senza KRNA (controllo). Nessuno degli ospedali aveva anestesisti. Gli ospedali di intervento avevano una maggiore concentrazione di infermieri anestesisti e un importante aumento del numero di interventi chirurgici.

I KRNA coinvolti hanno affermato che la formazione aveva fornito loro sufficienti capacità pratiche e di leadership, compresa la fiducia necessaria per prendersi cura di pazienti molto malati. Gli autori hanno affermato che l'aumento dell'attività chirurgica era dovuta in gran parte alla maggiore fiducia nella cura dei pazienti chirurgici, in particolare nel miglioramento delle cure chirurgiche in ambito ostetrico.

La formazione di infermieri anestesisti ad alto livello può avere un impatto significativo sull'accesso a un intervento chirurgico sicuro nelle zone rurali dell'Africa. Ampliare questo programma di formazione a più siti al di fuori delle aree urbane del Kenya e ad altri paesi aumenterebbe il numero di "anestesisti" e aumenterebbe la capacità chirurgica.

Questo lavoro è vitale perché è un modello già testato che può essere distribuito ad altre aree, e dimostra che i laureati ben addestrati possono essere formati per diventare formatori, rafforzare i sistemi sanitari rurali e per ripetere questa esperienza in altri paesi a basso e medio reddito in cui i deficit di anestesisti sono un problema.

Gli infermieri anestesisti aumenteranno l'accesso agli interventi chirurgici e probabilmente diminuiranno la morbilità e la mortalità specifica. I cinque miliardi di persone che non hanno accesso a un intervento chirurgico sicuro continueranno a crescere in numero se non radicalmente la carenza di anestesisti qualificati come formati da questo programma nelle aree urbane e rurali dei paesi a basso e medio reddito.

In Kenia, gli infermieri anestesisti, stanno migliorando l'accesso per un intervento chirurgico più sicuro.





# Sicurezza del personale: una sfida continua

Dr **Linda H Aiken**, Director for the Center for Health Outcomes and Policy Research and the Claire M. Fagin Leadership Professor of Nursing Science and Professor of Sociology, University of Pennsylvania, USA

& Dr **Matthew McHugh**, Independence Chair for Nursing Education & Professor of Nursing at the University of Pennsylvania School of Nursing & Associate Director of the Center for Health Outcomes and Policy Research

Nonostante gli straordinari progressi della tecnologia nel settore sanitario, la principale risorsa globale per la salute risulta essere il capitale umano. In ambito infermieristico, il concetto di capitale umano si riferisce ad avere un numero adeguato di infermieri con il giusto mix di formazione, competenze ed esperienza per soddisfare le esigenze sempre crescenti di cure complesse per i pazienti in tutti gli ambienti. Nel 2018, ICN<sup>101</sup> ha riconosciuto formalmente questa realtà nella sua presa di posizione, che chiede organici di personale infermieristico sulla base delle prove d'efficacia. Uno degli elementi fondamentali della sicurezza delle dotazioni organiche è semplicemente avere un numero sufficiente di infermieri in relazione alle esigenze di assistenza del paziente.

## Raccogliere un corpus di dati e prove a sostegno della sicurezza del personale

I dati disponibili suggeriscono che livelli sicuri di personale infermieristico sono necessari per assicurare assistenza di alta qualità e sicura per il paziente. La relazione tra personale infermieristico e risultati è dimostrata dai maggiori risultati di assistenza in termini di qualità e sicurezza, inclusa la mortalità, la morte per complicanze, le infezioni legate all'assistenza, le riammissioni e la durata della degenza.<sup>62, 103</sup> L'effetto di questo legame è stato riscontrato in tutto il mondo indipendentemente dalla struttura dei servizi sanitari, dalla governance o dal finanziamento. Ad esempio, uno studio molto importante condotto negli Stati Uniti ha scoperto che la probabilità di mortalità dei pazienti è aumentata del 7% per ogni paziente aggiuntivo assegnato all'infermiere.<sup>104</sup> Lo stesso risultato ed impatto è stato ritrovato in uno studio condotto su nove paesi europei ed in un altro condotto in Corea del Sud.<sup>62</sup> I benefici di avere personale infermieristico adeguato non sono esclusivi delle strutture ospedaliere; sono stati identificati anche in altri settori interni agli ospedali e in altri contesti come le residenze per anziani.

## La formazione come elemento dello staffing

L'importanza dell'investimento sugli infermieri non riguarda solo il numero: è determinate garantire la corretta composizione del personale assistenziale. Ogni aumento del 10% di infermieri impegnati a letto del paziente è associato a una riduzione del 7% della mortalità.<sup>62</sup> Molti studi hanno dimostrato che la formazione universitaria degli infermieri è correlata a risultati migliori per i pazienti. Inoltre, avendo migliori livelli di personale e all'interno di questo personale una percentuale più alta di infermieri in possesso di titolo universitario migliorano i risultati rispetto all'uno o all'altro dei due aspetti, personale o formazione.<sup>105</sup>

Il Parlamento Europeo recentemente ha aggiornato le sue policy rispetto alla mobilità degli infermieri in Europa riconoscendo formalmente il percorso universitario, pur non richiedendo ancora una laurea per gli infermieri, la nuova delibera incentiva i paesi membri ad offrire una formazione universitaria agli infermieri in ogni paese dell'UE, il risultato è stato lo sviluppo di corsi di laurea in Paesi come la Germania dove storicamente il percorso era professionale.

## La strada da percorrere per le politiche del personale

La presa di posizione sulla politiche del personale infermieristico ICN del 2018<sup>102</sup> è un invito all'azione per utilizzare la considerevole mole risorse ed evidenze per migliorare i livelli organici del personale. Sebbene le raccomandazioni di incremento degli organici del personale infermieristico abbiano dimostrato benefici effetti per i pazienti, vi è ancora una scarsità di iniziative di diffusione di tali raccomandazioni sui livelli del personale.

Un limite può essere la ristretta gamma di disposizioni per il personale, ad esempio, la maggior parte è basata su rapporti di personale strutturati per essere applicate genericamente a tutti gli ospedali. Ci sono prove che suggeriscono che sono questi ospedali che necessitano di interventi correttivi e in cui i risultati ottenuti sono migliori<sup>106</sup> Ma altri modelli meriterebbero di essere testati, ad esempio l'imposizione di coefficienti di personale di personale infermieristico degli ospedali con organici non adeguati. con un'esenzione a favore delle istituzioni che hanno già livelli di personale sufficiente e risultati accettabili. Ci sono evidenze che suggeriscono che sono questi ospedali che necessitano di interventi correttivi e in cui i risultati ottenuti sono migliori<sup>106</sup>

L'imposizione di organici adeguati potrebbe anche essere collegato a programmi di sviluppo del personale infermieristico e a incentivi mirati a lavorare in ospedali con scarsità di personale per garantire una disponibilità di personale adeguata al raggiungimento degli obiettivi. Nella sua presa di posizione, l'ICN raccomanda che le associazioni infermieristiche nazionali collaborino con i governi per promuovere l'attuazione di politiche per la sicurezza del personale e lo svolgimento di studi di ricerca per valutarli.

I paesi dovrebbero considerare l'adozione di un approccio simile a quello adottato dal Queensland, in Australia, che incorpora una valutazione empirica delle politiche per essere in grado di comprenderne chiaramente i suoi benefici e i suoi costi per la comunità.

