

International Council of Nurses

GLI INFERMIERI:

UNA FORZA PER CAMBIARE

Per un'assistenza efficace e conveniente



Migliorare la salute e il benessere



12 maggio 2015

Giornata internazionale degli infermieri



GLI INFERMIERI: UNA FORZA PER CAMBIARE

Per un'assistenza efficace e conveniente.



GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI 2015

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 © 2015 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-28-9

ISBN dell'edizione italiana: 978-88-903923-9-9

Edizione italiana autorizzata

Copyright © 2015 CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i

www.cnai.info

Via V. Russo, 8

20127 Milano

Traduzione: Alessandra Pizzimenti, Pietro Russo, Cecilia Sironi

Revisione e curatela: Cecilia Sironi

Indice

	Presentazione della traduzione italiana	
	Lettera della Presidente e dell'Amministratore delegato ICN	
Capitolo 1	Introduzione	8
Capitolo 2	Il finanziamento dell'assistenza sanitaria	16
Capitolo 3	Verso "un'assistenza efficace e conveniente"	22
Capitolo 4	Il valore dell'assistenza infermieristica per sistemi sanitari con "assistenza efficace e conveniente"	32
Capitolo 5	Prospettive future e ruolo degli infermieri e delle associazioni nazionali ...	39
Capitolo 6	Conclusioni	45
Allegato 1	<i>ICN Position Statement: Promuovere il valore e l'efficacia dei costi nell'assistenza infermieristica</i>	47
Allegato 2	<i>ICN Position Statement: La partecipazione degli infermieri nella presa di decisioni e nello sviluppo delle politiche sanitarie</i>	49
Allegato 3	<i>ICN Position Statement: La gestione dei servizi infermieristici e sanitari</i>	51
Allegato 4	Servizi sanitari accessibili e pubblicamente finanziati	53
	Citazioni bibliografiche.....	55



Presentazione all'edizione italiana

Milano, 10 maggio 2015

Se i cittadini sentono parlare di riduzione dei costi in ambito sanitario subito si preoccupano di avere meno servizi o di dover sborsare ancora più soldi per contribuire al pagamento delle spese. I dati del recente studio condotto dal CENSIS per la Federazione nazionale dei Collegi IPASVI (2015) hanno offerto un panorama alquanto preoccupante della situazione italiana. Se si pensa che gli italiani, nel 2014, hanno speso di tasca propria 2,7 miliardi di euro per prestazioni di assistenza infermieristica e che la domanda è in continua crescita, è legittimo chiedersi perché proseguano i blocchi delle assunzioni presso i servizi pubblici.

Per chi invece lavora nei servizi sanitari e nei presidi ospedalieri, sentir parlare di costi, risparmi, tagli, significa temere ulteriori riduzioni di personale, prolungamento degli orari di servizio, "salto" delle giornate di riposo, aumento dei carichi di lavoro e, specialmente, della responsabilità imposta dal dover lavorare in situazioni di minor sicurezza. Se a ciò si aggiunge la mancanza o la sempre più scarsa qualità del materiale di uso quotidiano (per esempio, guanti, siringhe, aghi cannula, solo per citarne alcuni), frutto di appalti dove gli acquisti sono frutto di frodi e abusi, il quadro non è certo confortante.

Senz'altro la diffusione della cultura dell'*Evidence Based Practice* ha portato a parlare più diffusamente di appropriatezza degli interventi sanitari, d'impiego di linee guida e interventi di provata efficacia, ma i cambiamenti in questo senso sono molto lenti (www.salute.gov). Stanno aumentando i gruppi di pressione per sostenere la revisione di pratiche non necessarie, obsolete o troppo costose per i benefici ottenuti e, per citare almeno due virtuosi esempi italiani, si ricorda il contributo all'aumento di consapevolezza sull'uso appropriato delle risorse offerto dal GIMBE (www.gimbe.org) e da Slow Medicine (www.slowmedicine.it).

CNAI ha subito aderito alla campagna GIMBE per "salvare il servizio sanitario nazionale" (<http://www.salviamo-ssn.it/>) e prosegue con il contributo specifico che può offrire grazie ai suoi nessi con autorevoli organismi internazionali.

In questo documento dell'ICN, pubblicato per la Giornata internazionale degli infermieri 2015, si trovano risposte e suggerimenti per affrontare in modo radicale e globale questi e altri problemi che riguardano la professione dell'infermiere e la qualità dell'assistenza in relazione all'efficacia dei costi.

Il messaggio chiave del dossier 2015 è che **gli infermieri sono parte della soluzione per migliorare la salute per tutti in modo da garantire un'assistenza efficace a un minor costo**. Oltre a mostrare l'importanza dell'impatto del lavoro degli infermieri, passa in rassegna i principali modelli usati per finanziare i sistemi sanitari, stimolando lo studio di questi aspetti finanziari ed economici per far sentire sempre più la nostra voce nella definizione di budget, di politiche del personale e nella presa di decisioni in materia di salute. A questo proposito, il lavoro iniziato dal gruppo RN4Cast italiano potrà contribuire a convincere i nostri politici a invertire rotta rispetto alle assunzioni d'infermieri (si vedano: <http://www.rn4cast.eu/en/partners.php?country=22>; <http://www.dissal.unige.it/jm/index.php/rn4cast-it/contatti-rn4cast-it/36-ricerca/rncast-it>). Anche gli esempi di *task shifting* e *work sharing* possono offrire un utile contributo in questo momento di discussione sulle competenze specialistiche. Rilevanti, infine, le considerazioni sul clima di lavoro, sull'urgenza di operare in team e la valorizzazione degli infermieri, attualmente schiacciati da un paradosso: i servizi soffrono di una grave mancanza di personale, ma aumenta il numero d'infermieri senza lavoro.

E se in Italia e in tutto il mondo il "gigante addormentato" (p. 45) della professione infermieristica si svegliasse?

Buona lettura e buona giornata dell'infermiere a tutti!

Cecilia Sironi
Presidente uscente CNAI



Maggio, 2015

Cari colleghi,

il costo dell'assistenza sanitaria è in aumento in tutto il mondo ponendo un grave onere finanziario per i sistemi sanitari e la popolazione mondiale.

Gli infermieri, essendo i professionisti sanitari più numerosi, occupano una posizione ottimale per indirizzare verso cambiamenti volti all'efficienza e all'efficacia nel fornire assistenza di qualità per raggiungere risultati ottimali per il singolo paziente e l'intera popolazione. Agli infermieri preme conoscere come avviene la suddivisione delle risorse sanitarie compresi l'aspetto economico, l'efficacia dei costi, il costo dell'assistenza sanitaria e la possibilità di accedere alle cure. Ogni infermiere, nella pratica quotidiana, prende molteplici decisioni che possono fare la differenza per quanto riguarda l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema. Gli infermieri, quindi, si trovano in una posizione centrale per ottenere il migliore equilibrio tra la qualità, l'accesso e i costi dell'assistenza. Pertanto è essenziale che, come priorità fondamentale, gli infermieri e coloro che prendono le decisioni definiscano meglio il contributo infermieristico per raggiungere un'assistenza efficace e più conveniente e stabiliscano le modalità per raggiungere l'equità, offrendo una copertura sanitaria universale per migliorare i livelli di salute in tutto il mondo.

Il tema della Giornata internazionale degli infermieri (IND)¹ 2015 *GLI INFERMIERI, UNA FORZA PER CAMBIARE: un'assistenza efficace è più conveniente*, mette in evidenza l'impegno dell'ICN nel rafforzare e migliorare i sistemi sanitari di tutto il mondo. Esso mostra il contributo che gli infermieri possono offrire raggiungendo fasce di popolazione, sia in aree urbane che rurali, che altri professionisti non riescono ad incontrare. In breve, la salute globale non può essere raggiunta senza il contributo pro attivo degli infermieri e la loro partecipazione in tutti i livelli del sistema sanitario e assistenziale.

Il materiale per l'IND di quest'anno ha lo scopo di fornire strumenti e informazioni per aiutare i professionisti e incoraggiare le associazioni infermieristiche nazionali ad ampliare le loro conoscenze su come si finanziano i sistemi sanitari come mezzo importante per raggiungere la qualità dell'assistenza e la sicurezza dell'utenza, contenendo i costi. Il materiale fornisce una panoramica sui finanziamenti dei sistemi sanitari, contiene le modalità per un utilizzo efficiente delle risorse, descrive una gestione efficace ed efficiente del personale sanitario e sottolinea il valore della professione infermieristica. Gli esempi riportati rappresentano un piccolo campione di ciò che è possibile attuare quando gli infermieri portano la loro creatività e prospettiva professionale ai cambiamenti auspicati. Come sempre, abbiamo incluso alcune risorse che è possibile utilizzare in più contesti. Completiamo il materiale fornito con delle idee per gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali che vi sosterranno e vi guideranno per iniziare quest'ardua sfida.

Siamo certi che ogni singola associazione ha da offrire una vasta gamma di progetti e iniziative, vi chiediamo di condividerle con noi per poterle diffondere a tutti gli altri. Gli infermieri, proprio perché i professionisti più vicini alla popolazione in tutti gli strati sociali, possono avere un enorme impatto nella riduzione dei costi sanitari e nel miglioramento della qualità dell'assistenza.

Cordiali saluti,

Judith Shamian, Presidente ICN

David C. Benton, Amministratore delegato ICN

¹ Di seguito abbreviato con l'acronimo IND che l'ICN utilizza per *International Nurses Day* (NdC).

Non andare dove il sentiero ti può portare, vai invece dove non c'è ancora il sentiero e lascia una traccia – Ralph Waldo Emerson.

Il Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) nella sua *Vision of the future of nursing* affermò che: “Uniti nell’ICN gli infermieri di tutto il mondo parlano con una sola voce. Noi agiamo prendendo le parti² di tutti quelli che serviamo e di chi non ha accesso ai servizi, insistendo a che la giustizia sociale, la prevenzione, l’assistenza e la cura siano un diritto per ogni essere umano. Noi siamo l’avanguardia dei progressi dell’assistenza sanitaria, dando forma alle riforme delle politiche sanitarie attraverso le nostre esperienze e competenze, la nostra numerosità, il nostro contributo strategico ed economico, la sinergia dei nostri sforzi, la nostra collaborazione con il pubblico, i professionisti sanitari, gli altri partner, gli individui, le famiglie e le comunità che assistiamo” (ICN, 1999).

È alla luce di questa nobile visione che ICN, per la giornata internazionale degli infermieri (International Nurses Day, IND) di quest’anno, ha proposto il tema *GLI INFERMIERI UNA FORZA PER CAMBIARE: per un’assistenza efficace e conveniente*. Questo argomento mette a tema l’impegno per agire e modificare i sistemi sanitari in tutto il mondo per ottenere i migliori risultati di salute per tutti. Per fare ciò gli infermieri hanno bisogno di comprendere il panorama dell’erogazione dei servizi sanitari, compreso il modo di finanziarli, l’efficacia dei costi, la gestione delle risorse, il costo dell’assistenza sanitaria e l’accesso alle cure.

Grazie al cospicuo numero di infermieri e ai loro molteplici ruoli nei diversi ambiti, ogni singola decisione che un professionista prende nella pratica quotidiana può fare la differenza in termini di efficacia ed efficienza del sistema sanitario. È fondamentale che gli infermieri e chi prende le decisioni si concentrino sul ruolo dell’assistenza infermieristica nei sistemi sanitari efficaci e convenienti quale priorità per il miglioramento delle condizioni di salute di tutti.

L’aumento dei costi dell’assistenza sanitaria

Il costo della sanità è in aumento in tutto il mondo, ed è in gran parte dovuto a una crescente incidenza delle malattie non trasmissibili (*non communicable disease, NCD*) incluse le patologie psichiatriche, all’invecchiamento della popolazione, all’utilizzo di trattamenti e tecniche sanitarie più sofisticate e costose e alla crescente domanda da parte dei cittadini (*Organisation for Economic Cooperation and Development OECD, 2013*). Il crescente aumento dei costi dell’assistenza sanitaria sta gravando finanziariamente sui sistemi sanitari e su tutta la popolazione. L’informazione sui costi è importante per pianificare come fare meglio tenendo conto delle limitazioni finanziarie, umane e delle altre risorse.

È prudente utilizzare nel modo migliore le risorse disponibili. Gli infermieri, essendo la componente più numerosa del personale sanitario, occupano una posizione ottimale per fare di più con meno risorse a disposizione, fornendo comunque assistenza di qualità e ottenendo i migliori risultati per i pazienti. È imperativo per gli infermieri sviluppare conoscenze adeguate riguardo ai sistemi di finanziamento sanitario, i budget, l’allocazione delle risorse e la pianificazione strategica. Tali competenze faciliteranno la partecipazione infermieristica alla definizione delle politiche e all’allocazione delle risorse, per essere in prima linea come forza di cambiamento e come gruppo professionale che porti ad un’assistenza efficace nella qualità e nei costi.

Il messaggio chiave del materiale per l’IND 2015 è che gli infermieri sono parte della soluzione per migliorare la salute per tutti in modo da garantire un’assistenza efficace al costo minore.

² L’originale utilizza la forma “*as advocates*” (NdC).

Che cosa determina l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria

In tutti i paesi del mondo, la domanda di assistenza e le cure per lungo-degenti, stanno facendo aumentare i costi dell'assistenza sanitaria. Le cause della spesa sanitaria sono sia demografiche sia non demografiche. Le prime includono la crescita e l'invecchiamento della popolazione. Gli anziani richiedono e utilizzano di più i servizi sanitari a causa della prevalenza di malattie croniche e non trasmissibili che, spesso, richiedono degenze prolungate (Palangkaraya, Yong, 2009).

L'invecchiamento è anche associato a un frequente incremento di comorbidità. Per esempio, nei paesi industrializzati, il 25% degli anziani tra i 65 e i 69 anni e il 50% degli anziani tra gli 80 e gli 84 anni convivono con due o più patologie croniche, che richiedono più servizi sanitari territoriali, specialistici e di lungodegenza (WHO, 2008a).

I fattori che fanno aumentare i costi non demografici includono l'inflazione dei salari, le tecnologie e il costo dei farmaci. La tecnologia sanitaria, come i nuovi e costosi farmaci o i macchinari per la diagnostica e i trattamenti, hanno apportato notevoli miglioramenti per i servizi sanitari e lo stato di salute delle persone, ma costituiscono anche un fattore di incremento della spesa sanitaria (OECD, 2013; Costa-Font *et al.*, 2009). L'aumento dei costi sanitari è anche collegato alla scarsa alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*). Le persone con ridotte conoscenze sanitarie tendono a essere ospedalizzate di più e per un maggior periodo di tempo, con risultati più scarsi, e ciò aumenta i costi dell'assistenza sanitaria (Baker *et al.*, 2002; Berkman *et al.*, 2004).

La spesa per la salute in tutto il mondo ammonta a circa 5,3 trillioni di dollari³ (WHO, 2010a). Con la persistente elevata presenza delle malattie trasmissibili in alcune parti del mondo e l'aumento in tutti i paesi della prevalenza di quelle non trasmissibili – patologie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche -, la spesa sanitaria continuerà ad aumentare in tutto il mondo. Questo andamento sarà esacerbato dall'impiego delle procedure e dei farmaci più sofisticati che si stanno sviluppando attualmente (WHO, 2010b). La realtà è che i nuovi trattamenti e le nuove metodiche diagnostiche e curative sono introdotte nel sistema sanitario più rapidamente di quanto lo sia la disponibilità delle risorse finanziarie, gonfiando i costi dell'assistenza sanitaria e costringendo a utilizzare meglio le risorse.

La spesa sanitaria è anche influenzata dal crescente numero di paesi che s'impegnano a garantire una copertura sanitaria universale per quanto riguarda le cure primarie (*essential health care*)

La copertura sanitaria universale

La copertura sanitaria universale, alla cui base sta il principio dell'equità dei servizi sanitari, è diventata un obiettivo, concordato a livello internazionale, delle politiche sanitarie di sviluppo. La copertura sanitaria universale mira a garantire a tutte le persone servizi sanitari di sufficiente qualità per la promozione della salute, la prevenzione e il trattamento delle malattie, la riabilitazione e la palliazione; i servizi offerti non dovrebbero inoltre gravare in modo eccessivo sulle tasche dei consumatori (WHO, 2013a).