## Conclusioni

I dati sono chiari: negli ospedali, i risultati di salute per i pazienti sono influenzati dalla disponibilità del personale infermieristico. con almeno un diploma di laurea, come livello minimo di formazione. In future, la sfida è di investire sufficientemente nel capitale umano e attuare e valutare politiche del personale per assicurare che i benefici legati assistenza infermieristica siano disponibili per tutti.

# Staff infermieristici sicuri – migliorare i risultati di salute e l'ambiente di lavoro. Un modello nel Queensland, Australia

Contributo: Office of the Chief Nursing and Midwifery Officer, Queensland

Il Queensland Health ha attuato una politica che stabilisce i rapporti minimi infermiere-paziente in 27 ospedali pubblici dal 1° luglio 2016. La ricerca condotta su questa policy ha scoperto che l'aumento del personale infermieristico è associato a miglioramenti nei risultati sia per i pazienti che per gli infermieri nei reparti medici e chirurgici per adulti.

L'indagine del personale ha mostrato cambiamenti positivi a seguito della nuova policy sul rapporto infermiere-paziente, tra cui: miglioramento del "tempo per completare le cure necessarie" e "tempo per rilevare i cambiamenti dei pazienti"; migliore soddisfazione sul lavoro e meno burnout; meno probabilità di valutare l'ospedale come inadeguato nella sicurezza o nella prevenzione delle

infezioni; e più propensi a raccomandare l'ospedale a familiari e amici. L'analisi dei dati ha stimato che la nuova legislazione ha portato a 145 morti in meno, 255 riammissioni in meno e 29.222 giorni in meno di degenza.

Anche se i risultati della legislazione sul rapporto minimo infermiere-paziente sono significativi, nel Queensland esistono anche altri meccanismi per determinare i livelli adeguati di personale infermieristico in base alla gravità del paziente e al contesto clinico. All'interno del Queensland Health esiste uno strumento di gestione del personale infermieristico, il Business Planning Framework: uno strumento per la gestione del carico di lavoro infermieristico e ostetrico, che è stato introdotto per la prima volta nel 2001.



# Sfruttare il potenziale della tecnologia per migliorare gli esiti di salute

Adattato da una lezione condotta dal Professor Petrie F. Roodbol, Professor of Nursing Science, University Medical Centre & Hanze University of Applied Sciences Groningen, Netherlands

Le tecnologie mostrano sempre più il loro potenziale per superare i problemi e le sfide esistenti nel settore sanitario. La salute digitale migliora le prestazioni dei sistemi sanitari rendendoli più adattabili, flessibili e reattivi verso i pazienti, il personale e le alla comunità. Consente un approccio sostenibile per l'assistenza centrata sul paziente, sul benessere e per l'assistenza basata sulle evidenze.

La salute digitale è sempre più una componente fondamentale di ogni sistema sanitario ad alte prestazioni. Oggi, la tecnologia sta sviluppando sistemi per aiutare gli infermieri ad alleviare le loro attività quotidiane, come per il monitoraggio e l'osservare dei pazienti, servizi igienici intelligenti, strumenti per l'individuazione del patrimonio venoso e l'inserimento di cannule endovena, fonendoscopi intelligenti che analizzano i suoni del cuore, la stampa 3D per sviluppare nuove apparecchiature mediche come calchi e cartelle cliniche elettroniche per la registrazione delle informazioni del paziente.

Tuttavia, mentre la tecnologia ha il potenziale per migliorare l'assistenza, introduce anche effetti collaterali non intenzionali, come guasti e altri possibili eventi avversi. Come tale non è priva di rischi. Ci sono migliaia di diversi tipi di dispositivi medici utilizzati dagli operatori sanitari in giro il mondo e questo significa che i problemi legati alla tecnologia sono inevitabili. Esempi comuni di questo includono: la crescente complessità dei dispositivi che aumentano il carico di lavoro infermieristica; la scarsa comunicazione tra i dispositivi che porta all'impossibilità di

accedere alle informazioni; il ridotto coinvolgimento e contatto del paziente e altri problemi di sicurezza e privacy dei pazienti. Le ragioni più comuni, per cui il pieno potenziale della tecnologia non viene realizzato includono: 1. Design scadente che non ha preso in considerazione il fattore umano 2. Comunicazione ed interfaccia scadente con l'ambiente di cura del paziente 3. Pianificazione inadeguata nell'introduzione delle nuove tecnologie, e 4. supporto e manutenzione inadeguati delle tecnologie.<sup>107</sup> Il semplice messaggio che emerge è la mancanza coinvolgimento del personale impegnato operativamente in prima linea.

Molte applicazioni sanitarie digitali non sono appositamente progettate per gli infermieri e non sono adatte agli infermieri. Il dominio medico nello sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche, ad esempio, comporta che gli infermieri devono compilare le loro osservazioni e risultati in punti diversi della documentazione e questo richiede molto tempo e competenze informatiche avanzate. Il tempo disponibile per l'assistenza diretta ai pazienti, che rappresenta il potere e il valore degli infermieri, diminuisce.

Mentre la tecnologia offre molti progressi nella fornitura di assistenza sanitaria, è improbabile che i benefici siano pienamente realizzati senza il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari impiegati nell'assistenza diretta. A tal fine, l'OMS<sup>108</sup> raccomanda che:



1. Gli infermieri che forniscono assistenza diretta ai pazienti dovrebbero essere coinvolti nella definizione e valutazione delle politiche istituzionali, organizzative e pubbliche relative alle tecnologie.
2. Gli infermieri che forniscono assistenza diretta al paziente devono poter garantire che le tecnologie che utilizzano soddisfino gli standard internazionali di qualità e sicurezza e utilizzare le specifiche tecniche necessarie per operare nell'ambiente clinico.
3. Gli infermieri che forniscono assistenza diretta al paziente possono garantire che le decisioni istituzionali vengano prese con il loro contributo e il contributo di altre parti interessate.
4. Gli infermieri che forniscono assistenza diretta ai pazienti dovrebbero essere coinvolti nelle politiche e nei processi della propria organizzazione relativi alla manutenzione, alla formazione, al monitoraggio e alla segnalazione di eventi avversi legati alla tecnologia.

Perché la tecnologia continui a ridefinire il modo in cui l'assistenza sanitaria viene fornita e il modo in cui gli infermieri lavorino, gli infermieri devono essere inclusi e coinvolti nella progettazione, sviluppo, implementazione, applicazione e ricerca di nuove tecnologie



## Caso studio

# USA – Usare I droni per raggiungere le popolazioni isolate

Contributo: Teresa Tyson and Paula Hill Collins, USA

---

*Health Wagon* è una clinica mobile gestita da infermiere dal 1980, la cui missione è fornire assistenza a coloro che non sono assicurati o sotto-assicurati nella regione montana degli Appalachi in Virginia.

*Health Wagon* è la più antica clinica mobile gratuita della nazione, la cui missione è fornire assistenza sanitaria di qualità e compassionevole ai malati. La clinica assiste alcune delle persone più povere degli Stati Uniti e continua a fare la differenza quotidiana tra vita e morte, ribaltando l'ondata di disparità sanitarie in costante peggioramento con un'organizzazione di base, sfruttando al meglio le risorse e usando una tecnologia innovative mai viste prima nella regione degli Appalachi centrali.