Tuttavia, assistenza sanitaria universale non significa che uno stesso modo possa andare bene per tutti o che la copertura sia per tutti i servizi. La Thailandia offre gratuitamente la prevenzione delle malattie, la promozione della salute, medicinali soggetti a prescrizione, l'assistenza ambulatoriale e l'ospedalizzazione, così come i servizi medici più costosi come la radioterapia e chemioterapia per il trattamento dei tumori, interventi chirurgici e ricoveri in terapia intensiva per incidenti ed emergenze. La Thailandia però non finanzia altri servizi sanitari come, per esempio, la dialisi per insufficienza renale all'ultimo stadio; altri paesi forniscono diversi servizi in base alle loro politiche e alle loro risorse (WHO, 2010b).

La copertura sanitaria universale raggiunge tre obiettivi a essa correlati (Carrin *et al.*, 2005):

- L'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Dovrebbero accedere ai servizi non solo coloro che possono pagare, ma chiunque ne abbia bisogno.
- La qualità dei servizi sanitari è offerta a un livello sufficientemente buono in modo da migliorare la salute di coloro che li ricevono.

³ Nel testo il riferimento ai dollari è sempre ai dollari statunitensi, *US dollars* (NdC).

- La tutela economica degli assistiti, garantendo che il costo delle cure non metta a rischio finanziario la popolazione.

Ciò significa che i governi devono generare risorse per la copertura sanitaria universale, distribuire le risorse in modo equo e utilizzarle in modo efficiente, per soddisfare i bisogni di assistenza sanitaria, garantire la qualità dell'assistenza e evitare che gli utenti debbano impiegare ulteriori risorse economiche personali per mantenere la propria salute (Özaltın, Cashin, 2014).

L'ICN crede che le persone abbiano il diritto di usufruire di servizi sanitari equi, centrati sul paziente e la sua famiglia, e basati su prove di efficacia valide (ICN, 2012a). Come l'ICN ha affermato in una sua presa di posizione: "l'equità e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria primaria, in particolare i servizi infermieristici, sono la chiave per migliorare la salute e il benessere delle popolazioni" (ICN, 2007). La copertura sanitaria universale è un mezzo per ottenere migliori risultati di salute per tutte le persone.

Salute e sviluppo

La salute è centrale per lo sviluppo: è sia la preconditione sia l'indicatore e il risultato di uno sviluppo sostenibile. Ciò dipende dal fatto che contribuisce in modo importante allo sviluppo economico, poiché le persone sane vivono più a lungo e sono più "produttive". Al contrario, popolazioni non sane possono erodere i guadagni di un paese. Per esempio, il miglioramento delle condizioni di salute e l'aumento dell'aspettativa di vita in Africa sono stati ribaltati dalla diffusione dell'HIV e dell'AIDS con un effetto economico devastante (Bloom *et al.*, 2004).

Nonostante la salute contribuisca allo sviluppo economico, la comunità internazionale, e in particolare i paesi a basso reddito, hanno prestato poca attenzione agli investimenti nei servizi sanitari in generale e agli aspetti relativi al personale sanitario in particolare. Il personale sanitario sembra essere considerato come una perdita, piuttosto che un investimento per lo sviluppo economico e la riduzione della povertà. Alcuni paesi hanno ridotto il reclutamento di professionisti sanitari causando disoccupazione fra questi professionisti, mentre i bisogni di servizi sanitari erano elevati (WHO, World Bank, 2002).

Il deterioramento dei servizi sanitari e la disponibilità d'infermieri sono la conseguenza di un processo di riforma sanitaria attuata attraverso programmi di aggiustamento strutturale della Banca mondiale e del Fondo monetario internazionale. Queste riforme avevano per scopo il contenimento dei costi attraverso la miglior gestione delle retribuzioni, la riduzione della spesa pubblica, la privatizzazione delle imprese pubbliche, l'eliminazione dei sussidi, la liberalizzazione dell'economia e la svalutazione della moneta nazionale (Liese, Dussault, 2004).

La salute nel programma di sviluppo post-2015

Gli Obiettivi di sviluppo del millennio (*Millennium Development Goals*, MDG) con scadenza nell'anno 2015 sono stati una forza potente per mantenere il sostegno politico per il miglioramento della salute, grazie alla loro chiarezza e ai traguardi espressi in modo misurabile. Il dibattito su come saranno strutturati gli obiettivi di sviluppo post-2015 è in fase di conclusione. Le discussioni del post-2015 sottolineano la necessità di affrontare gli elementi trascurati nei precedenti MDG come i determinanti sociali della salute, tra cui l'educazione delle bambine, l'equità della salute, l'eguaglianza di genere, i diritti e la dignità umana (WHO, 2012a). Inoltre, vi è la necessità di affrontare numerose nuove priorità: l'invecchiamento e le malattie non trasmissibili, l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute, l'emigrazione e i rifugiati politici. È presente anche un invito a chiarire il legame esistente tra salute e sviluppo sostenibile. Si è concordi nel definire che la salute deve occupare un posto per definire gli obiettivi del post-2015; tuttavia non è chiaro come saranno definiti questi obiettivi e traguardi sanitari (WHO, 2012a).

Il programma per lo sviluppo globale post-2015 è promosso dalle Nazioni unite (ONU). L'ONU riunì un *Panel* di personalità di spicco composta da capi di stato, società civile e rappresentanti del settore privato, che consegnarono una relazione conclusiva del loro lavoro nel giugno 2013. Questo *Panel* aveva ricevuto un rapporto dal *Task Team* delle Nazioni unite, che aveva indicato un quadro generale per il post-2015, con quattro punti fondamentali: lo sviluppo economico inclusivo, la sostenibilità ambientale, lo sviluppo sociale

inclusivo (compresa la salute), la pace e la sicurezza. Il gruppo aveva ribadito che i diritti umani, l'uguaglianza e la sostenibilità rimanevano alla base del programma (WHO, 2013b).

Si prevede che i processi di consultazione si tradurranno in nuovi obiettivi e traguardi da affrontare per l'agenda di sviluppo post-2015 di cui la salute sarà un elemento chiave. Ci si aspetta che tale programma affronti il lavoro rimasto incompiuto dai MDG e che prenda in considerazione il nuovo contesto sanitario. Oltre a mantenere i target dei MDG per la salute ci si aspetta l'affronto della crescente sfida delle malattie non trasmissibili e dei loro fattori di rischio, con l'identificazione di chiari indicatori di salute (WHO, 2012b).

L'impatto della carenza di personale infermieristico nel mondo

L'impatto della crisi economica sul personale infermieristico e l'accesso all'assistenza

La crisi economica mondiale, iniziata nel 2008, ha avuto un impatto devastante sul personale infermieristico e sull'accesso all'assistenza, agendo come un freno sul reclutamento e la presenza di personale negli organici, in un momento in cui alla carenza globale di infermieri si affianca una crescente domanda di assistenza sanitaria. In molti paesi del mondo, i governi hanno deciso di tagliare le risorse finanziarie per l'assistenza sanitaria e, in particolare, per l'assistenza infermieristica. In molti paesi in via di sviluppo, i progressi verso la copertura sanitaria universale sono ostacolati dalla mancanza di personale sanitario in numero e collocazione idonea e con le competenze adeguate, per offrire servizi di qualità a tutta la popolazione (WHO, 2006). Anche i paesi industrializzati non sono immuni da una grave carenza di professionisti sanitari a causa dei tagli nei budget dovuti alla crisi economica globale (Sousa *et al.* 2013). Alcuni dei paesi più poveri d'Europa, come la Romania, hanno ridotto i budget sanitari del 25 per cento (International Medical Travel Journal, 2011).

Inoltre, la crisi ha costretto molti infermieri a cercare lavoro altrove, al di fuori del loro paese d'origine o addirittura a cambiare professione. Per esempio, nel novembre del 2013, l'Organizzazione degli infermieri e delle ostetriche irlandesi (INMO⁴) affermò: "il Consiglio degli infermieri e delle ostetriche d'Irlanda⁵ ha dichiarato che 1.231 infermieri hanno richiesto certificati per lavorare all'estero nei primi dieci mesi di quest'anno [...] oltre a ciò si stima che 5.000 infermieri hanno lasciato l'Irlanda tra il 2009 e il 2012. L'INMO descrisse questi dati come estremamente preoccupanti e avvertì che la "fuga di cervelli" si sarebbe intensificata perché 1.500 neolaureati erano in cerca di lavoro. Il segretario generale dell'INMO, Liam Doran, [...] aggiunse che le cifre indicavano che 50 neolaureati ogni settimana chiedevano certificazioni per lavorare all'estero e che ogni infermiere e ostetrica che lasciava il paese era costato tra i 75.000 e gli 80.000 euro per formarsi nei quattro anni di laurea previsti" (INMO, 2013/2014).

Gli infermieri sono la componente più numerosa delle professioni sanitarie e rappresentano una proporzione ampia dei costi totali per l'assistenza sanitaria. Di conseguenza, in tempi di austerità economica, gli infermieri sono spesso i primi a essere ridotti, e ciò è deleterio per la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza. A titolo di esempio, la crisi economica ebbe un impatto negativo sugli infermieri in Islanda, dove ci furono fusioni delle strutture sanitarie per ridurre i costi, tagli o licenziamenti, riduzioni delle ore di lavoro straordinario e dell'indennità di turno, che portarono a elevati livelli d'insoddisfazione (ICN, 2010). Allo stesso modo, uno studio sugli infermieri, effettuato in 12 paesi europei, mostrò una elevata percentuale di professionisti insoddisfatti che dichiararono l'intenzione di lasciare il proprio posto di lavoro. L'insoddisfazione degli infermieri era legata alla retribuzione, all'opportunità di formazione e alla mancanza di avanzamento professionale (Aiken *et al.*, 2013).

La carenza di infermieri nel mondo

Gli esempi dei paesi di seguito riportati, rappresentano un quadro preoccupante della grave mancanza di infermieri.

- In Malawi vi è una grave mancanza di infermieri e il paese ha solo il 25% del numero di professionisti richiesti. Nel 2010 il Malawi aveva un rapporto infermiere/cittadini di 1,7:10.000; il rapporto sembra essere migliorato a 3,4 infermieri ogni 10.000 abitanti, tuttavia questo rapporto è

⁴ L'INMO, *Irish Nurses and Midwives Organisation*, è l'Associazione irlandese presente, come CNAI, nell'EFN e ICN (NdC).

⁵ E' l'ente corrispondente all'italiana Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, il *Nursing and Midwifery Board* (NdC).

ancora basso rispetto alle direttive del WHO, che raccomanda 50 infermieri ogni 10.000 abitanti (Mphande, 2014).

La situazione è simile in altri paesi del Sud Africa (Nullis, 2007).

- Il Sud Africa ha 39,3 infermieri ogni 10.000 abitanti, ma un'elevata percentuale di questi lavora nel settore privato e la carenza è particolarmente grave nelle zone rurali. Questa carenza è una delle sfide da affrontare se si vuole garantire l'assistenza e il trattamento delle persone con AIDS presenti nel paese.
- In Lesotho, anch'esso con una notevole diffusione dei casi di AIDS, ci sono solo 6,3 infermieri ogni 10.000 abitanti e più della metà dei posti di lavoro per infermieri rimangono vacanti; ciò causa un ridotto accesso ai servizi sanitari.
- In Mozambico, ci sono 2 infermieri ogni 10.000 abitanti, e ciò ha portato ad avere numerosi pazienti deceduti in un distretto perché avevano atteso due mesi prima di iniziare il trattamento antiretrovirale.

La carenza di infermieri è elevata in cinque paesi del CARICOM⁶, Guyana, Giamaica, Santa Lucia, St. Vincent e Grenadine, Trinidad e Tobago. Si stima che ci siano circa 7.800 infermieri (nel 2007) in tutta la regione. Questo si traduce in un rapporto di 12,5 infermieri ogni 10.000 abitanti, che non regge il confronto con i paesi dell'*Organization for economic cooperation and development* (OECD), dove i rapporti tendono ad essere 10 volte superiori (World Bank, 2009). Nei paesi del CARICOM gli infermieri che garantiscono l'assistenza primaria sono meno del 10 per cento, un numero probabilmente insufficiente per rispondere in modo efficace alle sfide di salute associate alle transizioni demografiche ed epidemiologiche. Il tasso di disoccupazione è pari al 30 per cento, mentre la carenza di infermieri ha numerosi ragioni; a ciò si deve sommare il tasso annuale dell'8 per cento di perdita di infermieri per motivi di emigrazione. Si stima che il numero d'infermieri anglofoni preparati nei paesi del CARICOM che lavora all'estero sia circa tre volte il numero di coloro che restano nei paesi d'origine del CARICOM in cui si parla l'inglese (World Bank, 2009).

Nelle Americhe, il numero d'infermieri per 10.000 abitanti varia fra i diversi paesi. Uno dei paesi con il minor rapporto infermieri/popolazione è il Cile con un rapporto di 1,4 infermieri ogni 10.000 abitanti; uno dei paesi con il rapporto migliore è il Canada con 92,9 infermieri ogni 10.000 abitanti (WHO, 2014).

Con l'aumento dell'HIV/AIDS e la crescente prevalenza di malattie croniche, la bassa percentuale di infermieri che garantiscono assistenza primaria ha importanti implicazioni per la capacità dei paesi del CARICOM di prevenire e controllare queste condizioni attraverso interventi efficaci (UNAIDS 2007; Hennis, Fraser, 2004). Studi condotti in precedenza nel CARICOM hanno addirittura indicato che i servizi di assistenza primaria gestiti da infermieri, per esempio per il controllo glicemico nei pazienti diabetici, dovrebbero essere rafforzati e aumentati progressivamente, ma la carenza infermieristica limita l'accesso a questi servizi (Hennis, Fraser, 2004).

Allo stesso modo, i paesi dell'OECD hanno espresso preoccupazione per la carenza di infermieri e il suo impatto sull'accesso, la sicurezza e la qualità dei servizi sanitari. La maggior parte dei paesi dell'OECD segnala la mancanza di infermieri: l'Australia prevede un deficit di 109 mila infermieri entro il 2025 (Workforce Health Australia, 2012). In un recente sondaggio britannico (NHS Employers, 2014, p. 14) è emerso che l'83 per cento delle organizzazioni intervistate ha dichiarato di essere in carenza di personale infermieristico qualificato.

Gli effetti negativi della carenza di infermieri sui pazienti

Gli infermieri sono una forza vitale per fornire assistenza di qualità in tempi di crisi economica, aiutando il sistema sanitario ad essere più efficace e più conveniente. La quantità di personale infermieristico presente nell'organico e l'ambiente di lavoro hanno delle implicazioni dirette sull'assistenza alle persone.

Secondo un rapporto della *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation*, un numero inadeguato di personale infermieristico è stato uno dei fattori che ha contribuito al 24 per cento dei decessi, dei traumi o delle perdite permanenti delle funzionalità d'organo negli USA. Il rapporto evidenzia anche che il 90 per cento delle strutture di assistenza per lungodegenti deve gestire un inadeguato numero

⁶ L'acronimo inglese CARICOM include i seguenti paesi: Antigua e Bermuda, Barbados, Belize, Domenica, Grenada, Giamaica, Santa Lucia, Saint Vincent e Grenadine e Trinidad e Tobago (Nota degli autori).

d'infermieri per fornire anche la più elementare assistenza, ed entro il 2020 si prevede ci saranno ancora meno infermieri. Tuttavia negli Stati Uniti gli "ospedali magnet", riconosciuti per la loro qualità, la loro eccellenza e le loro innovazioni nella pratica infermieristica, hanno evitato o superato in modo soddisfacente la mancanza di infermieri offrendo condizioni di lavoro positive e aumentando gli investimenti (Joint Commission, 2005).

I risultati di alcune ricerche dimostrano che gli ospedali con un miglior rapporto infermiere/pazienti hanno tassi di mortalità inferiori (Aiken *et al.* 2014). Allo stesso modo, un minor numero d'infermieri, un aumento del carico di lavoro e degli ambienti di lavoro instabili, sono collegati a risultati negativi sui pazienti, comprese le cadute accidentali e gli errori nella somministrazione di farmaci (Duffield *et al.*, 2011).

Il miglioramento degli ambienti di lavoro e l'aumento del rapporto infermiere/pazienti furono associati ad un aumento della qualità dell'assistenza e della soddisfazione dei pazienti (Aiken *et al.*, 2012). Lo studio riscontrò anche che i deficit della qualità ospedaliera erano gli stessi in più realtà e concluse che il miglioramento degli ambienti di lavoro potrebbe essere una strategia, relativamente economica, per aumentare la sicurezza e la qualità dell'assistenza in ospedale e per aumentare la soddisfazione dei pazienti.

La carenza infermieristica globale sta danneggiando non solo i sistemi sanitari e la popolazione, ma anche la professione infermieristica.

Gli effetti della carenza di infermieri sulla professione

Le comunità richiedono l'eccellenza infermieristica nell'assistenza ai pazienti. A loro volta, gli infermieri meritano che le loro condizioni di lavoro e la loro retribuzione siano proporzionati alla qualità dell'assistenza da loro offerta. Tuttavia, in gran parte del mondo, il benessere socio-economico degli infermieri è scarso o inadeguato. Alcuni infermieri lavorano in condizioni molto difficili e sugli infermieri gravano stress ed eccessivi carichi di lavoro, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo.

La carenza infermieristica ha fatto sì che gli infermieri spesso lavorino molte ore in modo continuativo in condizioni di stress, che possono portare ad affaticamento, infortuni e insoddisfazione lavorativa. Gli infermieri, nei paesi in cui la mancanza di personale è marcata, hanno carichi di lavoro elevati e sono esausti perché altri colleghi hanno lasciato il lavoro per impieghi meglio pagati nel settore privato o per lavorare all'estero. L'insoddisfazione lavorativa è in aumento a causa di un maggior carico di lavoro, turni di lavoro più lunghi e la mancanza di risorse per fornire un'assistenza di qualità (Aiken *et al.*, 2013).

Per queste e altre ragioni, l'ICN s'impegna a migliorare la sicurezza nei luoghi di lavoro degli infermieri in tutto il mondo attraverso i suoi progetti, tra cui il programma *Leadership for Negotiation* e attraverso la campagna *Positive Practice Environments* (PPE). Lanciata nel 2010, la campagna PPE aveva lo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari aumentando la consapevolezza, identificando le buone pratiche, sviluppando strumenti per i dirigenti e i professionisti della salute e attraverso l'attuazione di progetti nazionali e locali per migliorare gli ambienti di lavoro. La campagna aveva promosso ambienti di lavoro sicuri e salutarci che utilizzassero al meglio le risorse (*cost-effective*); in questo modo si intendeva ottenere il rafforzamento dei sistemi sanitari e il miglioramento della sicurezza dei pazienti (ICN, 2013a).

Il paradosso degli infermieri disoccupati

Nonostante la mancanza di infermieri in tutto il mondo, gli infermieri laureati in alcuni paesi, non riescono a trovare lavoro. Per esempio nel 2006, il WHO riferì che gli infermieri in Grenada, in Uganda e in Zambia avevano dovuto rinunciare al loro impiego poiché il loro sistema sanitario non poteva permettersi di pagare loro lo stipendio (WHO, 2006). Anche nei paesi industrializzati, come l'Australia, c'erano molti infermieri disoccupati. La Federazione australiana degli infermieri e delle ostetriche (*Australian Nursing and Midwifery Federation*, ANMF) riferisce che più di 3.000 neo-laureati infermieri e ostetriche altamente qualificati non possono trovare un impiego permanente e ciò resta uno dei maggiori problemi della professione infermieristica (ANMF, 2014).

Ciò significa che, in un contesto di carenza di infermieri, esiste il paradosso della disoccupazione infermieristica. Per esempio, nel 2005, Volqvartz rilevò che in Kenya la metà dei posti di lavoro per infermieri erano rimasti vacanti nonostante un terzo degli infermieri kenioti fosse disoccupato (Volqvartz,

2005). Allo stesso modo, numerosi infermieri in Tanzania, Filippine e in alcune parti dell'Europa orientale, furono costretti a lavorare gratis pur di mantenere le loro competenze, con la speranza di essere assunti qualora fosse stato finanziato un posto di lavoro (Kingma, 2008). Anche se questi dati non sono recenti non ci sono elementi che suggeriscano un miglioramento della situazione.

Come detto sopra, la disoccupazione dei professionisti della salute è avvenuta perché il personale sanitario è stato considerato un onere finanziario e alcuni paesi hanno addirittura ridotto le assunzioni di personale in presenza di un'elevata domanda di servizi sanitari. (WHO e World Bank, 2002). La riforma dell'assistenza sanitaria, mossa dall'esigenza di contenere i costi, attraverso la riduzione della spesa pubblica e delle retribuzioni, la privatizzazione dei servizi pubblici, la svalutazione della moneta e l'eliminazione dei sussidi, ha portato a un deterioramento dei servizi e a tagli del personale sanitario (Liese, Dussault, 2004).

I risultati della ricerca sostengono che con un aumento del personale infermieristico si ottengono migliori risultati per i pazienti. Una pianificazione appropriata del personale, in base alle esigenze della popolazione, potrebbe contribuire a migliorare la salute di tutti.

Perché gli infermieri dovrebbero occuparsi del finanziamento e delle politiche sanitarie

Il Codice deontologico degli infermieri (ICN, 2012b) sottolinea la responsabilità che hanno gli infermieri nel fornire la continuità nell'assistenza e anche il più ampio ruolo di *advocacy* degli infermieri a favore dell'equità e della giustizia sociale. Il ruolo degli infermieri nell'affrontare i determinanti sociali della salute e nel ridurre la violenza contro donne e bambini, sono alcuni esempi dell'ulteriore apporto della professione infermieristica alla società. Il coinvolgimento degli infermieri nello sviluppo di un efficace dialogo sulle politiche sanitarie è fondamentale per liberare il potenziale infermieristico.

Il retaggio professionale degli infermieri come difensori dei malati, come esperti dell'assistenza e con una visione sull'intera comunità, li rende capaci di offrire un'importante contributo nella definizione delle politiche sanitarie, impregnata dal valore dell'equità e dall'efficacia dei costi (Lathrop, 2013). La loro stretta interazione con chi chiede l'assistenza sanitaria in contesti molti differenti, rende gli infermieri capaci di comprendere meglio i bisogni di salute; come i fattori ambientali influiscono sulla salute delle persone e sulle famiglie; come le persone rispondono ai differenti servizi e interventi. Eppure, spesso, gli infermieri non sono sostenuti da chi redige i regolamenti o non ottengono finanziamenti per introdurre innovazione nell'assistenza. Per esempio, i dirigenti infermieri concepiscono

Gli infermieri possono offrire un importante contributo per pianificare e prendere decisioni sui servizi sanitari e per sviluppare politiche sanitarie appropriate ed efficaci. Essi possono e dovrebbero contribuire alla definizione di politiche pubbliche in relazione alla preparazione degli operatori sanitari, dei sistemi di erogazione dell'assistenza, del finanziamento dell'assistenza sanitaria, dell'etica sanitaria e dei determinanti della salute.

ICN (2008a)

Evidence Based Practice (EBP) come un modo per garantire la qualità dell'assistenza, la sicurezza dei pazienti e il miglioramento degli *outcomes*. Tuttavia, mancando di fondi, riescono a destinare solo una piccola percentuale del *budget* all'EBP (Elsevier Clinical Solutions, 2014).

Gli infermieri sono una componente fondamentale del team sanitario; comprendono le interazioni dei pazienti e delle loro famiglie con l'ampia gamma degli altri professionisti coinvolti nell'assistenza. Gli infermieri lavorano all'interno di un contesto di erogazione dei servizi sanitari che presenta vincoli nel rapporto costo-qualità e sono in una posizione idonea per consigliare sull'impatto di politiche volte a una maggior convenienza dell'assistenza sanitaria. Per influenzare e orientare le decisioni è fondamentale che gli infermieri conoscano in modo chiaro come si predispongono e attuano le politiche e il loro più ampio contesto. Senza questa comprensione la professione infermieristica non sarà inclusa in questo processo (ICN, 2005a).

Gli infermieri dovrebbero lavorare anche al di fuori del settore sanitario per condividere le loro intuizioni nella progettazione di case e di centri abitati che aiutino a mantenere l'indipendenza e ad evitare quei rischi che possono causare traumi. Per esempio, mettere le prese elettriche all'altezza della vita piuttosto che a livello del pavimento può rendere più facile il loro accesso a chi a problemi di equilibrio consentendo di vivere in modo autonomo più a lungo nelle proprie case. L'impiego dei colori, per evitare alle persone

scivolamenti e cadute, può avere un'importante parte nel far loro mantenere l'indipendenza ed evitare il bisogno di accedere ai servizi sanitari.

Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e l'accesso ai servizi sanitari dipende da quanto gli oltre 16 milioni di infermieri sono impiegati per garantire un'assistenza efficace e conveniente. Questo deriva anche dal miglioramento delle conoscenze e informazioni del personale infermieristico sugli aspetti rilevanti delle

modalità di finanziamento, delle politiche sanitarie e del processo decisionale. Per il fatto di rappresentare la professione sanitaria più numerosa, gli infermieri occupano un ruolo strategico per guidare in modo attivo il cambiamento verso l'equità, la copertura sanitaria universale e, in ultima analisi, verso migliori risultati di salute in tutto il mondo. Al fine di rafforzare i sistemi

"Ognuno di voi deve partecipare al dibattito, assicurarsi un posto al tavolo della politica e far sentire la voce degli infermieri. Senza quella voce, la politica sarà incompleta".

Judith Shamian, ICN President 2013-2017
ICN Biennial Report, 2012-2013

sanitari, gli infermieri devono essere adeguatamente preparati per contribuire a orientare le politiche, lavorare in modo efficace all'interno di team multidisciplinari, pianificare e gestire i servizi sanitari, coinvolgere le comunità e i principali *stakeholders* nella programmazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria ed esercitare pressione politica per aumentare le risorse per i sistemi sanitari (ICN, 2005b).

Gli infermieri, in quanto tali, devono essere collocati in modo strategico per fornire soluzioni creative e innovative che facciano una reale differenza nella vita quotidiana dei pazienti, dei sistemi sanitari, delle comunità e della professione infermieristica.

Questi sono i motivi per cui gli infermieri sono dei partner essenziali per i governi e altri finanziatori, per garantire sistemi sanitari efficaci e convenienti.

LINEE DI AZIONE

Sul tuo posto di lavoro:

- Scopri il costo del materiale e delle attrezzature che utilizzi nel tuo contesto.
- Cosa possono fare gli infermieri per ridurre i costi dell'assistenza sanitaria nella loro pratica quotidiana?

A livello nazionale:

- Quali sono gli attuali vincoli nei costi che devono affrontare gli infermieri nel tuo paese?
- Come si possono affrontare?

Il prossimo capitolo riguarderà i modelli di finanziamento sanitario e l'uso efficiente delle risorse per fornire assistenza di qualità.

Capitolo 2

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria

Non possiamo risolvere i problemi usando lo stesso modo di pensare con cui li abbiamo creati – Albert Einstein.

La questione della spesa sanitaria continua ad essere al centro della scena nei programmi di diversi paesi, e sono state attuate una serie di iniziative finanziarie per soddisfare i bisogni di salute delle popolazioni tenendo presente il limite delle risorse a disposizione. I finanziamenti sanitari mirano a sostenere i costi relativi alle risorse umane per la salute, alle tecnologie finalizzate alla diagnosi e al trattamento, ai farmaci e ad altre spese. A tal fine, il finanziamento sanitario ha tre elementi chiave: raccogliere sufficienti fondi per garantire la salute, rimuovere gli ostacoli finanziari all'accesso ai servizi, utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili (WHO, 2010b).

Per raggiungere un'assistenza di qualità a un basso costo, serve la presenza di una leadership infermieristica che guidi il cambiamento in modo da continuare a garantire un'assistenza efficace e conveniente. Comprendere correttamente i processi e i meccanismi che riguardano il finanziamento sanitario è fondamentale perché la leadership infermieristica possa continuare a svolgere un ruolo di *advocacy* a favore dell'equità nella salute e della copertura sanitaria universale.

I principali modelli di finanziamento dei sistemi sanitari

Il finanziamento sanitario e l'erogazione dell'assistenza sanitaria sono più efficaci se strettamente collegati fra loro. I meccanismi finanziari devono consentire l'accesso universale all'assistenza senza creare disuguaglianze verso i poveri. Ciò significa attuare una valida strategia finanziaria che rimuova le barriere all'accesso alle cure – come, per esempio, il dover pagare di tasca propria, il dover percorrere lunghe distanze che richiedono molto tempo per raggiungere le strutture sanitarie – e garantisca assistenza di elevata qualità.

Vi sono svariati modelli per finanziare i servizi di assistenza sanitaria (WHO, 2010b; Macdonald, 2009). Se ne riportano alcuni qui di seguito.

Finanziamento basato sulla fiscalità generale. Questo è il modello economico utilizzato nella maggior parte dei paesi dell'Africa sub-sahariana e in Asia meridionale. Secondo questo modello, i servizi sanitari sono finanziati dalle entrate dell'amministrazione pubblica, come il ricavato dalle imposte, i dazi derivati dall'importazione e le tasse sul tabacco e sull'alcool. In generale, questo meccanismo è a favore delle persone meno abbienti. Tuttavia, le persone povere sono restie ad accedere ai servizi sanitari sia per la loro scarsa qualità che per il problema del loro accesso.

Finanziamento basato sulle assicurazioni sociali o fondo comune. In questo meccanismo i servizi sanitari sono pagati attraverso i contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro versati a un fondo sanitario. Ciò assicura che il rischio finanziario di dover pagare per l'assistenza sanitaria sia condiviso da tutti i membri del gruppo e non solo da chi si ammala. L'iscrizione è obbligatoria, ma per alcuni gruppi, come i lavoratori liberi professionisti, può essere volontaria.

Le assicurazioni private. Le persone pagano premi periodici relativi al costo dei servizi di cui usufruiscono. Questo può significare che le persone che appartengono a un gruppo a elevato rischio di ammalarsi pagano di più e quelli a basso rischio di meno. Questo modello si trova soprattutto nei paesi sviluppati, dove c'è una qualche forma di sistema sanitario nazionale come il Canada e il Regno Unito. Le persone ricche, inoltre, pagano un'assicurazione supplementare per usufruire di servizi privati o per accedere ai servizi non coperti dal sistema sanitario nazionale. L'adesione è volontaria.

Tasse utente o pagamenti diretti. In questo meccanismo non esiste alcuna assicurazione o condivisione reciproca dei costi e le persone pagano i servizi sanitari che utilizzano direttamente di tasca propria. Far pagare le persone al momento in cui ne hanno bisogno le scoraggia dall'usare i servizi sanitari, specialmente quelli deputati alla prevenzione; al contrario, incoraggia a posticipare e ritardare la richiesta di servizi. Questo modello può portare le persone ad avere difficoltà finanziarie.

Indipendentemente da quale modello sia utilizzato, tutti devono essere caratterizzati da qualità dell'assistenza. Se le persone percepiscono che l'assistenza sanitaria è di scarsa qualità è improbabile che vogliano usufruirne. Nel fare scelte sui diversi meccanismi di finanziamento, è importante ricordare che le persone dovrebbero essere al centro dell'assistenza. Dopo tutto, sono i cittadini a fornire i fondi necessari per pagare i servizi sanitari attraverso le tasse, i contributi e le donazioni. La ragione principale della raccolta di fondi è proprio migliorare la salute e il benessere delle persone: il finanziamento della sanità è un mezzo che mira a raggiungere un fine, non un fine in sé stesso (WHO, 2010b).

Tabella 1 - Le principali tendenze nel finanziamento sanitario.

TENDENZA	OBIETTIVI	PAESI
Introdurre o aumentare le quote degli utenti in sistemi basati sulla fiscalità.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare le entrate, uso più efficiente delle risorse. - Creare una maggiore responsabilità nei confronti dei consumatori. 	Numerosi paesi dell'Africa sub-sahariana.
Introdurre sistemi di assicurazione sanitaria comunitari, generalmente basati sulle quote degli utenti e le entrate fiscali.	<ul style="list-style-type: none"> - Ridurre le barriere finanziarie create dalle quote degli utenti. - Favorire un uso più efficiente delle risorse. - Raccogliere più fondi. 	Tailandia, Indonesia, India, Tanzania, Uganda.
Passaggio da sistemi basati sulle tasse a sistemi di tipo assicurativo socio-sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - Creare fonti di finanziamento sanitario indipendenti e sostenibili. - Raccogliere più fondi. 	Tailandia, Europa orientale, Ghana, Nigeria, Zimbabwe.
Consolidamento di più fondi statali di tipo assicurativo.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare l'equità ed evitare la frammentazione. - Aumentare l'efficienza amministrativa. 	Messico, Columbia, altri paesi dell'America latina.