Le montagne e il terreno accidentato di questa regione rendono l'assistenza sanitaria una sfida, così come è la povertà. *The Health Wagon* lavora per affrontare le barriere incontrando i suoi pazienti dove vivono. Spesso, il team guida le cliniche mobili fino a 250 km al giorno verso località remote, per prendersi cura di pazienti le cui possibilità di trasporto sono molto limitate o assenti. I Nurse Practitioners (infermiere con competenze avanzate e capacità di prescrizione) trattano fino a 100 pazienti al giorno, fornendo valutazione, gestione e trattamento, utilizzando l'esame fisico e l'anamnesi. La maggior parte dei pazienti che accedono per la prima visita è stato per anni senza vedere professionisti della salute.

Molti hanno ipertensione e iperglicemia incontrollate, nonché problemi di salute mentale, a causa di malattie croniche.

Nel 2015, *Health Wagon* è stato un partner strumentale nella prima consegna di droni approvata dalla *Federal Aviation Administration* negli Stati Uniti in collaborazione con *Flirtey*, la *NASA Langley* e altri. I farmaci vengono inizialmente trasportati all'aeroporto di *Lonesome Pine* a *Wise*, in Virginia, da un aereo della *NASA* azionato a distanza e quindi viene utilizzato un drone a sei rotori per portare i prodotti farmaceutici ai pazienti.

L'uso di droni per la consegna di farmaci offre una grande opportunità per aiutare i nostri pazienti a ottenere farmaci.

Il territorio servito dalla clinica mobile è costituito da strade tortuose con lunghe distanze dalle farmacie o dagli ospedali più vicini e ad ore dalla principale clinica di approvvigionamento, dove vengono conservate farmaci e dispositivi necessari per la cura. Questo drone è programmato per essere inserito come prodotto storico nel *National Air and Space Museum* dello *Smithsonian*.

*Health Wagon* rimane all'avanguardia nell'innovazione nel settore sanitario al servizio di un'area significativamente sotto-servita e continua ad avere successo grazie all'impegno, agli sforzi e alla passione di due infermiere con competenze di pratica avanzate: la Dr. Teresa Tyson e la Dr. Paula Hill Collins.

# Riconoscimento e ricompense: come il sistema sanitario può prevenire l'abbandono della professione infermieristica

Dr Pilar Espinoza, San Sebastian University, Chile & Dr Marina Peduzzi, Sao Paulo University, Brazil

In molti Paesi, Infermieri e Ostetriche rappresentano oltre il 50% degli operatori sanitari. Tuttavia è prevista una carenza di circa nove milioni di questi professionisti entro il 2030, con un impatto notevole sulla sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure<sup>94</sup>. Data la carenza cronica di infermieristica, dovrebbe essere necessario analizzare tale situazione usando nuovi approcci ed evitando considerazioni puramente quantitative. Dobbiamo esaminare attentamente il motivo per cui molti infermieri abbandonano la professione e cosa può essere fatto per trattenerli in servizio.

Ci sono numerosi motivi per cui gli infermieri considerano la possibilità di abbandonare la professione. I fattori comuni includono: la difficoltà a identificarsi con gli stereotipi della professione (status da caregiver, badante, disponibilità al servizio, altruismo e subordinazione alla professione medica); l'intensità del servizio da un punto di vista fisico, emotivo e psicologico; la mancanza di riconoscimento della professione,<sup>109</sup> le cattive condizioni di lavoro legate a ponderosi carichi di lavoro; il pregiudizio o l'incapacità degli infermieri di agire in base ai loro valori morali, i numerosi obblighi e la responsabilità professionale dovuta di vincoli interni ed esterni associati al sistema sanitario;<sup>110</sup> e le richieste contrastanti tra lavoro e famiglia.

Lo dimostrano sia la letteratura che l'esperienza dei professionisti negli ospedali e in altri servizi: le relazioni gerarchiche costringono gli infermieri a essere subordinati, senza spazi per il confronto, i processi decisionali clinici e manageriali sono centralizzati e non partecipativi, le restrizioni all'espansione dell'autonomia professionale rendono la pratica clinica fragile e insoddisfacente, ostacolando l'impegno personale e la fidelizzazione del personale.

Tuttavia, ci sono buone notizie. Esistono strategie semplici ed efficaci per superare questi problemi e ridurre il tasso del turnover infermieristico. Studi condotti in diverse Paesi del Mondo hanno dimostrato che il miglioramento della soddisfazione professionale nell'assistenza infermieristica richiede: forte identificazione con il team professionale, relazioni interpersonali fiduciose e solidali, elevata coesione dei membri del team infermieristico, comunicazione efficace, chiarezza del ruolo, obiettivi condivisi e partecipazione al processo decisionale, specialmente nella collaborazione medico-infermiere.<sup>111,112</sup>

Preparazione, supporto e offerta di opportunità fin dall'inizio della carriera, flessibilità nei turni, giusta dotazione e disponibilità di tempo per completare le attività di assistenza al paziente aumentano la soddisfazione sul lavoro e diminuiscono il desiderio di cambiare o lasciare il proprio ruolo.

È importante sottolineare che anche all'interno della professione infermieristica sono ovviamente presenti differenze nelle esigenze relative alla soddisfazione professionale. Ad esempio, gli infermieri con competenze di pratica avanzata devono riuscire a dare un senso al lavoro da svolgere, gli infermieri di terapia intensiva sottolineano la necessità di flessibilità nei turni e dotazioni professionali adeguate.

Come esistono anche diverse altre variabili che incidono sulla soddisfazione tra infermieri di diverse generazioni, in particolare nella percezione dello stress, del burnout e dell'intenzione di lasciare il lavoro.<sup>113,114</sup>



## Le ricompense

Un elemento rilevante nella strategia di gestione delle risorse umane nelle organizzazioni, che può aumentare la soddisfazione lavorativa sono le ricompense, economiche e non, date agli infermieri in risposta ai loro sforzi.<sup>115</sup>

Le ricompense economiche riguardano il pagamento per specifiche competenze o abilità, per il lavoro straordinario e i bonus. Le ricompense non economiche includono nuove responsabilità, espressioni di apprezzamento e riconoscimento da parte dei supervisor, giustizia lavorativa, aumento dello status, feedback sugli orari di lavoro, stabilizzazione del lavoro e supporto da parte dei leader, tra le altre.<sup>116</sup>

La letteratura internazionale associa positivamente le ricompense non economiche con un maggiore coinvolgimento e soddisfazione lavorativa, così come con una diminuzione del turnover e dell'intenzione di lasciare il lavoro. Le iniziative che includono il riconoscimento incidono positivamente sulla soddisfazione professionale, e quelli con una componente più olistica e completa - come permettere una maggiore autonomia professionale, promuovere la partecipazione al processo decisionale, mostrare rispetto e supporto permanente, facilitare lo sviluppo professionale o fornire maggiore flessibilità per rendere la vita privata e il lavoro compatibili - potrebbero rappresentare una strategia innovativa nella gestione del sistema premiante dell'organizzazione.

Alcune iniziative di collaudato successo, sono la certificazione con il marchio "Magnet" che promuove alti livelli di soddisfazione professionale, autonomia e rispetto professionale per le infermiere all'interno delle organizzazioni sanitarie.<sup>117</sup> Un altro esempio è il premio DAISY che è un programma internazionale che riconosce e celebra come l'assistenza infermieristica di qualità quella che riesce a determinare una differenza significativa nell'esperienza dei pazienti e delle loro famiglie. Il premio promuove gli ambienti di lavoro positivi e salutarì e il coinvolgimento tra le discipline e l'organizzazione.<sup>118</sup>

Una delle sfide per affrontare la carenza di infermieri e infermiere risiede nella necessità di promuovere una più ampia comprensione del lavoro infermieristico al fine di aumentare la visibilità e il riconoscimento della professione. Ciò è possibile solo attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori responsabili nel garantire l'accesso e la qualità dei servizi sanitari: gestori di sistemi e organizzazioni sanitarie, erogatori di servizi, operatori sanitari, pazienti, famiglie e comunità.

Questo sfondo mostra la necessità di creare nuove possibilità

Per la pratica infermieristica, nella dimensione manageriale e politica, dobbiamo consentire una maggiore flessibilità nei contratti e negli orari di lavoro e migliori condizioni di lavoro. Nella dimensione sanitaria, dobbiamo consentire agli infermieri di lavorare più a contatto con i loro pazienti, le loro famiglie e la comunità. Il nuovo quadro dovrebbe guidare le azioni degli infermieri, in modo articolato, verso la promozione della salute, la prevenzione dei rischi per la salute e il recupero della salute. Dovremmo anche consentire alle infermiere di essere coinvolte nella costruzione di sistemi sanitari incentrati sulla salute delle persone e della popolazione. La promozione dell'integrazione di azioni e servizi interprofessionali può aiutare a superare la profonda frammentazione che attualmente prevale e che è data dalla qualità dell'assistenza sanitaria.



# Pianificare il fabbisogno di personale infermieristico

Professor James Buchan, School of Nursing Midwifery and Health, University of Technology, Sydney, Australia & Professor Gilles Dussault, IHMT, Universidade Novo de Lisboa, Portogallo

La professione infermieristica è la più numerosa professione sanitaria nel mondo. La pianificazione del personale è fondamentale per garantire l'allineamento dell'offerta infermieristica alla domanda fatta dal sistema sanitario e per creare una forza lavoro infermieristica sostenibile. Purtroppo i limiti nella pianificazione della forza lavoro sono spesso minimizzati o ignorati.

La carenza infermieristica non può essere risolta separatamente dai problemi più ampi dei sistemi sanitari. La pianificazione del fabbisogno di personale può aiutare a utilizzare meglio gli infermieri disponibili e può contribuire a valutare quanti saranno necessari in futuro. Se dotata di risorse adeguate e diretta in modo efficace, la pianificazione strategica della forza lavoro può essere un potente strumento per migliorare la disponibilità, l'accessibilità e la qualità degli infermieri.<sup>119</sup> Può essere utile per anticipare delle esigenze future (numerosità, competenze, skill-mix) e per l'analisi delle implicazioni nei diversi scenari plausibili.

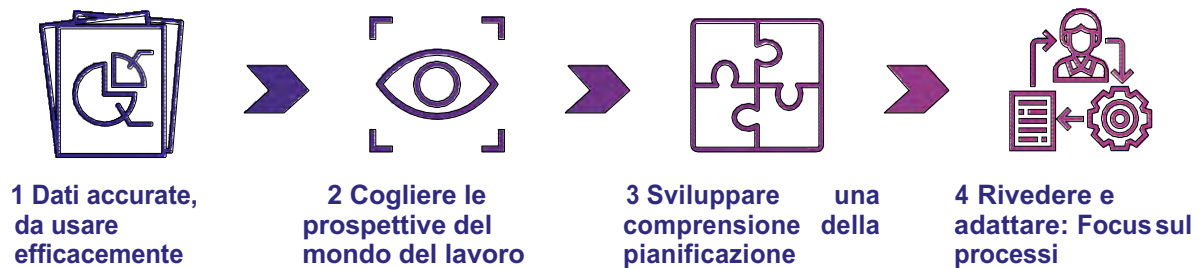
La pianificazione razionale, basata su dati e informazioni valide e affidabili, è la chiave per prendere decisioni informate sulla futura numerosità e sulle competenze del personale infermieristico. È inoltre necessaria una pianificazione efficace per adattare e ottimizzare l'impiego del personale infermieristico esistente. In breve, la pianificazione del fabbisogno è un mezzo per raggiungere il fine di migliorare i servizi sanitari e la salute della popolazione migliorando la disponibilità di infermieri adeguatamente qualificati, ora e in futuro.

## Oltre la pianificazione

Può un'efficace pianificazione del personale "fermare" la carenza infermieristica? La carenza infermieristica è spesso un sintomo di un problema del sistema sanitario più profondo o della società. L'assistenza infermieristica, in molti paesi e sistemi sanitari, continua a essere sottovalutata e vista come "lavoro delle donne" e agli infermieri viene concesso un accesso limitato alle risorse per renderli efficaci nel loro lavoro e carriera. Un obiettivo importante è migliorare la corrispondenza quotidiana del personale infermieristico con il carico di lavoro. Come l'ICN sottolinea, "avere organici insufficienti o inappropriati rispetto ai bisogni dei pazienti esita in un eccessivo carico di lavoro e ha un impatto negativo sulla salute e sul benessere del personale" e che "deve essere effettuata una pianificazione che allinei i bisogni dei pazienti e della comunità con l'offerta infermieristica."<sup>102</sup> Deve esserci anche chiarezza nei ruoli e un migliore equilibrio tra infermieri, medici, altri professionisti sanitari e personale di supporto. Le prove di efficacia relative al mix di competenze sono cresciute rapidamente e la maggior parte di esse insistono sull'impatto positivo della presenza di infermieri con esperienza, *nurse practitioners* e di infermieri con competenze avanzate nello staff infermieristico.<sup>121</sup> Un'efficace pianificazione del fabbisogno di personale può mitigare alcuni dei problemi legati alle carenze, senza dimenticare che le carenze sono anche un sintomo di un più ampio problema del sistema sanitario, dei finanziamenti e sociale. Fino a quando ciò non sarà compreso e faremo un uso migliore delle prove disponibili per pianificare il personale in modo efficace, il rischio è che continuiamo il ciclo di risposte inadeguate e inappropriate alle carenze.