Adattato da: Bennett, Gilson (2001).

Porre l'attenzione sui poveri

Quando si decide per un finanziamento che garantisca la copertura sanitaria universale, è importante che le politiche siano "a favore dei poveri" e che non escludano coloro che non possono pagare o che non hanno un'assicurazione sanitaria. Gli elementi importanti di un sistema di finanziamento sanitario a favore dei poveri sono (Macdonald, 2009):

- I contributi alle spese per l'assistenza sanitaria devono essere legate alla possibilità di pagare.
- I poveri devono essere protetti dal rischio finanziario associato alla malattia.
- I servizi devono essere accessibili (compresa l'accessibilità geografica e la qualità delle cure).

Per ottenere la copertura sanitaria globale, i sistemi di finanziamento devono fornire alle persone un *continuum* di servizi sanitari (la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il trattamento e la riabilitazione) senza portarli a gravi difficoltà economiche. Tuttavia, in molti paesi, milioni di persone non possono usufruire dei servizi sanitari a causa dei pagamenti diretti al momento dell'accesso o sono danneggiati economicamente dal dover pagare "di tasca propria". Meccanismi di prepagamento, come le assicurazioni sociali, potrebbero rimuovere questi ostacoli e aumentare quindi l'accesso ai servizi al momento del bisogno (WHO, 2010b).

Quanto costano i servizi sanitari?

Per decidere quanto investire nel settore sanitario, è importante conoscere il costo dei servizi. Una recente stima del WHO sui costi dei servizi sanitari principali suggerisce che i 49 paesi a basso reddito intervistati avrebbero bisogno di spendere, in media, poco meno di 44 dollari pro capite, aumentando tale cifra per raggiungere poco più di 60 dollari pro capite entro il 2015 (WHO, 2010b). Tale stima include il costo per ampliare i sistemi sanitari e offrire svariati servizi. Essa comprende anche interventi per le malattie non trasmissibili e gli interventi proposti dai MDG legati alla salute ovvero: ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute delle donne e la lotta contro l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie. Ciò significa che i paesi a basso reddito possono permettersi di fornire una copertura dei servizi sanitari essenziali a bassi costi.

Un impiego efficiente delle risorse

Come osservato nel capitolo 1, il costo dell'assistenza sanitaria è in aumento in tutto il mondo ed è importante che le risorse disponibili siano utilizzate per un'assistenza efficace a basso costo. Gli sprechi costituiscono una cifra rilevante di tutte le risorse sanitarie. Per esempio, negli Stati Uniti risulta siano stati sprecati fino a 1,2 miliardi di dollari, ovvero la metà di tutta la spesa sanitaria (PwC Health Research Institute, 2010). Un rapporto dell'Istituto di medicina (IOM) stima che la spesa sanitaria evitabile sia stata di 750,000 milioni di dollari solo nel 2009 (IOM, 2012). Negli Stati Uniti il maggior spreco è costituito dalla cosiddetta "medicina difensiva", che consiste nel prescrivere indagini e procedure inappropriate o non necessarie per evitare denunce da parte degli utenti dei servizi (Thomson Reuters, 2009). Altri fattori che contribuiscono ad aumentare le spese inutili sono dovuti alla scarsa adesione dei pazienti ai consigli e ai trattamenti medici (IOM 2012; Sabate, 2003).

Il Network europeo per la frode e la corruzione dell'assistenza sanitaria (*European Healthcare Fraud and Corruption Network*, EHFCN) sostiene che la spesa sanitaria globale annua è di circa 5,3 miliardi di dollari, di questi, un po' meno del 6 per cento (circa 300 miliardi di dollari) è sprecato per errori o per frodi (EHFCN, 2010). Mentre la maggior parte dei paesi non riesce a utilizzare le risorse disponibili, altri sprecano soldi a causa di appalti scadenti, di un uso incongruo di farmaci o di un utilizzo inefficiente delle risorse umane e tecniche. I diversi livelli d'inefficienza evidenziano che in alcuni paesi si raggiungono livelli più elevati di assistenza e migliori risultati di salute rispetto ad altri paesi, pur con le stesse risorse. Per esempio, il Brasile, il Cile e la Costa Rica, ogni anno spendono oltre 400 dollari pro capite per la sanità; ma l'aspettativa di vita in Brasile è di 72 anni rispetto ai 78 anni degli altri due paesi (Chisholm, Evans 2010).

La modalità con cui sono pagati gli operatori sanitari e le retribuzioni influenzano il loro comportamento. E' possibile mettere in atto incentivi capaci di influenzare le decisioni dei professionisti riguardo alla prescrizione di farmaci e di test diagnostici. I giusti incentivi possono indirizzare il comportamento dei professionisti verso il raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario, quali il miglioramento della qualità dell'assistenza e l'ampliamento dell'accesso ai servizi prioritari o l'impiego efficiente delle risorse. D'altra parte, alcuni metodi di pagamento potrebbero incoraggiare i professionisti sanitari a sprecare risorse, aumentando il loro reddito. Per esempio, il metodo del lavoro a cottimo (*fee-for-service payment*) crea incentivi per offrire più servizi e aumentare il reddito. Allo stesso modo, i metodi che rimborsano il professionista con un importo fisso per i servizi erogati a ogni paziente, crea incentivi che lo portano a prendere in carico più pazienti in modo da massimizzare il reddito (Özaltin, Cashin 2014; Chisholm, Evans 2010).

Numerosi sistemi sanitari non riescono a isolare i costi dell'assistenza infermieristica e li includono nella quota pagata per il posto letto, ma sappiamo dalla ricerca che la sopravvivenza e le complicanze che fanno lievitare i costi sono influenzate dall'assistenza infermieristica; quindi, comprendere come sono impiegati gli infermieri è critico se si vogliono ottenere dei servizi efficaci al più basso costo. Chi redige le politiche dovrebbe quindi adottare metodi di pagamento e fissare tassi di pagamento in modo tale che gli incentivi si allineino con gli obiettivi del sistema sanitario, come l'essere più sensibili verso i pazienti e utilizzare le risorse in modo più efficiente.

Le principali cause di inefficienza

Le principali cause d'inefficienza dei sistemi sanitari includono (Chisholm, Evans 2010):

- Eccessivo impiego di farmaci e impiego di farmaci contraffatti.
- Uso eccessivo di materiali e attrezzature, indagini diagnostiche e procedure.

- Personale inadeguato o gruppi di lavoro costosi (*costly staff mix*), professionisti demotivati.
- Ricoveri ospedalieri inappropriati e lunghezza delle degenze.
- Errori sanitari e scarsa qualità dell'assistenza.
- Spreco, corruzione e frode.
- Combinazione inefficiente o livello inappropriato di strategie, quali finanziare interventi a costo elevato e scarso effetto quando restano non finanziati altri a basso costo ed elevato impatto.

In tutto il mondo, si stima che oltre la metà di tutti i farmaci siano prescritti, distribuiti o venduti in modo inappropriato (WHO, 2010c). L'utilizzo irrazionale di farmaci può assumere diverse forme: più prescrizioni o *poly-pharmacy*, l'uso eccessivo di antibiotici e di iniezioni, prescrizioni non conformi alle linee guida cliniche o un'inadeguata automedicazione (Holloway, van Dijk, 2010). Ad aumentare questa inefficienza è stato stimato che, la metà di tutti i pazienti, non assume i farmaci come prescritto o indicato; ciò porta a sprechi e a un aumento dell'inefficienza del sistema sanitario, nonché a una maggiore resistenza agli antimicrobici (Sabate, 2003).

Dall'altra parte, un impiego razionale dei farmaci che si concentri su quelli essenziali, può ridurre questa voce di spesa. Per esempio, il Sultanato dell'Oman ha pubblicato un prontuario nazionale che evidenzia in modo particolare i farmaci essenziali. Un approccio più responsabile all'uso dei farmaci ha fatto risparmiare il 10-20 per cento della spesa farmaceutica prevista tra il 2003 e il 2009 (WHO, 2012c).

Anche l'impiego razionale delle risorse umane, come l'attribuzione delle attività al personale più idoneo (*task-shifting*) o la condivisione dei compiti, può portare a notevoli risparmi. Per illustrare quanto affermato in Sud Africa, il *task-shifting* del trattamento antiretrovirale dai medici agli infermieri di assistenza primaria, ha portato a un incremento della diagnosi di casi di TBC, a un aumento della conta dei globuli bianchi, ha fatto aumentare di peso e migliorato la *compliance* alla terapia delle persone con HIV/AIDS e il tutto a un costo inferiore (Fairall *et al.* 2012).

Le inefficienze dell'assistenza sanitaria e la scarsa qualità dell'assistenza

Le inefficienze e lo spreco delle risorse nel settore sanitario possono verificarsi anche a causa di una scarsa qualità assistenziale che porta a eventi avversi quali errori clinici, infezioni nosocomiali e lesioni da pressione, aumentando così la durata delle degenze e i costi dell'assistenza sanitaria.

Gli errori clinici

Gli errori clinici sono una grave minaccia per la sicurezza dei pazienti. Essi sono spesso il risultato di sistemi sanitari deboli con insufficiente personale o mal gestiti. Gli errori clinici possono portare a ricoveri più lunghi e quindi a far aumentare il costo dell'assistenza sanitaria così come i costi per il paziente e la sua famiglia a causa del dolore, della sofferenza o della morte (WHO, 2005). La segnalazione degli eventi avversi è fondamentale per individuare problemi di sicurezza per i pazienti. Tuttavia, riportare l'informazione non deve essere fine a se stesso; si tratta di un mezzo per migliorare la sicurezza dei pazienti attraverso l'apprendimento dagli errori e il cambiamento della concezione della sicurezza da parte dell'organizzazione. Un sistema di segnalazione per la sicurezza dei pazienti efficace non deve essere punitivo, deve evitare che coloro che dichiarano l'errore vengano incolpati e umiliati. L'informazione deve essere diffusa a tutti in modo che si possa imparare dagli errori e apportare cambiamenti nella pratica clinica (WHO, 2005).

Il problema degli errori sanitari è enorme e un quarto degli adulti con problemi di salute in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti e un quinto nel Regno Unito riferì di aver subito un errore terapeutico o errori clinici negli ultimi due anni (Blendon *et al.*, 2003). Negli USA gravi errori terapeutici evitabili si sono verificati in 3,8 milioni di ricoveri ospedalieri (con un costo di circa 16,4 miliardi di dollari l'anno) e in 3,3 milioni di visite ambulatoriali ogni anno (per un costo di 4,2 miliardi di dollari l'anno) (Massachusetts Technology Collaborative and NEHI 2008). Nella sua relazione *Errare è umano*, l'Istituto di medicina stimò che 7.000 morti negli Stati Uniti ogni anno erano causate da errori terapeutici evitabili (IOM, 1999).

La riduzione complessiva degli errori terapeutici richiede un approccio su più fronti che vanno dagli incentivi economici ai miglioramenti organizzativi e assistenziali che affrontino le cause che stanno alla radice degli errori stessi.

Le infezioni dovute all'assistenza sanitaria

L'onere globale delle infezioni dovute all'assistenza sanitaria (*Healthcare acquired infections*, HCAI) rimane sconosciuto a causa della difficoltà a raccogliere dati affidabili. Tuttavia, alcuni studi hanno dimostrato che la prevalenza di HCAI nella popolazione di pazienti misti è di circa il 7,6 per cento nei paesi a elevato reddito. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha stimato che ne sono affetti 4.131.000 pazienti e che in Europa ci sono ogni anno circa 4.544.100 episodi di infezioni nosocomiali. Il tasso d'incidenza delle infezioni dovute all'assistenza sanitaria stimato negli Stati Uniti era del 4,5 per cento nel 2002, pari a 9,3 infezioni per 1000 giorni di degenza di ogni paziente e con 1,7 milioni di pazienti affetti. I dati riguardanti la diffusione delle HCAI nei paesi in via di sviluppo sono scarsi. Tuttavia, gli studi in ambienti sanitari con risorse limitate hanno riferito tassi d'infezioni nosocomiali che variavano dal 5,7 per cento al 19,1 per cento, con un pool di prevalenza del 10,1 per cento (WHO, 2011).

Le HCAI causano l'aumento dei tempi di degenza, disabilità a lungo termine e una maggiore resistenza agli antimicrobici, un onere finanziario per i sistemi sanitari, un aumento di costi per i pazienti e le loro famiglie e un incremento della mortalità. In Europa, le HCAI provocano 16 milioni di giorni di degenza in più in ospedale e 37 mila morti, con una perdita finanziaria annuale stimata in 7 miliardi di euro. Negli Stati Uniti, le HCAI causano 99.000 decessi ogni anno, con una perdita di 6,5 miliardi di dollari nel 2004 (WHO, 2011).

E' chiaro che le infezioni causate dall'assistenza sanitaria portano a un aumento, facilmente evitabile, di malattie e decessi, con enormi perdite finanziarie. Esse devono essere trattate come un problema prioritario di sicurezza per i pazienti e devono essere affrontate con approcci globali, servendosi degli infermieri come "spina dorsale" per la prevenzione delle infezioni, la sicurezza dei pazienti e l'efficienza del sistema.

Le lesioni da pressione

Le lesioni da pressione (LDP) sono un problema per sicurezza e la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti. Nel Regno Unito l'analisi dei costi per il trattamento delle LDP ha mostrato che la spesa variava da 1214 sterline (stadio/categoria I) a 14.108 sterline (stadio/categoria IV). I costi aumentano con la gravità della lesione. E' chiaro che il trattamento delle LDP rappresenta un costo significativo nel Regno Unito, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari (Dealey *et al.*, 2012).

Negli Stati Uniti 2,5 milioni di pazienti ogni anno sviluppano LDP con una perdita finanziaria stimata in 9,1-11,6 bilioni di dollari l'anno. Il costo delle cure per il singolo paziente con LDP varia da 20.900 dollari a 151.700 dollari. La durata media della degenza per i pazienti con LDP è di 14,1 giorni rispetto ai 5 giorni per quelli senza LDP (Russo *et al.* 2008).

Le LDP acquisite in ospedale non sono attribuibili solo all'assistenza infermieristica, ma all'insuccesso dell'intero sistema sanitario. Mentre la prevenzione delle LDP è una responsabilità multidisciplinare, gli infermieri giocano il ruolo più importante e sono in grado di erogare un'assistenza efficace al costo più basso. Senza uno sforzo convenuto, le spese sono destinate, in futuro, ad aumentare, poiché aumenterà l'invecchiamento della popolazione.

Cosa possono fare gli infermieri per migliorare l'efficienza del sistema sanitario?

Gli infermieri sono una forza per cambiare poiché hanno l'opportunità di migliorare l'efficienza e ridurre gli sprechi. In collaborazione con gli altri professionisti sanitari e coloro che prendono le decisioni, gli infermieri sono in grado di:

- Migliorare i consigli sulle prescrizioni, le informazioni, la formazione e la pratica clinica.
- Educare gli individui e le comunità all'identificazione e alla vigilanza dei farmaci contraffatti.
- Sviluppare e realizzare linee guida per le migliori pratiche cliniche basate su prove di efficacia.
- Attuare *task-shifting* e altri modi per adeguare le competenze ai bisogni delle persone.
- Aderire ed essere da esempio nell'attuazione delle procedure di controllo delle infezioni, migliorare gli standard di igiene negli ospedali; promuovere una maggior continuità nell'assistenza e prevedere frequenti audit clinici.
- Monitorare le performance ospedaliere e utilizzare i dati per guidare le decisioni cliniche.
- Ridurre gli oneri amministrativi.

- Valutare e includere nelle politiche prove di efficacia sui costi e l'impatto che hanno gli interventi, le tecnologie, i farmaci e le scelte politiche.

Gli infermieri sono al centro del sistema sanitario perché possono fornire un'assistenza efficace e più conveniente, tuttavia, l'attuale carenza infermieristica nel mondo continuerà a essere una delle principali sfide per gestire i sistemi sanitari in modo efficiente.

LINEE DI AZIONE

- Quali sono i principali modelli economici sanitari del tuo paese?
- I modelli di finanziamento sanitario in atto promuovono una copertura sanitaria universale?
- Quali sono le ragioni principali dello spreco di risorse sanitarie nel tuo contesto?
- Che cosa possono fare gli infermieri nella loro pratica quotidiana per ridurre gli sprechi e migliorare l'efficienza?

Nel capitolo 3, vedremo come gli infermieri possono rendere più conveniente un'assistenza efficace attraverso l'impiego delle più recenti sintesi di prove di efficacia e le capacità necessarie per perseguire la qualità e i cambiamenti a costi contenuti, compresa l'assistenza multidisciplinare, la comunicazione efficace e l'ottimizzazione delle prestazioni del sistema sanitario.

Capitolo 3

Verso “un’assistenza efficace e conveniente”

Se non si fanno progressi nell’assistenza infermieristica ogni anno, ogni mese, ogni settimana, credetemi, si torna indietro - Florence Nightingale.

L'ICN ha una storia di lunga data nel condurre gli infermieri a un’assistenza efficace sia nella qualità che nei costi. Attraverso le sue pubblicazioni, le prese di posizione, i progetti e le conferenze, l’ICN attua il suo programma di diffusione delle conoscenze e di sviluppo delle competenze nella popolazione infermieristica di tutto il mondo. Uno dei cinque valori fondamentali dell’ICN è la *leadership* capace di *vision* (*Visionary Leadership*) che si realizza, tra l'altro, attraverso i suoi progetti *Leadership for Change* e *Leadership in Negotiation* e l'*ICN-Burdett Global Nursing Leadership Institute*⁷.

Il costo crescente dell’assistenza sanitaria in tutto il mondo richiede l'adozione di misure di contenimento della spesa in modo che i paesi e i governi riescano a permettersela e a sostenerla. La pressione a contenere i costi sottolinea la necessità di comprendere meglio come utilizzate in maniera ottimale le risorse sanitarie e infermieristiche. Gli infermieri *manager* e i dirigenti devono utilizzare approcci e strumenti che permettano di contenere i costi ma che, allo stesso tempo, consentano di ottenere i risultati assistenziali desiderati. Uno di questi metodi è l'analisi dell'efficacia dei costi (*cost effectiveness analysis*).

La definizione dell’efficacia dei costi e dell’efficacia dell’assistenza

I servizi sanitari sono distribuiti alla popolazione entro i limiti delle risorse finanziarie e umane, ed è importante che il costo e i benefici dell’assistenza sanitaria siano pienamente considerati. Spesso si sente dire che gli infermieri sono “*cost effective*” e “*care effective*” cioè capaci di garantire un’assistenza efficace a costi contenuti. Pertanto, la comprensione di questi termini è fondamentale per guidare il processo decisionale per un uso ottimale delle risorse.

L’analisi dell'efficacia dei costi (*cost effectiveness analysis*, CEA) consente a chi prende le decisioni di quantificare i benefici sanitari in termini di "salute" piuttosto che in termini monetari misurati in risultati di salute (*health outcomes*) come, per esempio, il numero di malattie diarroiche prevenute, l’aumento della durata e della qualità della vita (Neumann, 2005). Tale analisi è utilizzata per determinare quale intervento porta ad un risultato specifico al minor costo confrontando due o più interventi di assistenza sanitaria. Per esempio, l'analisi costo-efficacia può essere fatta per confrontare i vaccini somministrati da medici con quelli somministrati dagli infermieri, per determinare quale gruppo raggiunge i migliori risultati con meno costi. Un altro esempio può essere il confronto di due farmaci per l'ipertensione al fine di determinare quale farmaco produce il risultato desiderato a costi inferiori.

Gli interventi sono paragonati in termini di costi e dei loro risultati o benefici sulla salute. L'intenzione è di ottenere risultati di salute con meno risorse, che porti a un concetto correlato di "assistenza efficace".

Nell’analisi del rapporto costo-efficacia, dobbiamo anche prendere in considerazione che un’assistenza efficace significa un’assistenza basata su prove di efficacia e che quindi produce i risultati attesi (Newhouse, Poe, 2005). Facendo riferimento agli infermieri, un’assistenza efficace è la misura con la quale i problemi di salute sono risolti e i risultati raggiunti. Se aggiungiamo l’efficacia dei costi a questa definizione, significa

⁷ Il riferimento è ai programmi da anni attuati dall’ICN in tutto il mondo: si veda <http://www.icn.ch/what-we-do/leadership-development/>. Si veda anche il testo dell’ICN tradotto in italiano: Shaw S. (2009) *Leadership infermieristica*. Milano: Casa editrice ambrosiana.

che gli infermieri possono raggiungere i risultati di salute attesi, con la qualità come elemento fondamentale, a costi inferiori.

Come singoli e come membri e coordinatori dei *team* sanitari, gli infermieri portano l'assistenza centrata sulla persona più vicina a quelle comunità in cui è più necessaria, contribuendo in tal modo a migliorare i risultati di salute e il rapporto complessivo costo-efficacia dei servizi (WHO, 2010d).

L'erogazione di servizi efficaci per sistemi sanitari caratterizzati da "un'assistenza efficace e conveniente"

L'assistenza sanitaria primaria e centrata sul paziente

Il Codice deontologico dell'ICN afferma che gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire le malattie, ripristinare lo stato di salute e alleviare le sofferenze (ICN, 2012b). Gli infermieri hanno anche un ruolo fondamentale nell'offrire servizi sanitari equi che comprendano un'assistenza continua che sia incentrata sulle persone e le loro famiglie, che sia basata sulle prove di efficacia e in continuo miglioramento rispetto alla qualità.

Le malattie non trasmissibili, come le cardiopatie, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, e i problemi di salute mentale, sono la principale causa di mortalità e disabilità nel mondo (Lozano, et al. 2012; Vos et al., 2012). Gli infermieri hanno le conoscenze riguardo ai fattori di rischio di tali malattie (il consumo di tabacco, l'inattività fisica, il consumo nocivo di alcol e una cattiva alimentazione), quindi possono costituire i protagonisti fondamentali del successo per i cambiamenti comportamentali degli individui e delle comunità, attraverso interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. Utilizzando un approccio alla promozione della salute e prevenzione delle malattie che tenga in considerazione tutte le fasi della vita (*life-course approach*) dai primi anni della vecchiaia, gli infermieri possono contribuire a ridurre il pesante fardello delle malattie croniche e i costi di assistenza sanitaria ed esse associati. Gli infermieri hanno un ruolo chiave di *advocacy* nel ridisegnare i sistemi sanitari in modo da porre al centro la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

A tal fine, è importante ricordare che l'assistenza sanitaria primaria (*Primary Health Care, PHC*) è il modo più efficace da preferire per erogare i servizi sanitari essenziali a un costo che i governi e le comunità possono permettersi (WHO, 2008a). Un sistema sanitario nazionale è più efficace quando si basa sull'assistenza sanitaria primaria che comprende una serie di servizi sanitari per la popolazione essenziali, equi, accessibili a tutti e finanziati con fondi pubblici. Questo approccio richiede uno spostamento dell'attenzione dai servizi sanitari basati sugli ospedali a servizi basati sulle comunità e, ancora, a servizi più convenienti che possono essere forniti da infermieri. Come ha affermato la Commissione di macroeconomia e salute (*Commission on Macroeconomics and Health, CMH*), i servizi sanitari vicini agli utenti (*close-to-client*) possono essere erogati da infermieri ad un costo di circa 34 dollari a persona con un approccio di PHC (CMH, 2001).

Le prove di efficacia internazionali suggeriscono che i sistemi sanitari fortemente basati sull'assistenza sanitaria primaria (*Primary Health Care, PHC*) sono orientati ad avere risultati di salute migliori e più equi, sono più efficienti, hanno meno costi sanitari, e possono raggiungere una soddisfazione più elevata da parte degli utenti rispetto ai sistemi sanitari che hanno solo un debole orientamento verso l'assistenza sanitaria primaria.

(Pan American Health Organization, 2007)

Eppure, i sistemi sanitari di tutto il mondo sono in gran parte concentrati sulle cure ospedaliere e l'assistenza terziaria, mentre si da ancora una scarsa attenzione all'efficacia e alla sicurezza dell'assistenza primaria (Iha, 2008). Ciò ha portato a sistemi sanitari molto costosi e inefficaci, con scarsi risultati di salute.

L'impegno degli infermieri per l'assistenza sanitaria primaria è incorporato nel **Codice Deontologico degli Infermieri dell'ICN**, adottato per la prima volta nel 1953 e regolarmente rivisto, che afferma che **"gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire le malattie, ripristinare la salute e alleviare le sofferenze"**.

(ICN, 2012b)

L'assistenza sanitaria primaria nella maggior parte dei paesi è fornita dagli infermieri che hanno un'opportunità unica di mettere le persone al centro dell'assistenza, di rendere i servizi più efficaci, efficienti ed equi. Gli infermieri spesso vivono all'interno di comunità; comprendono la cultura e la lingua locale e ciò offre loro una prospettiva unica rispetto ai problemi sanitari e ai bisogni di salute. È proprio la presenza degli infermieri, in prima linea nell'assistenza sanitaria, a fornire la continuità assistenziale, caratteristica distintiva dell'assistenza infermieristica (ICN, 2008b). Gli infermieri sono la pietra angolare per garantire un'assistenza sanitaria che sia centrata sulla persona, sulla continuità delle cure, sulla completezza e l'integrazione dei servizi, tutti elementi fondamentali per un'assistenza olistica.

Ampliare la pratica infermieristica per aumentare l'accesso e la qualità dell'assistenza

Molti paesi stanno cercando di migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria attraverso la revisione dei ruoli degli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, poiché lo sviluppo di nuovi e più avanzati ruoli per gli infermieri potrebbe migliorare l'accesso alle cure (OECD, 2010).

Assistenza infermieristica avanzata. Sempre più paesi stanno inserendo infermieri che esercitano la professione in ruoli avanzati⁸. L'ICN definisce un infermiere con competenze avanzate (*Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse, APN*) un "infermiere abilitato che ha acquisito una base di conoscenze specifiche, complesse capacità decisionali e competenze cliniche avanzate, le cui caratteristiche sono modellate dal contesto e/o dal paese in cui è autorizzato ad esercitare. Per accedere a questo livello di esercizio professionale è necessario un master" (ICN, 2009a).

A causa dei cambiamenti demografici della popolazione, dell'aumento dei costi e delle difficoltà di accesso all'assistenza, più paesi stanno pensando di introdurre professionisti con competenze avanzate nel tentativo di ridurre i costi, aumentare l'accesso alle cure e la soddisfazione dei pazienti.

Le valutazioni dei servizi mostrano che la presenza d'infermieri di assistenza avanzata (APN) può migliorare l'accesso ai servizi e ridurre i tempi di attesa. La figura dell'APN è in grado di offrire la stessa qualità di assistenza dei medici per un'ampia gamma di pazienti, comprendendo quelli con malattie meno gravi e quelli che necessitano di *follow-up* di routine. La maggior parte delle statistiche dimostra un elevato tasso di soddisfazione dei pazienti, soprattutto perché gli infermieri tendono a trascorrere più tempo con loro e a fornire informazioni e interventi di *counselling* (OECD, 2010).

Gli infermieri che prescrivono. Un'innovazione che rappresenta un avanzamento ancora più comune nell'erogazione dell'assistenza sanitaria è l'introduzione della prescrizione infermieristica da parte di infermieri abilitati. La prescrizione infermieristica ha il potenziale di ridurre i costi per il paziente (trasporti, tempo e denaro) e per il sistema sanitario nel suo complesso, dando maggior tempo ai medici per visitare i pazienti più gravi e complessi e riducendo la notevole domanda di ricoveri ospedalieri grazie al tempestivo trattamento nella comunità. Inoltre, è in grado di aumentare l'accesso ai servizi sanitari in zone poco servite e per gruppi svantaggiati, di aumentare la scelta dei consumatori e di salvaguardare l'efficienza nella gestione delle risorse (ICN, 2009b; Kroezen, 2012). I risultati di ricerche internazionali sostengono la sicurezza della prescrizione infermieristica e indicano che è stata generalmente vista positivamente, come evidenziato in una revisione narrativa della letteratura (Latter, Curtenay, 2004) e in una revisione sistematica (Van Ruth *et al.* 2008).

⁸ Si veda a questo proposito il testo di Shober e Affara pubblicato dall'ICN nel 2006 e tradotto in italiano nel 2008: Schober M., Affara F. (2008) *Assistenza infermieristica avanzata*. Milano: Casa editrice ambrosiana. Il Master corrisponde a un numero di crediti formativi pari almeno a quelli della nostra laurea specialistica (Ndc).

Una gestione efficace dei sistemi sanitari per offrire "un'assistenza efficace e conveniente"

Il desiderio di un'assistenza efficace ed economica ha stimolato la riforma dei sistemi sanitari al fine di ottenere buoni risultati di salute a costi accessibili e sostenibili. Negli attuali sistemi sanitari complessi, nessun professionista sanitario può affermare di possedere da solo le conoscenze necessarie per contribuire al mantenimento della salute. Ecco perché è necessaria la collaborazione tra le diverse professioni sanitarie (*collaborative practice*) così che le loro competenze si possano integrare per fornire un'assistenza olistica (ICN, 2004; Bower *et al.*, 2003). È quindi presente un rinnovato interesse per la scoperta dei modi migliori per fornire servizi sanitari che soddisfino meglio possibile le esigenze di salute degli individui, delle famiglie e delle comunità. In un'epoca d'incremento della domanda da parte dei consumatori, di cambiamento dei quadri patologici e di aumento delle malattie croniche, offrire un'assistenza di qualità a costi accessibili richiede un approccio più coordinato e di gruppo (*team-based*) al quale gli infermieri sono abituati.

Approccio di squadra

L'approccio di squadra (*team approach*⁹) è una soluzione percorribile per le sfide nell'erogare servizi che affrontano tutti i sistemi sanitari del mondo. Lavorare in squadra è ciò che ci si aspetta nei giorni nostri, e la collaborazione è il suo nucleo centrale. Tuttavia, nonostante la crescente consapevolezza dei potenziali benefici del lavoro d'équipe per l'assistenza, numerose organizzazioni sanitarie sono carenti da questo punto di vista, con conseguenze negative sui risultati per i pazienti (Lemiex-Charles, McGuire, 2006). Le barriere all'approccio di squadra e alla pratica collaborativa sono da attribuire a diversi fattori tra cui la mancanza di strutture, la mancanza di sostegno da parte del sistema, la competizione, la gerarchia professionale, i frequenti cambiamenti di personale dovuti al lavoro a turni e i trasferimenti dei pazienti che rendono complesso il coordinamento e il lavoro d'équipe (ICN, 2004; Storch, 1994).

L'approccio a squadra può essere efficace sia per erogare servizi di assistenza primaria completi sia per l'assistenza episodica e continua di popolazioni specifiche di pazienti (Bower *et al.* 2003). Gli infermieri sono una componente vitale per assicurare la continuità dell'assistenza e per coordinare i servizi offerti dai diversi professionisti sanitari in cui le relazioni interdisciplinari e la comunicazione sono fondamentali. Tuttavia, alcune ricerche indicano che il rapporto tra medici e infermieri è spesso carente e proprio questo aspetto può aumentare il rischio di eventi avversi, di errori e di risultati scarsi sui pazienti (Rosenstein, O'Daniel, 2005; IOM, 1999). D'altra parte, migliorare le relazioni, coordinare meglio l'assistenza e il lavoro d'équipe riduce gli errori e migliora la qualità delle cure, i risultati attesi sui pazienti e la loro sicurezza (IOM, 1999). Per esempio, il positivo rapporto infermieri-medici è uno degli attributi degli "ospedali magnet" che ottengono un ambiente di lavoro positivo (*empowering environment*) e una maggior soddisfazione professionale degli infermieri, con conseguente miglior qualità dell'assistenza (Laschinger *et al.*, 2003).

In virtù del fatto che costituiscono i principali erogatori di PHC nella maggior parte dei Paesi, gli infermieri comprendono i vantaggi dell'assistenza sanitaria integrata e della necessità di adottare e rafforzare la collaborazione e la *partnership*. In prima linea ogni giorno, gli infermieri sono *leader* nei *team* sanitari multidisciplinari in diversi contesti lavorativi. L'interdipendenza tra coloro che forniscono assistenza sanitaria occupa un posto centrale nella pratica collaborativa e nell'integrazione delle competenze. La pratica collaborativa va oltre il rapporto medico-infermiere per includere altri professionisti come i farmacisti, i fisioterapisti, i terapisti occupazionali, gli assistenti sociali, gli psicoterapeuti ed altri. La varietà di discipline in un dato contesto di pratica collaborativa varierà nell'intento principale e nelle priorità in risposta ai diversi contesti culturali e situazioni locali (ICN, 2004). Attraverso la collaborazione professionale, vi possono essere trasferimento e condivisione delle attività e integrazione delle conoscenze, il tutto volto a offrire un'assistenza centrata sulla persona.