**Figura 2: Le quattro condizioni per un'appropriatea pianificazione**



1. Nessun paese può aspirare a una pianificazione efficace senza un sistema informativo delle risorse umane (HRIS) che consenta di definire e testare le politiche e di supportare pianificatori, educatori e dirigenti nella pianificazione, assunzione, pagamento, implementazione, formazione e gestione degli infermieri. I dati dovrebbero normalmente includere indicatori demografici, educativi e occupazionali.<sup>120</sup> Il punto di partenza dovrebbe essere un *audit* sull'attuale personale infermieristico e delle relative informazioni.
2. I dati sono necessari ma è anche necessario comprendere che la forza lavoro è dinamica. In qualsiasi momento, ci sono infermieri che entrano e lasciano il mondo del lavoro, spostandosi tra posti di lavoro, settori, regioni e paesi. Catturare questi movimenti del mercato del lavoro è essenziale per la pianificazione del personale. Esempi di politiche per combattere la carenza infermieristica sono:<sup>119</sup> aumentare la capacità di formare infermieri nell'ambito delle istituzioni di formazione, allineare i programmi e curriculum con le priorità di salute della popolazione, attuare strategie per attrarre, reclutare e trattenere candidati qualificati alla professione infermieristica, ampliare e aumentare gli ambiti di lavoro degli infermieri per rendere la professione più attraente e migliorare l'efficacia, riqualificare il personale esistente e rispettare il Codice OMS sul reclutamento internazionale quando vengono considerate le opzioni di reclutamento internazionale e i flussi bilaterali di infermieri.
3. Lo scopo di un processo di pianificazione strategica del fabbisogno infermieristico nazionale dovrebbe essere quello di fornire una dichiarazione di intenti e scopi concordata e informata su ciò che verrà fatto per gestire la forza lavoro infermieristica. Questo non è solo un esercizio tecnico, è un processo per garantire l'impegno delle parti interessate, identificare le priorità e i vincoli attuali, profilare la forza lavoro infermieristica attuale e prevista in tempi brevi / medi / lunghi e definire politiche. Un punto di partenza raccomandato è la convocazione nazionale delle parti interessate.<sup>102</sup> Questa dovrebbe essere una tavola rotonda che si concentri sull'identificazione delle principali sfide del personale infermieristico e su ciò che può essere fatto, da chi, per ottenere miglioramenti. Rappresentanti della società civile, ministeri, agenzie statali, professioni sanitarie, autorità di regolamentazione, datori di lavoro, settore dell'istruzione e ONG dovrebbero essere coinvolti per garantire un focus globale.
4. Per garantire che lo sviluppo del piano sia sostenibile e non considerato "una tantum", è necessario stabilire un ciclo regolare di revisione e perfezionamento del suo contenuto e attuazione. Il punto cruciale è che un approccio sostenibile richiede un processo di pianificazione adattiva, non un "piano" temporale prestabilito.

## Caso studio

# Eswatini – Rafforzare le capacità per la Copertura Sanitaria Universale

Contributo: Colile P Dlamini, Bonsile Nsibandze, Tengetile R Mathunjwa-Dlamini, Elizabeth Macera, Eileen Stuart-Shor, Cynthia H Dlamini, Eswatini (ex Swaziland)

---

Il Regno di Eswatini è un piccolo paese senza sbocco sul mare nell'Africa meridionale con circa 1,3 milioni di persone, l'80% dei quali vive in aree rurali. Il paese ha carenza di operatori sanitari e soffre di un elevato prevalenza di malattie trasmissibili, materne, perinatali, malattie non trasmissibili e di scarse condizioni nutrizionali. Nonostante i notevoli progressi nel ridurre l'incidenza dell'HIV / AIDS dal 2011, Eswatini continua a sostenere il più alto carico mondiale di HIV / AIDS, con il 26% della popolazione che attualmente vive con l'infezione da HIV. Eswatini è anche al terzo posto tra i paesi africani per i decessi dovuti a malattie non trasmissibili.

Con la maggior parte della popolazione che vive nelle aree rurali e risorse umane limitate per la salute, il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base è diventato un imperativo se si vuole realizzare l'obiettivo della Copertura Sanitaria Universale (UHC). Raggiungere questo obiettivo in Eswatini richiede nuovi modi di pensare e nuovi modi di fornire assistenza, centrati sui bisogni delle comunità. Vi sono numerose prove che gli infermieri di pratica avanzata forniscono assistenza di livello elevato ed economica. Di fronte all'elevato numero di malattie e di problemi di salute da soddisfare nelle fasce di popolazione sotto-assistite, l'Università di Eswatini ha istituito un programma per infermieri di livello universitario incentrato sulla famiglia. Il programma triennale a tempo parziale di Family Nurse Practitioner

(FNP) crea infermieri in grado di fornire un accesso migliore e più rapido alle cure, ridurre le segnalazioni e le complicazioni derivanti da cure ritardate e fornire servizi culturalmente e linguisticamente appropriati, specialmente in ambito comunitario.

Gli FNP colmano anche il divario tra infermieri e medici, e collaborano con altri operatori sanitari per fornire un'assistenza sanitaria di base completa.

Gli studenti sono infermieri abilitati, provenienti da tutto lo Eswatini, molti con una vasta esperienza nel settore infermieristico. Il rigoroso curriculum impone loro di percorrere lunghe distanze per frequentare i loro tirocini pratici. Il corso è difficile, ma gli studenti perseverano perché comprendono il loro ruolo e la differenza che faranno nel sistema sanitario di Eswatini raggiungendo la popolazione sotto-assistita con servizi di assistenza primaria di qualità e sicuri. Ad oggi, tre gruppi di studenti si sono iscritti al programma FNP e i primi laureati sono previsti nell'ottobre 2020. Il programma FNP è una soluzione ad alcune delle numerose sfide del sistema sanitario che abbondano a Eswatini. Questo gruppo di infermieri di pratica avanzata è formato per fornire accesso cure di qualità, centrate sul cliente, convenienti, culturalmente adeguata e assistenza sanitaria completa per popolazioni scarsamente servite e avrà un impatto notevole sulla nostra capacità di raggiungere gli obiettivi di copertura sanitaria universale.





# L'EREDITÀ DELL'ANNO DELL'INFERMIERE

*Howard Catton, Chief Executive Officer ICN*

La Giornata internazionale degli infermieri (IND) 2020 sarà diversa da qualsiasi altra precedente. Quest'anno non stiamo festeggiando solo un giorno o una settimana. Nel 2020, tutto l'anno è nostro! Quale sarà l'eredità di questo 2020, *l'anno internazionale dell'infermiere e dell'ostetrica*?

Come possiamo cogliere questa opportunità unica di fare un salto in avanti verso un modo nuovo di guardare alla professione infermieristica per fare che, in futuro, gli infermieri siano visti per il contributo unico che apportano al benessere di tutti i popoli del mondo?

Non c'è dubbio che è fantastico che la professione infermieristica sia riconosciuta a livello globale e dovremmo celebrare l'apprezzamento di ciò che fanno gli infermieri, di quanto siano arrivati lontano, di quanto abbiano ottenuto, ma c'è in gioco qualcosa di più importante di questo! Dobbiamo cogliere quest'anno come un'opportunità per fare un passo verso il cambiamento nel modo in cui viene considerata la professione infermieristica e promuovere il pesante investimento che vogliamo vedere in questo settore.

Abbiamo bisogno che questo riconoscimento porti sia alla promozione di posizioni di leadership nell'assistenza infermieristica sia al cambiamento dell'immagine della professione infermieristica. Il 2020 non è solo un momento per festeggiare, ma anche per realizzare cambiamenti duraturi. Quindi dobbiamo pensare ai mattoni che devono essere mobilitati affinché ciò accada, in modo che quando le parole di apprezzamento nei nostri confronti saranno scomparse e i riflettori dell'attenzione globale si saranno spostati su qualcos'altro, ci rimanga l'infrastruttura per raggiungere i nostri obiettivi.

## **Quali cambiamenti vogliamo vedere?**

In primo luogo, dobbiamo affrontare la carenza di infermieri, come indicato da diversi autori di questo rapporto. Ciò significa guardare sia al reclutamento di più infermieri sia al mantenimento degli infermieri che già abbiamo. Come possiamo farlo? Migliorando le condizioni di lavoro, gli stipendi, il rispetto, il valore a loro dato, i meccanismi premianti. E tutto ciò richiede investimenti. Come ha affermato il dott. Tedros nel suo discorso al Congresso ICN del 2019, "Semplicemente non possiamo raggiungere la copertura sanitaria universale e gli obiettivi relativi alla salute negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile a meno che non diamo potere e sosteniamo gli infermieri e le ostetriche, utilizzando poi il loro potere"<sup>122</sup>. Quando parliamo di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria, ciò che significa veramente è poter incontrare un operatore sanitario. Non c'è salute senza professionisti sanitari!<sup>123</sup>

In secondo luogo, dobbiamo liberare il potenziale degli infermieri con competenze avanzate ed espandere i ruoli infermieristici in quanto sono fondamentali per affrontare l'agenda sanitaria globale, i nuovi modelli di assistenza, le malattie croniche, ecc. Lo possiamo fare eliminando le barriere normative alla pratica avanzata, presentando prove di efficacia e usandole per costruire nuovi servizi e influenzare la politica; e davvero, cosa ancora più importante, facendo in modo che più infermieri in posizioni dirigenziali siano la voce che guida: prendere le competenze infermieristiche, i consigli e le prove di efficacia dell'assistenza infermieristica e usarle per informare, sviluppare e predisporre i regolamenti e le policy.

Terzo, quando ci occupiamo di professione infermieristica, ci occupiamo di genere e disuguaglianze. Questo va di pari passo con l'affrontare l'immagine della nostra professione. È tempo di rompere i miti che circondano l'infermiere, così come l'idea di cosa significhi essere una donna si sta staccando ormai dagli antichi stereotipi tradizionali. Per affrontare le disuguaglianze nel mondo, dobbiamo affrontare le disuguaglianze nella nostra professione e aumentare il profilo dell'assistenza infermieristica.



## Come possiamo ottenere questi cambiamenti?

Per realizzare questi cambiamenti abbiamo bisogno di associazioni infermieristiche nazionali più forti ed efficaci. Le NNA forniscono il fondamento della solidarietà infermieristica e della coesione infermieristica. Dobbiamo riunire tutti i membri della famiglia infermieristica per promuovere e far progredire l'assistenza infermieristica e ottenere una migliore salute dei cittadini. Essendo la più affidabile e la più numerosa professione sanitaria, le associazioni infermieristiche possono essere una forza immensamente potente per il cambiamento e il miglioramento.

Le NNA osservano la realtà della pratica e sintetizzano ciò che funziona, ciò che non funziona, ciò che conta per i pazienti e le persone e ciò che cambia i risultati di salute. Queste sono prove di efficacia ricche e potenti che le associazioni possono usare come il filo d'oro che guidi l'elaborazione delle politiche. Non esiste alcun altro veicolo se non un'associazione infermieristica, perché porta l'esperienza degli infermieri che sono in prima linea ai tavoli dove si predispongono le politiche, guidata dall'enorme forza e dal potere della credibilità data da un vasto numero di infermieri provenienti da diversi contesti. Le NNA sono una forza - non solo per il miglioramento dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza sanitaria - ma una forza per il cambiamento sociale, per i diritti, per la giustizia, per l'individuo, le famiglie e le comunità.

La nostra agenda va oltre la salute. Al giorno d'oggi, non possiamo ignorare questioni come i diritti umani, la giustizia e l'uguaglianza; e gli infermieri hanno il diritto - il dovere - di parlare di tali problemi, per conto dei nostri pazienti. Gli infermieri hanno principi e valori molto chiari sulla centralità delle persone, l'uguaglianza e i diritti da difendere e questo è ciò che ci dà la giustificazione e la credibilità per impegnarci e agire come sostenitori di tali principi.

## Andando oltre i nostri confini

Le associazioni infermieristiche nazionali sono fondamentali per guidare il cambiamento, ma le sfide che i paesi stanno affrontando non sono questioni da affrontare in modo isolato. Sono influenzati e influenzano ciò che accade nei paesi a loro vicini - problemi come migrazione, mobilità e cambiamenti climatici. Questi sono i grandi fattori che le nazioni stanno affrontando, che i loro vicini stanno affrontando; e quindi, per affrontare tali problemi, è necessaria la collaborazione all'interno dello stesso paese e tra i paesi. La stessa natura internazionale dell'assistenza sanitaria e le grandi forze globali che stanno plasmando il mondo: questi sono i motivi per cui abbiamo bisogno di organismi internazionali che collaborino e lavorino insieme. E questo è il motivo per cui abbiamo bisogno di un'organizzazione come l'ICN. Infatti, se Ethel Gordon Fenwick e le sue colleghe non avessero creato l'ICN 120 anni fa, dovremmo crearlo ora!

Dobbiamo fare di più per collaborare con i nostri vicini e all'interno delle nostre regioni. Ogni anno, l'ICN porta una delegazione di infermieri all'Assemblea mondiale della sanità per intervenire su argomenti importanti per la professione, ma l'assistenza infermieristica deve essere altrettanto presente, efficace e visibile presso gli organi decisionali dell'OMS. Dobbiamo lavorare a più stretto contatto con gli infermieri che si occupano di regolamentazione, formazione, governo, organizzazione degli ospedali e delle cliniche. Le associazioni sono nella posizione ideale per sviluppare queste relazioni a livello regionale: raggiungere e sviluppare nuove partnership e riunire insieme tutte le componenti della professione.

Dobbiamo assicurarci che tutta la professione parli, ma non possiamo parlare solo tra di noi. Come professione, dobbiamo raggiungere altri organismi professionali; questi potrebbero essere gruppi politici, società tecnologiche, persone dello sport, dei media o dell'industria. Pensa solo ad alcuni dei movimenti sociali veramente efficaci che abbiamo visto in altri campi. A causa della complessità e della correlazione del nostro mondo, per fare delle cose, per ottenere la visibilità di cui abbiamo bisogno, dobbiamo andare oltre i nostri confini - i nostri confini nazionali e i nostri confini professionali.

## Il potere della professione infermieristica

Non sottovalutiamo il potere che abbiamo: il potere dei numeri, delle associazioni, della fiducia e della credibilità e della straordinaria natura del lavoro che svolgiamo. Sì, abbiamo fatto così tanto, ma c'è altro che possiamo fare! Il potere e il potenziale di ciò che possiamo fare non solo per noi stessi, ma per il bene della salute del pianeta è illimitato! Ma dobbiamo avere organizzazione e coesione. Abbiamo già le strutture e dovremmo partire da lì.

Guardiamo il lavoro fenomenale che la campagna *Nursing Now* ha realizzato in così poco tempo! Lanciati nel 2018, i gruppi di *Nursing Now* si sono costituiti in oltre 100 paesi.

La nostra visione è quella di riunire il potere e il potenziale dei nuovi gruppi *Nursing Now* con la forza e l'influenza delle associazioni infermieristiche nazionali per creare una nuova forza per il cambiamento.