L'approccio di squadra è la pietra angolare dell'assistenza sanitaria centrata sulla persona e gli infermieri possono dare un importante contributo per il funzionamento e l'efficacia delle équipe sanitarie. Nei complessi sistemi sanitari di oggi, è impossibile per un singolo gruppo di professionisti fornire una continuità di assistenza e consulenza centrata sulla persona: collegamenti e riferimenti a specialisti sono necessari per ottenere il coordinamento e la continuità delle cure (ICN, 2004). Gli infermieri sono il collante per mantenere il sistema sanitario intatto grazie alla loro competenza nella gestione delle dinamiche delle interazioni del gruppo di lavoro. Per questo, i sistemi sanitari devono essere riprogettati per ottimizzare il

⁹ In italiano s'impiega anche la terminologia dal francese "lavoro in équipe", con lo stesso significato. In questo testo si userà anche lavoro in gruppo, lavoro in squadra (NdC).

contributo degli infermieri nelle équipes sanitarie in generale, e per l'assistenza centrata sulla persona in particolare.

Una comunicazione efficace. Una comunicazione efficace è l'elemento fondamentale della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza sanitaria. D'altra parte, l'inefficace comunicazione del *team* sanitario è la causa che sta all'origine di quasi il 66 per cento di tutti gli errori clinici (Institute for Health Care Communication, 2011). Dalle ricerche emerge una forte relazione positiva tra le abilità di comunicare all'interno del gruppo di lavoro e la capacità dei pazienti di seguire le raccomandazioni sanitarie, di autogestire la propria condizione medica cronica e di adottare comportamenti volti alla prevenzione (Institute for Health Care Communication, 2011).

Una comunicazione efficace tra i membri del team di assistenza sanitaria influisce sulla qualità dei rapporti, sulla soddisfazione lavorativa e la sicurezza dei pazienti. Quando vi è una buona comunicazione sulle rispettive competenze e responsabilità c'è una significativa riduzione del *turnover* infermieristico e una migliore soddisfazione lavorativa poiché si facilita una cultura di mutuo aiuto (Lein, Wills, 2007). Se i pazienti non capiscono la loro diagnosi e l'importanza dei piani di prevenzione e di trattamento, o non possono accedere ai servizi di assistenza sanitaria a causa di problemi di comunicazione, possono verificarsi eventi avversi con conseguenti danni e spreco. È altrettanto importante che l'infermiere comprenda il paziente. Ci sono prove che la percezione dei pazienti sulla qualità dell'assistenza sanitaria che ricevono dipenda dalla qualità delle interazioni con chi eroga loro assistenza (Wanzer *et al.*, 2004).

Data l'importanza di una comunicazione efficace per migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure, così come per la soddisfazione lavorativa dei membri del team, dev'essere data la massima priorità organizzativa ai bisogni e alle capacità comunicative degli infermieri e degli altri professionisti sanitari.

Imparare a lavorare insieme per migliorare la salute delle persone. L'estrema attenzione a una formazione ospedaliera e l'isolamento professionale non preparano i professionisti della salute al lavoro di squadra e alla *leadership* negli attuali sistemi sanitari (Frenk *et al.*, 2010). Una delle soluzioni promettenti si può trovare nei progetti di formazione interprofessionale (*Interprofessional Education*, IPE), in cui gli studenti di diverse professioni sanitarie seguono dei percorsi comuni a un dato punto della loro formazione (WHO, 2010d). Un'IPE efficace migliora il rispetto tra professioni sanitarie, elimina gli stereotipi negativi e favorisce un approccio centrato sul paziente nella pratica clinica (Reeves *et al.* 2008). Affinché l'approccio di gruppo e la pratica collaborativa siano efficaci, è importante che le istituzioni formative offrano opportunità di apprendimento comuni.

Problemi comuni e soluzioni condivise

Gli infermieri sono in una posizione ideale per identificare e affrontare i problemi che limitano lo sviluppo di sistemi sanitari che offrano un'assistenza più efficace e quindi più economica. Favorendo l'aggregazione degli infermieri questi riescono a identificare sia i problemi da affrontare sia le soluzioni che hanno provato, esprimendo la ricchezza della loro potenzialità (Benton *et al.* 2003). Lasciati da soli gli infermieri leader devono affrontare più problemi di quante sono le soluzioni che devono trovare mentre, insieme, il gruppo possiede un'ampia gamma di soluzioni rispetto al numero di problemi che hanno di fronte. Facilitando brevi incontri centrati sulla ricerca di soluzioni ai problemi, si possono avere nuove intuizioni e avviare il cambiamento.

Il ruolo degli infermieri nella gestione di sistemi sanitari efficaci

Il ruolo degli infermieri nella gestione efficace volta a ottenere dei sistemi sanitari "efficaci nei costi" e "efficaci nell'assistenza" comprende un ampio spettro di azioni tra cui la gestione degli approvvigionamenti, la lotta contro i farmaci contraffatti e la resistenza antimicrobica, la prevenzione dell'eccessiva prescrizione di farmaci.

Gestione degli approvvigionamenti. Poiché il costo della sanità continua ad aumentare, ci si aspetta che gli infermieri svolgano un ruolo attivo nella gestione delle risorse per l'assistenza sanitaria tra cui attrezzature e forniture. Gli infermieri dirigenti hanno un ruolo significativo nelle decisioni di allocazione delle risorse e di budget. Nello stesso tempo, gli infermieri devono utilizzare le attrezzature e il materiale in modo efficace e dovrebbero essere consapevoli sia del loro costo sia di come potrebbe essere sprecati. Per esempio, indossare i guanti per rifare i letti è uno spreco e ciò può portare a una loro carenza nei momenti in cui sono più necessari, come quando si cambiano le medicazioni o per altre procedure che richiedono un elevato grado di controllo delle infezioni. Gli infermieri devono riconoscere quando le risorse sono

insufficienti e se la sicurezza del paziente è in pericolo, perché hanno il dovere etico di fare pressione per ottenere le risorse necessarie (ICN, 2012a).

L'uso giudizioso delle risorse e l'utilizzo dei prodotti giusti sono essenziali per garantire un'assistenza efficace nei costi. Tuttavia, gli infermieri devono evitare una "falsa economia" nell'uso dei materiali di consumo. Per esempio, il riutilizzo di materiale monouso come siringhe o cateteri, potrebbe sembrare economico, ma aumenta notevolmente le infezioni, aumentando così il costo della sanità (Ellis, Hartley, 2005). In particolare, il riutilizzo di siringhe può causare malattie gravi e croniche come epatite B, epatite C e infezioni da HIV e la sicurezza dei pazienti deve essere considerata al primo posto rispetto al risparmio (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Il dipartimento infermieristico e quello per gli acquisti, devono comunicare tra loro per determinare il prodotto migliore da acquistare per un determinato uso; deve essere adottato un sistema di gestione a catena delle risorse per garantire che il giusto materiale nelle giuste quantità sia fornito nel momento giusto ad un costo ragionevole (Ellis, Hartley, 2005; McMahon *et al.*, 1992).

Una preoccupazione fondamentale nella gestione degli approvvigionamenti è garantire scorte adeguate per fornire servizi consoni. La mancanza di risorse in ambito sanitario ha gravi conseguenze per la qualità delle cure e per il contesto lavorativo degli infermieri e degli altri professionisti sanitari.

La lotta alla contraffazione o ai medicinali falsi. Gli infermieri si preoccupano per l'efficacia dei costi e dell'assistenza, per la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti. La crescente presenza di contraffazione o di medicinali falsi è una grave minaccia per la sicurezza dei pazienti, poiché il lavoro del team sanitario e la qualità dell'assistenza saranno compromessi o addirittura danneggiati dalla loro presenza. I prodotti medici contraffatti non sono solo pericolosi e inefficaci, ma possono comportare lo spreco di risorse e la perdita di occasioni per trattare o prevenire una malattia (World Health Professions Alliance, 2011).

Prodotti medici contraffatti aumentano i costi dell'assistenza sanitaria provocando un ulteriore aumento di malattie e persino di morti; rappresentano un pericolo per la salute pubblica aumentando il rischio di resistenza antimicrobica; danneggiano inoltre la fiducia che i pazienti hanno negli operatori e nei sistemi sanitari. Ecco perché l'ICN ha unito le forze con le altre organizzazioni sanitarie internazionali per aumentare la consapevolezza sui pericoli dei farmaci contraffatti. La campagna *Fight the Fakes* (www.fightfakes.org) mira a mobilitare le organizzazioni e gli individui nella lotta a questo crimine crescente, e ancora scarsamente rilevato, dei medicinali contraffatti.

Gli infermieri sono in prima linea nell'assistenza sanitaria, nell'amministrazione e, sempre più spesso, nella prescrizione di medicinali, in particolare nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Sono in una posizione ideale per monitorare gli effetti dei farmaci, compresi quelli collaterali, e devono prestare attenzione ai segni di contraffazione come imballaggio ed etichettatura impropria.

Gli infermieri hanno anche un ruolo chiave nell'educare la popolazione sui pericoli dell'acquisto di farmaci attraverso Internet o vie non legittime, farmacie on-line o per le strade, o provenienti da fonti non autorizzate.

La popolazione ha molta fiducia negli infermieri, come illustrato dal *Gallup Honesty and Ethics Poll* negli Stati Uniti. Nel 2013 il *Gallup Poll* dimostrò che un'elevata percentuale della popolazione americana valutava l'onestà e gli standard etici degli infermieri come "elevata" o "molto elevata" (Gallup, 2013). Combattendo la commercializzazione dei medicinali contraffatti, gli infermieri possono contribuire a garantire la sicurezza dei pazienti e a ripristinare la fiducia delle persone verso il settore sanitario.

"In qualità di amministratore delegato del Consiglio Internazionale degli Infermieri, so quanto sia importante la fiducia dei pazienti per gli infermieri che vogliono fare del loro meglio e vedere i loro pazienti guarire in fretta. Se ricevono una medicina falsa, possono perdere la fede e la fiducia negli operatori sanitari che cercano di aiutarli".

David Benton, *Fight The Fakes* (2013)

Un altro ruolo degli infermieri legato ai farmaci e al risparmio (*cost effectiveness*) è la prevenzione dell'impiego di numerosi farmaci prescritti o poli-farmacoterapia.

Gestione della poli-farmacoterapia. Nell'era della comorbilità le persone vivono con numerose malattie croniche e un numero significativo di pazienti spesso ha più prescrizioni di farmaci. Gli infermieri sanno che si tratta di una sfida gestire i pazienti anziani con malattie croniche che assumono molti farmaci, vedono diversi medici e rischiano di ottenere consigli e prescrizioni mediche contrastanti.

Prescrivere troppi farmaci per un solo paziente – poli-farmacoterapia (*poly-pharmacy*) - è una forma d'uso irrazionale dei farmaci che si traduce in spreco delle risorse e ampia diffusione di rischi per la salute (WHO, 2012d). Nel Regno Unito, le stime suggeriscono che dal 1995 al 2010 il numero di pazienti che assumevano 10 o più farmaci è triplicato (Duerden *et al.*, 2013). Assumere numerosi medicinali ha conseguenze negative e può portare a eventi avversi come le interazioni farmacologiche. Tuttavia, ciò rimane una sfida difficile da prevenire. L'assistenza integrata è oggi ampiamente accettata come la modalità da seguire per l'assistenza a persone che convivono con numerose patologie.

Gli interventi per prevenire la poli-farmacoterapia e promuovere un uso razionale dei farmaci includono (WHO, 2012c):

- La formazione di medici e di altri professionisti che prescrivono i farmaci.
- L'utilizzo di linee guida cliniche.
- Lo sviluppo e l'utilizzo di elenchi nazionali di farmaci essenziali.
- La creazione, nei distretti e negli ospedali, di comitati per i farmaci e le terapie.
- La supervisione, l'audit e il feedback agli operatori sanitari.
- L'educazione pubblica sui pericoli della poli-farmacoterapia.
- L'evitare incentivi economici distorti a chi prescrive in modo che non siano motivati a prescrivere più farmaci per guadagnare di più.

Inoltre, c'è bisogno di un maggiore coinvolgimento dei pazienti al fine di garantire che i medicinali siano assunti nella maniera corretta. Ciò richiede un'educazione che abbia come obiettivo la consapevolezza dei pazienti sui benefici di assumere i farmaci prescritti e dell'evitare che i farmaci siano sprecati. Gli infermieri, in prima linea all'interno di ospedali e nelle comunità, possono svolgere un ruolo chiave in questo processo educativo. Ciò significa cambiare il comportamento dei pazienti, ma anche il modo di prescrivere dei medici e degli altri professionisti sanitari.

Personale sanitario efficace per sistemi di assistenza sanitaria "*care effective, cost effective*"

È essenziale che si preveda il personale sanitario in base alle esigenze della popolazione. Deve essere ricercato un insieme appropriato di personale per offrire i servizi sanitari necessari. Uno dei principali limiti per affrontare il problema dell'accesso per tutti ai servizi sanitari essenziali è la grave carenza di operatori sanitari. Lo spostamento dei compiti (*task shifting*) e la condivisione delle attività (*task sharing*) rappresentano modalità per affrontare questa sfida. Il trasferimento dei compiti è un processo di delega di determinate attività a operatori sanitari meno specializzati. Con la riorganizzazione del personale e la condivisione delle responsabilità, lo spostamento dei compiti fornisce una soluzione percorribile per migliorare la copertura sanitaria e consentire un utilizzo efficiente delle risorse umane (WHO, 2008b).

Come accennato in precedenza, i risultati di alcuni studi mostrano che un numero più elevato d'infermieri qualificati è associato alla riduzione della mortalità e degli eventi avversi dei pazienti (Aiken *et al.*, 2014). Al contrario, un'ampia ricerca condotta in Inghilterra, ha mostrato che l'impiego di più operatori socio sanitari¹⁰ rispetto agli infermieri porta a un maggior tasso di mortalità negli ospedali, mentre un maggior numero d'infermieri per posto letto è stato associato ad una minor mortalità a seguito di complicanze trattabili (*failure to rescue*) (Griffiths *et al.*, 2013). Per quanto riguarda il livello d'istruzione, le *evidence* suggeriscono che una maggiore enfasi sulla formazione universitaria degli infermieri potrebbe ridurre i decessi ospedalieri evitabili (Aiken *et al.* 2014).

Per una pianificazione efficace del personale sanitario, gli incentivi sono un importante mezzo per attrarre e trattenere il personale nonché per motivare e migliorare le loro prestazioni. Gli incentivi possono essere positivi, negativi, economici o di altra forma, materiali o immateriali (ICN, 2005a). Gli incentivi non economici (sotto forma di autonomia nel lavoro, orari flessibili, riconoscimento del lavoro, *coaching* e *mentoring*, sviluppo di carriera) svolgono anch'essi un ruolo importante nella qualità delle prestazioni del personale (Mathauer, Imhoff, 2006).

La mancata considerazione di un sistema di incentivi adeguato potrebbe causare risultati sfavorevoli come il logoramento del personale e l'aumento dei costi organizzativi. Per esempio, è emerso che il miglioramento della retribuzione per gli operatori sanitari del settore pubblico in Uganda e Tanzania causò una migrazione interna di professionisti sanitari provenienti da strutture religiose private ai servizi

¹⁰ Nell'originale *healthcare assistants* ovvero personale di supporto all'infermiere (NdC).

governativi, lasciando molte zone in cui erano disponibili solo i servizi erogati da tali strutture per i poveri e le comunità meno servite (Dambisya, 2007). Allo stesso modo, quando il Ghana introdusse l'indennità per il lavoro straordinario di medici e di infermieri, con una disparità per questi ultimi, ci fu un risentimento fra gli infermieri che portò ad un aumento dell'emigrazione di questi professionisti (Pooja, 2007).

Il cronico scarso investimento nel settore sanitario, in combinazione con le precarie condizioni e politiche sul lavoro, come la bassa remunerazione, i carichi di lavoro pesanti e l'esposizione ai rischi professionali, hanno portato a un deterioramento delle condizioni di lavoro in molti paesi. C'è una chiara evidenza a livello mondiale che tutto ciò ha un grave impatto negativo sul reclutamento e la fidelizzazione degli operatori sanitari, la produttività e le prestazioni delle strutture sanitarie e, in ultima analisi, sugli esiti dei pazienti (ICN, 2013a).

In queste condizioni di lavoro negative, è improbabile che gli infermieri operino nel migliore dei modi e che quindi si raggiungano i risultati di salute desiderati. Questi ambienti di lavoro malsani, in quanto tali, spingono gli infermieri lontano dai loro paesi, in cerca di condizioni di lavoro migliori e di un'adeguata retribuzione, peggiorando così la carenza infermieristica nei loro paesi d'origine. In realtà, le ragioni principali che spingono a migrare sono la mancanza di sostegno da parte dei dirigenti, l'assenza di coinvolgimento nei processi decisionali, la mancanza di risorse e attrezzature, la mancanza di promozioni e i carichi di lavoro pesanti (Kingma, 2008; WHO, 2006). Una soluzione per migliorare la situazione è quella di introdurre innovazioni lavorative conosciute come "ambienti di lavoro positivi" ("*positive practice environments*", PPE¹¹). Questi sono contesti che sostengono l'eccellenza nella pratica e il lavoro dignitoso. In particolare, i PPE si sforzano di garantire la salute, la sicurezza e il benessere del personale, sostengono la qualità nell'assistenza al paziente e migliorano la motivazione, la produttività e le prestazioni dei singoli e delle organizzazioni (ICN, 2013a). Alcuni dei vantaggi degli "ambienti di lavoro positivi" includono: minori tassi di assenteismo e di turnover, aumento della motivazione personale e della produttività, migliori prestazioni lavorative (ICN, 2013a).

Promuovere la comunicazione e la leadership nell'ambiente di lavoro produce un sentimento positivo verso il luogo di lavoro e migliora la soddisfazione del personale (Registered Nurses Association of Ontario, 2006). Negli ospedali con ambienti di lavoro migliori per gli infermieri, questi hanno riferito esperienze di lavoro più positive e meno preoccupazioni per la qualità dell'assistenza (Aiken et al., 2008). Dallo stesso studio è anche emerso che i pazienti correvano un rischio significativamente più basso di morire e di non avere interventi idonei in caso di complicanze (*failure to rescue*) negli ospedali con ambienti con migliore assistenza.

Per esempio, gli "ospedali magnete" dimostrano che una chiara leadership migliora la qualità dell'assistenza ai pazienti, l'eccellenza assistenziale e le innovazioni nella pratica. Gli "ospedali magnete" sono caratterizzati da autonomia, controllo sul contesto lavorativo e positive relazioni infermieri-medici. Come risultato di ambienti di lavoro positivo, gli "ospedali magnete" sono in grado di evitare la mancanza di infermieri e problemi di personale (Joint Commission, 2005).

Gli infermieri leader e chi decide le politiche sono chiamati a fornire ambienti favorevoli all'esercizio professionale come mezzo per migliorare le prestazioni del personale e la qualità dell'assistenza attraverso una combinazione di incentivi sia economici che di altra natura che sono sensibili ed efficaci per raggiungere gli obiettivi posti in relazione al reclutamento e al mantenimento del personale.

Determinare l'allocazione delle risorse infermieristiche

A livello internazionale la professione infermieristica non è ben rappresentata a livello di rimborso ospedaliero, pur essendo la più numerosa fra le professioni sanitarie e una fra le voci più importanti del bilancio (budget) degli ospedali (Sermeus et al., 2008). Come indicato nel capitolo precedente, molti sistemi sanitari non isolano i costi degli infermieri, ma piuttosto li comprendono come parte del budget alberghiero (*room ratio*¹²). Capire come sono distribuiti e impiegati gli infermieri è un punto critico per "un'assistenza efficace e conveniente", poiché la ricerca ha dimostrato che la sopravvivenza e le complicanze sui pazienti,

¹¹ La letteratura su queste positive esperienze è numerosa. Si veda, per esempio: la giornata internazionale dell'infermiere del l'ICN del 2007 (<http://www.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/>) e i *Fact Sheet* dedicati all'argomento presenti nel sito ICN (NdC).

¹² Come già tra dotto, si decide di rendere il concetto in questo modo o facendo riferimento al costo per "giornata di degenza" (NdC).

che portano a costi aggiuntivi, sono strettamente legati all'assistenza infermieristica. Tuttavia, i livelli di personale in generale e l'assegnazione del personale infermieristico in particolare, è più probabile che siano influenzati dalle risorse economiche dell'ospedale e da come gli infermieri sono considerati nel sistema di rimborso.

Nella maggior parte dei paesi non vi è alcun aggiustamento nei sistemi di finanziamento ospedaliero che tenga conto delle diverse tipologie di pazienti e dell'intensità assistenziale richiesta. Infatti, c'è una notevole variabilità nell'intensità assistenziale, con costi diretti dell'assistenza infermieristica, anche tra/all'interno di unità operative medico/chirurgiche simili (Welton *et al.*, 2006). L'intensità di assistenza infermieristica è la quantità di attività, dirette e indirette, rivolte al paziente e necessarie per espletare le funzioni infermieristiche e comprende i fattori che hanno un impatto sul livello di lavoro necessario per svolgere tali attività (Morris *et al.* 2007). Sotto l'ombrello di "intensità dell'assistenza infermieristica" si trovano i concetti di carico di lavoro infermieristico, acuità dei pazienti e tempo necessario per gestirne l'assistenza.

Al fine di assicurare che l'assistenza infermieristica sia rappresentata nei finanziamenti sanitari e per misurare l'intensità dell'assistenza infermieristica, sono stati sviluppati sistemi di classificazione dei pazienti che ricevono assistenza infermieristica. Tuttavia, questi sistemi sono spesso applicabili a specifiche specialità infermieristiche e non sembrano trovare ampie applicazioni.

Come parte del suo impegno per lo sviluppo della professione infermieristica, l'ICN ha sviluppato dal 1989 una classificazione internazionale per l'attività infermieristica (ICNP[®]). L'ICNP[®] è una terminologia o un vocabolario controllato che permette agli infermieri in tutto il mondo di documentare e confrontare l'assistenza svolta. Ciò migliora la comunicazione, rende più facile condividere le informazioni e consente di riutilizzare i dati per altri scopi come, per esempio:

- Dimostrare o prevedere le tendenze nella pratica infermieristica.
- Assegnare le risorse in base alle necessità.
- Influenzare la politica sanitaria.

Come tale, l'ICNP[®] è uno strumento essenziale per l'assistenza infermieristica (ICN, fonte senza data).

Una revisione della letteratura ha mostrato che paesi come la Danimarca, l'Italia, i Paesi Bassi, il Portogallo, la Spagna e gli Stati Uniti rimborsano l'assistenza infermieristica come parte della quota alberghiera (giornata di degenza), senza considerare le specifiche caratteristiche dell'assistenza infermieristica fornita (Laport *et al.*, 2008). Ciò significa che le differenze nelle ore di assistenza infermieristica erogate non sono considerate. Tuttavia, l'uso di una tariffa giornaliera fissa negli Stati Uniti ha dimostrato una sottovalutazione dei costi dell'assistenza infermieristica pari al 32,2 per cento (Welton *et al.*, 2006).

La maggior parte dei paesi che considerano l'assistenza infermieristica utilizza un peso medio delle risorse infermieristiche correlate ai *Diagnosis Related Group* (DRG), raggruppando le degenze dei pazienti per gruppi omogenei in termini di caratteristiche cliniche e utilizzo delle risorse. Il peso relativo rappresenta le differenze in ore e minuti di assistenza su un livello predeterminato come il livello del paziente, il livello di DRG o il livello della tipologia di reparto. Questo sistema riassume il consumo di risorse come una funzione delle esigenze di tempo per l'assistenza. Per esempio, a livello di DRG, un DRG con un peso relativo di 4,0 richiede un'assistenza infermieristica d'intensità quattro volte maggiore rispetto a un DRG con un peso relativo di 1,0. Esempi di un peso medio assegnato alle risorse infermieristiche per DRG si possono trovare nei sistemi utilizzati in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Svizzera (Laport *et al.*, 2008).

Studi sulla determinazione dei costi per l'assistenza infermieristica forniscono informazioni necessarie per sviluppare tali pesi medi per assegnare le risorse infermieristiche nella maggior parte dei paesi. Il metodo di calcolo della media, tuttavia, non prende in considerazione la variabilità dell'intensità assistenziale infermieristica all'interno dei DRG (Welton, Halloran, 2005). I *Nursing Minimum Data Set* (NMDS) sono stati sviluppati in un certo numero di paesi per fornire una descrizione accurata dell'assistenza infermieristica e delle risorse infermieristiche. Per esempio, in Belgio esiste un sistema per pesare l'assistenza basato su NMDS belga (Belgian-NMDS o B-NMDS); esso è utilizzato per classificare i giorni di degenza in 28 aree in modo da aggiustare la distribuzione del budget in base alle differenti richieste di personale infermieristico che tengano conto del grado di dipendenza del paziente, della gravità della malattia, della complessità dell'assistenza e del tempo necessario per rispondere ai bisogni della persona. I tempi standard per

ciascuna categoria del sistema di classificazione possono essere determinati con la B-NMDS invece dei metodi laboriosi di misurazione basati sul tempo (Sermeus *et al.*, 2008; Sermeus *et al.*, 2009).

Il B-NMDS offre numerose possibilità di applicazione per la gestione infermieristica e l'allocazione delle risorse in modo da riflettere l'intensità dell'assistenza erogata.

LINEE DI AZIONE

- Pensa ai modi per ottenere un'assistenza efficace ed economica. Cosa cambieresti per raggiungere questi obiettivi?
- Quali sono le sfide da affrontare per ottenere un'assistenza efficace ed economica?
- Come pensi di ottenere il sostegno per realizzare i cambiamenti?

Il prossimo capitolo tratterà del valore, basato su prove di efficacia, di un'assistenza efficace e di sistemi sanitari efficaci per i costi, fornendo vari esempi provenienti da diversi paesi.

Il valore dell'assistenza infermieristica per sistemi sanitari con "assistenza efficace e conveniente"

La chiave per liberare il potenziale di un'organizzazione e portarla all'eccellenza sta nel mettere il potere nelle mani delle persone che svolgono il lavoro – James M. Kouzes.

I risultati della ricerca mostrano che gli infermieri sono una risorsa che garantisce l'efficacia dei costi dell'assistenza sanitaria ma, ancora troppo spesso, è sottovalutata e non utilizzata come potrebbe esserlo. Come osservato dai partecipanti a un dialogo dell'ICN con la Banca mondiale: "Gli infermieri non sono utilizzati al meglio per erogare assistenza, nell'organizzazione e nella definizione delle politiche sanitarie e non sono impiegati considerando tutto il loro ambito di esercizio professionale in numerosi contesti, che otterrebbero beneficio da approcci basati sul lavoro di team integrati" (ICN/World Bank, 2014).

È compito degli infermieri chiarire e dimostrare il proprio valore nell'offerta di assistenza efficace sia per i costi sia per i risultati in termini di salute per le persone, per gli altri operatori sanitari e per coloro che sono responsabili delle politiche nei vari livelli. Essi devono anche essere in grado di negoziare e chiedere le risorse necessarie per fornire un'assistenza sicura.

Gli infermieri hanno la responsabilità di impegnarsi nella ricerca per sviluppare modelli innovativi di erogazione dell'assistenza che contribuiranno a mostrare l'efficacia della pianificazione, della gestione e dello sviluppo di nuove politiche sanitarie. Come afferma una Presa di posizione dell'ICN, "Con l'aumento dei bisogni di salute e dei costi dell'assistenza sanitaria, che comprendono anche i costi dovuti all'erogazione dei servizi infermieristici, gli infermieri devono prendere l'iniziativa e definire e valutare i risultati di salute e i costi delle proprie attività" (ICN, 2001). La diffusione dei risultati della ricerca sul valore e l'efficacia dei costi o risparmio dovuto all'assistenza infermieristica è una componente vitale del ruolo di *advocacy* degli infermieri, perché può influenzare le politiche sanitarie.

LINEE D'AZIONE

- Pensa a come potresti usare le prove di efficacia ottenute con la ricerca per migliorare la qualità dell'assistenza. Che cosa cambieresti e come faresti per introdurre dei cambiamenti?
- Come faresti per stabilire meccanismi di scambio di esperienze di assistenza infermieristica e i risultati della ricerca per guidare la tua pratica clinica?

Gli infermieri forniscono servizi sanitari nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle carceri e in altri ambiti sul territorio e nella comunità. Così facendo promuovono la salute, salvano vite e migliorano la qualità della vita delle persone. Ma che cosa comporta questo scenario in cui gli infermieri attuano servizi efficaci e convenienti a diverse tipologie di popolazioni? Di seguito saranno proposti alcuni esempi attuati in alcuni paesi del mondo.

L'efficacia nei costi e nell'assistenza degli interventi infermieristici

Gli infermieri forniscono di continuo svariati servizi convenienti in una varietà di contesti che consentono un risparmio finanziario e di altre risorse ai sistemi sanitari e ai governi. La letteratura sugli infermieri e l'efficacia dei costi del loro lavoro è ampia e varia. Gli esempi dei paesi sotto-riportati dimostrano l'importante ruolo degli infermieri nell'offrire un'assistenza efficace e anche economica.

Taiwan - Migliorare la salute mentale. Gli infermieri a Taiwan hanno attuato un servizio domiciliare a partenza ospedaliera (*Hospital-based Home Care, HHC*) per i pazienti con malattie mentali. Questi servizi hanno migliorato i risultati sui pazienti in termini di disturbi psicotici, integrazione sociale e soddisfazione del servizio rispetto ai pazienti seguiti nel modo convenzionale ambulatoriale (*conventional out-patient follow-up, COF*). Il costo medio per il gruppo HHC è stato di 1,420.6 dollari, mentre per il gruppo sottoposto a follow-up ambulatoriali è stato di 3,208.2 dollari, dimostrando chiaramente che gli infermieri forniscono cure efficaci e convenienti (Tsai *et al.*, 2005).

Spagna - Migliorare l'autonomia dei pazienti. In Spagna è stato attuato un modello di servizio infermieristico domiciliare che ha previsto un accesso ai servizi e alle risorse di assistenza sanitaria gestito dagli infermieri (*nurse-led case management*). Ciò ha avuto risultati positivi sulle abilità funzionali dei pazienti e sul carico assistenziale dei care giver, aumentando notevolmente i livelli di soddisfazione (Morales-Asencio *et al.*, 2008).

Regno Unito – Ridurre la morbilità cardiaca. Nel 2009-2010, 453 infermieri specializzati della *British Heart Foundation* hanno visitato un totale di 111.645 pazienti, sono state effettuate 171.449 telefonate ai pazienti 9.658 incontri per fornire informazioni e offrire sedute di educazione alla salute. Grazie a questi interventi, gestiti da infermieri, si è ottenuta una riduzione di 8.438 ricoveri ospedalieri. Questi infermieri hanno visto i loro pazienti sia nelle loro abitazioni sia nei centri territoriali per monitorare le loro condizioni cliniche, regolare la posologia dei farmaci e fornire informazioni utili e sostegno. Gli infermieri hanno utilizzato una varietà di strategie d'intervento: visite ambulatoriali, visite domiciliari e tele-monitoraggio a distanza (*tele-monitoring*¹³). Una valutazione del programma ha dimostrato che gli infermieri esperti in scompenso cardiaco hanno ridotto i ricoveri ospedalieri per tutte le cause per una media del 35%; dopo aver tolto il costo degli infermieri, si è avuto un risparmio medio di 1.826 sterline per paziente. Si è assistito a un notevole miglioramento della qualità di vita e della salute fisica dei pazienti, e gli infermieri specializzati nell'ambito cardiologico sono diventati la chiave di volta di un servizio coordinato multidisciplinare territoriale rivolto ai pazienti con insufficienza cardiaca (Pattenden *et al.*, 2004).