Il 2020 è un inizio, non la fine; è l'occasione per iniziare un nuovo capitolo, ma non è la nostra destinazione. Siamo indispensabili e una forza inarrestabile e insieme possiamo, vogliamo, assistere *verso un mondo in salute!*



# Bibliografia

1. Lynaugh, J.E. and B.L. Brush, The ICN Story – 1899-1999. *International Nursing Review*, 1999. 46(1): p. 3-8.
2. Professor Marie Carney, 2019, Twelve Decades of the International Council of Nurses, located: <https://icntimeline.org/1940-1949/0007.html> (accessed 14/02/2020)
3. Bloom, H., Robert Penn Warren's all the king's men. 1987, New York: Chelsea House Publishers.
4. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
5. Nightingale, F., *Sick-Nursing and Healthy-Nursing in Burdett-Coutts*, A.G., 1893. Woman's mission; a series of congress papers on the philanthropic work of women, by eminent writers. 1893, London: Marston & Company, Limited.
6. Rafferty, A.M., et al., *Germes and Governance: The Past, Present and Future of Hospital Infection, Prevention and Control*. In Press: Manchester University Press.
7. Rafferty, A. and R. Wall, 'An Icon and Iconoclast for Today' in Nelson, S., Rafferty, A.M., 2010. *Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon*. 2010, New York: Cornell University Press
8. All-Party Parliamentary Group on Global Health, *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016, APPG: London.
9. Heimans, J. and H. Timms, *New Power: Why outsiders are winning, institutions are failing, and how the rest of us can keep up in the age of mass participation*. 2018: Pan Macmillan
10. Gordon Fenwick E (1899). as quoted in Bridges, DC (1967) *A History of the International Council of Nurses 1899-1964. The First Sixty Five Years*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto.
11. The Health Foundation. *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. 2016 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.health.org.uk/topics/person-centred-care>.
12. International Council of Nurses. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
13. Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 62(5): p. 607-18.
14. Liaschenko, J. & Peter, E. *Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community*. *Hastings Cent Rep*, 2016. 46 Suppl 1: p. S18-21.
15. Girvin, J., D. Jackson, and M. Hutchinson, Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *J Nurs Manag*, 2016. 24(8): p. 994-1006.
16. Leary, A. and A. Dix, Using data to show the impact of nursing work on patient outcomes. *Nursing Times*, 2018. 114(10): p. 23-35.
17. Laurant, M., et al., Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. 7: p. CD001271.
18. Coster, S., M. Watkins, and I. Norman, What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 78: p. 76-83.
19. Needleman, J., et al., Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*, 2011. 364(11): p. 1037-45.
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Global Burden of Mental Illness*. 2014 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://blogs.cdc.gov/global/2014/02/10/global-burden-of-mental-illness/>.
21. Rodriguez-Cayro, K. 7 Physical Disorders That Are Linked To Mental Health Issues. 2018 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.bustle.com/p/7-physical-disorders-that-are-linked-to-mental-health-issues-9122010>.
22. McCook, A. Suicide risk increases after heart attack. 2010 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.reuters.com/article/us-suicide-risk-idUSTR6AT5PG20101130>.
23. Laganà, A.S., et al., Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 2017. 9: p. 323-330.
24. World Health Organization. *Fact Sheet: Nursing*. 2018 [cited 2017 20 February]; Available from: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1).
25. Kruk, M.E., et al., Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 2018. 392(10160): p. 2203-2212
26. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139
27. Deloitte. *2019 Global health care outlook: Shaping the future*. 2019 [cited 15 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.
28. The World Bank. *Understanding Poverty*. 2019 [cited 2019 3 September]; Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
29. International Council of Nurses., *Nursing: a Voice to Lead: Achieving the Sustainability Goals*. 2017, Geneva: ICN.
30. Neumann, C.E. *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. 2010 [cited 2019 29 August]; Available from: <https://essentialguidetonursingpractice.files.wordpress.com/2012/07/pages-from-essential-guide-to-nursing-practice-chapter-1.pdf>.
31. Pittman, P. *Activating Nursing to Address the Unmet Needs of the 21st Century: Background Paper for the NAM Committee on Nursing 2030*. 2019 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/HPM/Activating%20Nursing%20To%20Address%20Unmet%20Needs%20In%20The%2021st%20Century.pdf>.
32. Flavelle, C., Climate change threatens the world's food supply, United Nations warns, in *New York Times*. 2019.
33. World Health Organization. *Climate Change and health: Fact Sheet*. 2017 [cited 2019 29 August]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
34. Rosa, W., The future of nursing and midwifery: a force for leading the United Nations 2030 Sustainable Development Goals. 2019: *Nursing Outlook*.
35. International Council of Nurses. *Position Statement*. 2018. Nurses, climate change and health. 2019; Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS\\_E\\_Nurses\\_climate%20change\\_health.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_E_Nurses_climate%20change_health.pdf)
36. Dodson, J., Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 2017. 16(7): p. 31-34.
37. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
38. World Health Organization. *10 Facts on Palliative Care*. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en>
39. Fitch, M.I., M.C. Flidner, and M. O'Connor, Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med*, 2015. 4(3): p. 150-5.
40. Lorenz, K.A., et al., Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 2008. 148(2): p. 147-59.
41. Elliott, J.A. and I.N. Olver, Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*, 2007. 64(1): p. 138-49.



42. Kellehear, A., *A Social History of Dying*. 2007, Melbourne: Cambridge University Press.
43. Brant, J.M., et al., Global Survey of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care. *J Palliat Med*, 2019. 22(8): p. 945-960.
44. Mrig, E.H. and K.L. Spencer, Political economy of hope as a cultural facet of biomedicalization: A qualitative examination of constraints to hospice utilization among U.S. end-stage cancer patients. *Soc Sci Med*, 2018. 200: p. 107-113.
45. Ghebreyesus, T. Opening of the seventy-first World Health Assembly. 2018 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/2018/opening-world-health-assembly/en/>.
46. Browne, G., S. Birch, and L. Thebane, *Better care: an analysis of nursing and healthcare system outcomes*. 2012, Ottawa: Canadian Nurses Association and Canadian Health Services Research Foundation.
47. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health expenditure data. 2017 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>.
48. Canadian Institute for Health Information, *Health spending*. 2018: Ottawa.
49. Schneider, E., et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. 2017, The Commonwealth Fund.
50. RiskAnalytica. The case for investing in patient safety in Canada. 2017 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf>.
51. World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2019 [cited 2019 11 November]; Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)
52. Tomblin-Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Langley J, Hickey M & Cook A. 2012. Service-based health human resources planning framework.
53. Villeneuve, M., *The time is now*, in *The Review—Supplement to Policy magazine*. 2018.
54. Royal College of Nursing, *RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK*. 2014, London: RCN.
55. Graham-Clarke, E., et al., Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PLoS One*, 2019. 14(7): p. e0214630.
56. Masters, R., et al., Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 2017. 71(8): p. 827-834.
57. Basu, K., G. Livadiotakis, and S. Tanguay, The gridlock in Canadian Hospitals: which patients are overstaying, to what extent, and why? , in *Canadian Association for Health Services and Policy Conference*. 2016: Toronto.
58. Carryer, J., Letting go of our past to claim our future. *J Clin Nurs*, 2019.
59. World Health Organization, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, in *Human Resources for Health Observer*. 2019, WHO: Geneva
60. Newman, C., et al., Investing in the power of nurse leadership: what will it take? 2019.
61. World Health Organization, *The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. 2016, Geneva: WHO.
62. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
63. Britnell, M., *Human solving the global workforce crisis in health*. 2019, Oxford: Oxford University Press.
64. Salvage, J. and B. Stilwell, Breaking the silence: A new story of nursing. *J Clin Nurs*, 2018. 27(7-8): p. 1301-1303.
65. The Editors Of The Lancet, G., The Lancet Group's commitments to gender equity and diversity. *Lancet*, 2019. 394(10197): p. 452-453.
66. Salvage, J. and J. White, Nursing leadership and health policy: everybody's business. *Int Nurs Rev*, 2019. 66(2): p. 147-150.
67. Centre for the Advancement of Interprofessional Education, *Interprofessional Education guidelines*. 2017, UK: CAIPE.
68. Institute of Medicine, *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. 2015.
69. Africa Interprofessional Education Network. *Communiqué issued at the end of the Second Interprofessional Education and Collaborative Practice for Africa Conference*. 2019 [cited 20 October]; Available from: <https://afripen.org/wp-content/uploads/2019/08/Communique-2nd-IPECP-Conference.pdf>
70. Global Confederation for Interprofessional Education & Collaborative Practice. *Report of the strategic planning workshop held at the Waipuna Hotel, Auckland*. 2018 [cited 2019 21 October]; Available from: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/Interprofessional-global-Report-of-Workshop-6-9-Sept-2018-in-Auckland-Final-1.pdf>.
71. The Sydney Interprofessional Declaration. Available at: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/ATBH-05-2010-Sydney-Interprofessional-Declaration.pdf>
72. Maeda, A., et al., *Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies 2014*, Washington DC: World Bank Group.
73. Dolamo, B. and S. Olubiya, *Nursing education in Africa: South Africa, Nigeria, and Ethiopia experiences*. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2013. 5(2): p. 14-21.
74. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. 2004 [cited 2019 20 October]; Available from: [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
75. Aiken, L.H., et al., Nurses' and Patients' Appraisals Show Patient Safety In Hospitals Remains A Concern. *Health affairs (Project Hope)*, 2018. 37(11): p. 1744-1751.
76. National Academies of sciences, *Engineering and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. Washington D.C. The national Academies Press.
77. Cimiotti, J.P., et al., Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*, 2012. 40(6): p. 486-490.
78. Donaldson, M.S., J.M. Corrigan, and L.T. Kohn, *To err is human: building a safer health system*. Vol. 6. 2000: National Academies Press.
79. McHugh, M.D., et al., Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Med Care*, 2016. 54(1): p. 74-80.
80. Lasater, K.B., et al., Quality of End-of-Life Care and Its Association with Nurse Practice Environments in U.S. Hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(2): p. 302-308
81. White, E.M., L.H. Aiken, and M.D. McHugh, Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(10): p. 2065-2071.
82. Coetzee, SK; Klopper HC, Ellisa SM & Aiken LH (2013). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 50, Issue 2, February 2013, Pages 162-173
83. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF, Aiken LH. 2012. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 May;21(9-10):1476-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x. Epub 2012 Mar 2.
84. Aiken LH; Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, and Aunguroch Y. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries *International Journal for Quality in health Care* 2011 Aug; 23(4): 357–364.

85. Jarrín, O., et al., Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical care*, 2014. 52(10): p. 877-883
86. Choi, J., L. Flynn, and L.H. Aiken, Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 2012. 52(4): p. 484-492.
87. Poghosyan, L. and L.H. Aiken, Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *The Journal of ambulatory care management*, 2015. 38(2): p. 109-117.
88. Kutney-Lee, A., et al., Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care*, 2015. 53(6): p. 550-7
89. McHugh, M.D., et al., Lower mortality in magnet hospitals. *Medical care*, 2013. 51(5): p. 382-3
90. Fourth Global Forum for Human Resources for Health. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future. 2017 [cited 2019 13 September]; Available from: file:///C:/Users/hp/Documents/IND2020/sources/Dublin\_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf
91. Drennan, V. and F. Ross, Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British medical bulletin*, 2019. 130
92. World Health Organization, Transformative Scale Up of Health Professional Education. 2011, WHO: Geneva.
93. World Health Organization. WHA 64.7: Strengthening Nursing and Midwifery. 2011 [cited 2019 14 September]; Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R7-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf?ua=1)
94. World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva
95. International Council of Nurses. Scope of nursing practice 2013 [cited 2018 21 February ]; Available from: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/B07\\_Scope\\_Nsg\\_Practice.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf)
96. Schober, M. and F. Affara, *Advanced Nursing Practice*. 2006, Oxford: Blackwell.
97. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. 2011, IOM: Washington.
98. International Council of Nurses and the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2009. *Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution generation*
99. World Health Organization-Eastern Mediterranean Region, *Promoting Nursing and Midwifery Development in the Eastern Mediterranean Region*. 2008: Cairo.
100. Gilbert, J., Presentation on Inter-professional education and collaborative practice, a Practical Approach for Interprofessional Education (IPE). 2018: International Council of Nurses ICN Regional Conference.
101. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice 2010 [cited 2019 20 September]; Available from: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/).
102. International Council of Nurses, Position Statement: Evidence-Based Safe Nurse Staffing. 2018, ICN: Geneva.
103. Needleman, J., et al., Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002. 346(22): p. 1715-1722
104. Aiken, L.H., et al., Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 2002. 288(16): p. 1987-1993
105. Aiken, L.H., et al., Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 2011. 49(12): p. 1047-1053.
106. McHugh, M.D., et al., Impact of nurse staffing mandates on safety-net hospitals: lessons from California. *The Milbank quarterly*, 2012. 90(1): p. 160-186.
107. Powell-Cope G, Nelson AL, Patterson ES. Patient Care Technology and Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2686/>
108. World Health Organization. Medical devices and equipment. Available at: [http://www.who.int/medical\\_devices/en/](http://www.who.int/medical_devices/en/)
109. Flinkman, M., U. Isopahkala-Bouret, and S. Salanterä, Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN nursing*, 2013. 2013: p. 916061.
110. Dilig-Ruiz, A., et al., Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 88: p. 123-134.
111. Galletta, M., et al., The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Research in Nursing & Health*, 2016. 39(5): p. 375-385.
112. Sawatzky, J.-A.V., C.L. Enns, and C. Legare, Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2015. 71(10): p. 2315-2325.
113. Dave, D.S., et al., The impact of intrinsic motivation on satisfaction with extrinsic rewards in a nursing environment. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2011. 4(2): p. 101-107.
114. Morrison, K.B. and S.A. Korol, Nurses' perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 2014. 23(23-24): p. 3468-3477
115. Hsu, C.-P., et al., Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward. *Journal of Nursing Management*, 2015. 23(5): p. 567-576.
116. Seitovirta, J., et al., Attention to nurses' rewarding – an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26(7-8): p. 1042-1052
117. Graystone, R., How Magnet® Designation Helps Hospitals Tackle the Nursing Shortage. *Journal of Nursing Administration*, 2018. 48(9): p. 415-416.
118. Barnes, B., M. Barnes, and C.D. Sweeney, Putting the "meaning" in meaningful recognition of nurses: The DAISY Award™. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2016. 46(10): p. 508-512.
119. Dussault G, Buchan J (2018) Noncommunicable diseases and human resources for health: a workforce fit for purpose p 182, in Jakab M, Farrington J, Borgermans L ( eds) *Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition*. WHO Europe ([www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf))
120. World Health Organization, *National Health Workforce Accounts: a Handbook 2017*; <https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>
121. Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care. OECD Paris.
122. Ghebreyesus TA (2019). Speech at the International Council of Nurses 2019 Congress. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>
123. World Health Organization and Global Health Workforce Alliance (2014) *A universal truth: No health without a workforce*. Available at : [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf)









[www.icnvoicetolead.com](http://www.icnvoicetolead.com)

To follow the conversations use:  
**#VoiceToLead** and **#IND2020**

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)