USA - Ridurre la violenza domestica. Si è notato che le famiglie che ricevevano visite domiciliari periodiche da parte di infermieri durante la gravidanza e dopo il parto riduceva in modo significativo i casi di maltrattamenti ai figli da parte della madre, rispetto alle famiglie in cui tale servizio era assente. Tra le donne che riportarono 28 o meno episodi di violenza domestica, quelle che erano state sottoposte a visite periodiche domiciliari da parte di infermieri per un periodo di 15 anni, dichiararono un numero ridotto di maltrattamenti nei confronti dei figli, rispetto a quelle che non avevano ricevuto alcuna visita (Eckenrode *et al.* 2000).

USA – Pianificare le gravidanze. Le donne che ricevevano visite a domicilio da parte di infermieri ebbero un numero inferiore di gravidanze, meno gravidanze ravvicinate e utilizzarono sussidi economici e buoni pasto per un minor numero di mesi. Le visite a domicilio ebbero effetti duraturi sulla vita delle donne che vivevano in contesti urbani (Kitzman *et al.*, 2000).

Giappone – Positivo benessere mentale. Uno studio ha dimostrato che le donne con depressione post-parto che avevano ricevuto quattro visite domiciliari settimanali da un infermiere di salute mentale, avevano avuto un miglioramento significativo dei sintomi depressivi, riportando benefici positivi dalle visite, rispetto alle donne che non avevano usufruito di questo servizio. Queste differenze tra le donne che avevano ricevuto visite domiciliari e quelle che non le avevano avute, furono misurate con scale di valutazione fisiche, ambientali e generali, compreso lo strumento di valutazione della qualità di vita del WHO. Analizzando la sottoscala sulla dimensione psicologica, si osservarono differenze significative tra i due gruppi di donne. L'analisi qualitativa dei commenti sui benefici delle visite domiciliari individuò quattro categorie: il "sentirsi a proprio agio", il "chiarire le idee", il "migliorare le capacità di coping" e il "rimuovere sentimenti che portano ad allontanarsi dagli altri". Questi risultati suggeriscono che le visite a domicilio da parte d'infermieri di salute mentale possono contribuire a cambiamenti positivi della salute mentale e sociale delle donne con depressione post-parto (Tamaki, 2008).

¹³ A questo proposito si veda il programma di *e-Health* dell'ICN (<http://www.icn.ch/what-we-do/ehealth/>). In Italia, in modo più restrittivo, si sta sempre più diffondendo la dizione tele-medicina (NdC).

L'efficacia dell'assistenza infermieristica ai pazienti con HIV/AIDS

Le infezioni da HIV e l'AIDS rappresentano un pesante fardello per il personale infermieristico e i sistemi sanitari. Gli infermieri sono i principali protagonisti nell'offrire assistenza, prevenire le infezioni, combattere lo stigma correlato all'HIV e migliorare l'accesso alla terapia anti-retro-virale.

USA - Riduzione del carico virale. Uno studio condotto per verificare l'efficacia degli interventi per promuovere l'adesione ai trattamenti di persone HIV positive e psichiatriche da parte di un infermiere di assistenza avanzata (*advanced practice nurse, APN*) nella comunità dimostrò che i pazienti che erano stati assegnati agli infermieri che fornivano *community-based care management*, con un minimo di una visita settimanale e coordinavano l'assistenza medica e psichiatrica per un anno, avevano avuto una significativa riduzione della carica virale con un aumento della conta dei leucociti CD4 rispetto al gruppo di controllo (Blank *et al.*, 2011). Questo progetto dimostrò l'efficacia dell'assistenza infermieristica avanzata nella comunità per fornire un intervento specifico atto a migliorare i risultati di persone con HIV e gravi malattie mentali concomitanti.

Cina - Migliorare l'adesione alla terapia. Uno studio che si proponeva di esaminare gli effetti di visite domiciliari infermieristiche combinate a interventi telefonici per verificare l'adesione alla terapia e la qualità di vita in tossicodipendenti eroinomani con infezione da HIV, dimostrò che tali interventi, attuati per più di otto mesi, aumentarono l'aderenza alla terapia antiretrovirale (aumento della probabilità di assumerla e farlo nei tempi corretti) in questi soggetti rispetto a quelli appartenenti al gruppo di controllo. Si ottennero risultati significativi anche negli aspetti di qualità della vita fisici, psicologici e sociali, nonché nei sintomi riconducibili a depressione. Le visite domiciliari e i contatti telefonici con i partecipanti allo studio, persone HIV positive con una storia di tossicodipendenza da eroina, sono stati quindi efficaci nel promuovere la loro adesione alla terapia antiretrovirale e a migliorare la qualità della vita (Wang *et al.* 2010).

Sud Africa - Migliorare i risultati sanitari (*health outcomes*). Uno studio che ha esaminato il trasferimento di attività da medici a infermieri ha mostrato che l'assistenza prestata dagli infermieri ai pazienti HIV positivi sono efficaci tanto quanto quella fornita dai medici anzi, offre alcuni particolari vantaggi. Questi benefici includono un miglioramento nella rilevazione di forme tubercolari in atto, un aumento della conta leucocitaria nel sangue, l'aumento del peso corporeo e una migliore *compliance* al trattamento. I risultati mostrano che con pochissima formazione supplementare, gli infermieri possono fornire ai pazienti HIV positivi un'assistenza sicura ed efficace tanto quanto quella fornita dai medici, senza influenzare negativamente i tassi di sopravvivenza di queste persone (Fairall *et al.* 2012).

L'utilizzo della tecnologia per fornire un'assistenza conveniente

Gli infermieri hanno abbracciato la tecnologia per migliorare l'accesso, i risultati di salute e ridurre i costi dell'assistenza. I dati mostrano che l'assistenza erogata con l'ausilio della tele-salute¹⁴ fornisce risultati paragonabili a quelli ottenuti con incontri diretti, ma a un costo inferiore.

Canada - Ridurre la durata dei ricoveri. Diversi esempi dimostrano come gli infermieri che si avvalgono della tecnologia per assistere i pazienti a domicilio, riducano la durata delle degenze ospedaliere, il numero dei ricoveri ripetuti (*readmissions*) e gli accessi al pronto soccorso.

- Uno studio ha evidenziato che, grazie all'attuazione di un programma di telemedicina domiciliare (*New Brunswick Telehomecare*), i ricoveri ospedalieri sono diminuiti dell'85% e gli accessi al pronto soccorso del 55%. Inoltre il *Telehomecare* ha ridotto la frequenza delle visite domiciliari infermieristiche, aumentando in tal modo la disponibilità d'infermieri sul territorio¹⁵ (Canadian Home Care Association, 2006).
- I servizi d'informazione e di consulenza sanitaria disponibili 24 ore al giorno forniti da infermieri in tutto il Canada, hanno diminuito del 32 per cento gli accessi non urgenti al pronto soccorso, garantendo comunque elevati livelli di soddisfazione e bassi costi (Stacey *et al.*, 2004).

¹⁴ Si è già accennato all'*eHealth*, si sceglie di tradurlo come riportato: *telehealth* perché più corretto e ampio del termine in uso in Italia di telemedicina (NdC).

¹⁵ Letteralmente è "aumentandone la produttività" (*improving their productivity*) (NdC).

- Il monitoraggio di pazienti cardiopatici a domicilio avvalendosi di adeguata tecnologia (*telehome monitoring technology*) a Ottawa, ha ridotto i re-ingressi ospedalieri dei pazienti con angina del 45% nell'arco di un anno (Woodend, et al. 2008).

USA - Raggiungere le comunità lontane dai centri urbani (*rural communities*). Alcuni infermieri specializzati impiegano il telefono per offrire visite di follow-up ai bambini con malattie polmonari nelle aree rurali. Il programma si rivolge a famiglie che vivono lontane dai centri urbani, che spesso hanno problemi a recarsi con frequenza presso i centri medici per l'assistenza prevista nel follow-up. Questa è la prima applicazione di un programma di follow-up telefonico rivolto a una popolazione infantile e i risultati ottenuti, identici ai modelli tradizionali di cura, suggeriscono che tale programma può essere utilizzato senza influire sulla qualità dell'assistenza erogata (AHRQ, 2008).

L'efficacia degli infermieri per la salute e lo sviluppo delle comunità

Gli infermieri si coinvolgono nell'affrontare le questioni più ampie legate allo sviluppo e alla mobilitazione delle risorse delle comunità, così come a stimolare di promozione della salute e prevenzione delle malattie. Mentre ottenere risultati e offrire informazioni a un basso costo rappresenta una sfida, gli esempi seguenti dimostrano la rilevanza del ruolo degli infermieri nell'affrontare i determinanti sociali della salute delle comunità.

Mozambico - Migliorare la qualità della vita. Un progetto gestito da infermieri volto allo sviluppo della comunità mirava a migliorare la vita di donne, dei giovani e dei bambini e coinvolse gruppi di donne con il ruolo di leader del progetto. Dopo averle formate, le donne tornarono nella loro comunità e identificarono dei comitati per lo sviluppo della comunità, collaborarono con questi comitati per identificare i bisogni prioritari, condividere le informazioni, e lavorarono insieme per affrontare queste priorità. Le donne furono designate come *Promoter*s (promotrici) dello sviluppo e della salute delle loro comunità. Le *Promoter*s si assunsero la responsabilità per quanto riguardava la formazione, il budget, la conduzione di supervisione sul campo e la redazione di rapporti. La valutazione del progetto dimostrò che aveva avuto un impatto positivo sulla vita delle persone nelle aree in cui vivevano le *Promoter*s. La lezione fondamentale appresa con questo progetto fu che lo sviluppo è come un albero, deve crescere dal suolo ed elevarsi con i suoi rami verso il cielo; non si può imporre dall'alto (Ferrel, 2002).

America Latina – Estendere la copertura sanitaria. Gli infermieri hanno una lunga storia di alleanze con una moltitudine di enti erogatori di assistenza sanitaria e gruppi presenti nelle comunità per rispondere alle esigenze delle persone. Attraverso l'attuazione dell'assistenza sanitaria primaria, gli infermieri:

- Hanno la capacità di garantire un'ampia assistenza (*extended coverage*), forniscono interventi assistenziali essenziali, aiutano a controllare le malattie e a promuovere la crescita e lo sviluppo infantile.
- Lavorano per migliorare la salute dei bambini in età scolare e per promuovere le vaccinazioni.
- Contribuiscono a ridurre la mortalità materna e migliorano i tempi di diagnosi del cancro al seno.
- Contribuiscono a stimolare le comunità nelle aree deprivate verso uno sviluppo sostenibile, aiutando a creare sistemi di sostegno sociale (McElmury, 2002).

L'efficacia degli infermieri correlata all'abuso di sostanze

Un'area d'intervento per gli infermieri è la prevenzione dell'abuso di sostanze, e la presenza di ricerche indica che questi professionisti vi hanno dato un importante contributo.

Tailandia - Ridurre i comportamenti a rischio. Uno studio ha determinato l'efficacia della *Motivational Enhancement Therapy* (MET) nei confronti di alcolisti a rischio nelle unità di cure primarie (*Primary Care Unit*, PCU) in zone rurali. Lo studio ha dimostrato che la MET svolta da infermieri nelle PCU in Thailandia sembra essere un intervento efficace per gli uomini a rischio di alcolismo (Noknoy et al. 2010).

Canada - Smettere di fumare e diminuire l'abuso di alcolici. Un altro esempio dal Canada ha dimostrato che il sostegno e l'educazione offerti da infermieri specializzati (*nurse practitioner*) fa ridurre il consumo e l'abuso di fumo e alcool in soggetti dipendenti. Ciò ha portato a una diminuzione dei ricoveri, a degenze ospedaliere più brevi e al ricorso a visite ambulatoriali più appropriate, diminuendo in questo modo i costi assistenziali e migliorando i risultati di salute (Murphy, 2005).

Efficacia infermieristica correlata al personale di assistenza e al livello formativo degli infermieri

Gli ambienti di lavoro rappresentano delle sfide complesse per gli infermieri. Alcune di queste sfide riguardano la varietà di capacità presenti (*skill mix*) e il carico di lavoro poiché, più basso è il numero di personale presente in servizio, più pesante è il carico di lavoro e meno favorevoli sono gli esiti per i pazienti. Un altro problema è legato al livello d'istruzione degli infermieri e al suo effetto sui pazienti.

USA - Ridurre la mortalità, il dolore e la sofferenza. Un cospicuo numero di studi ha dimostrato che un adeguato numero di personale infermieristico qualificato, porta a una riduzione della mortalità dei pazienti, delle infezioni (respiratorie, delle ferite e del tratto urinario), del numero di cadute accidentali dei pazienti, dell'incidenza delle lesioni da pressione e degli errori terapeutici (Irvine, Evans 1995; Shields, Ward, 2001).

Europa – Un miglior utilizzo delle risorse. Uno studio di Aiken et al. (2014) in nove paesi europei mirava a valutare se il carico di lavoro degli infermieri e le loro qualifiche professionali fossero associati alla mortalità ospedaliera di pazienti sottoposti a interventi chirurgici comuni. Questo studio ha mostrato che:

- Assegnando un solo paziente in più a ogni infermiere, e aggravando quindi il suo carico di lavoro, aumentava del 7% la probabilità che un paziente morisse entro 30 giorni dal ricovero.
- Ogni aumento del 10% di infermieri laureati¹⁶ era associato alla diminuzione del 7% di tale rischio.

Queste associazioni indicano che i pazienti ricoverati in ospedali in cui il 60% degli infermieri ha una formazione universitaria e assiste una media di sei pazienti, hanno il 30% in meno di probabilità di morire durante il ricovero rispetto ai pazienti ricoverati in strutture dove solo il 30% del personale infermieristico è laureato e il rapporto infermiere-pazienti è di un infermiere ogni 8 assistiti.

L'efficacia dei costi degli infermieri nei servizi scolastici

Come dimostrano gli esempi che seguono, nei paesi in cui esistono i servizi sanitari scolastici, gli infermieri forniscono assistenza conveniente per i bambini in età scolare.

USA - Fornire la copertura sanitaria globale. Uno studio ha valutato la qualità e l'efficacia dei costi dell'assistenza sanitaria prestata in centri di *telehealth* collocati nelle scuole elementari urbane e di periferia, utilizzando un sistema telefonico telematico (*Plain Old Telephone System, POTS*). Quest'ultimo era un modello di *telehealth* che impiegava un infermiere scolastico a tempo pieno, un consulente di salute mentale part-time, un pediatra di base e un neuropsichiatra infantile collegati tramite il POTS con uno stetoscopio elettronico, un endoscopio per orecchie, naso e gola e un otoscopio. Grazie al POTS gli alunni potevano essere visitati dall'infermiere e le immagini valutate, al bisogno, dagli specialisti. I risultati hanno dimostrato che il risparmio medio per famiglia e per visita si aggirava attorno alle 3,4 ore di tempo non sottratto all'attività lavorativa (43 dollari), a 177 dollari risparmiati per accessi al pronto soccorso e a 54 dollari per visite mediche. La tecnologia a distanza fu efficace nel fornire cure pediatriche ai bambini di queste scuole anche in regime di urgenza. Pediatri, infermieri, genitori e bambini riferirono che questa modalità di *telehealth*, che utilizzava come sedi le scuole elementari, era un'alternativa accettabile ai sistemi di erogazione dell'assistenza tradizionali. La tecnologia basata sui POTS rende questo servizio un'economica alternativa per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria primaria e psichiatrica per i bambini meno abbienti (Young, Ireson 2003).

USA – Dare un senso economico. In questi ultimi anni molti distretti scolastici hanno tagliato i servizi infermieristici forniti dalla scuola¹⁷. Tuttavia, da un'analisi dei costi-benefici dei programmi sanitari scolastici, è emerso che, nel corso di un anno scolastico, a un costo di 79 milioni di dollari, i programmi sanitari scolastici avrebbero evitato una spesa in servizi medici di circa 20 milioni di dollari; a ciò si devono aggiungere 28,1 milioni dollari persi per la produttività lavorativa dei genitori e 129,1 milioni di dollari per quella degli insegnanti. Di conseguenza, il programma generava quindi un beneficio netto di 98,2 milioni di dollari per la società. Per ogni dollaro investito nel programma, la società avrebbe guadagnato 2,20 dollari. L'ottanta per cento delle prove di simulazione portava a un beneficio netto (Wang et al., 2014). I risultati di

¹⁶ Infermieri in possesso di *bachelor degree* (in gran parte dei paesi europei il corso di laurea universitario per infermiere di assistenza generale ha la durata di quattro anni accademici o di sette semestri (NdC).

¹⁷ Il termine è *qualified school nurses*, figure in possesso di una specializzazione post-base specifica (NdC).

questo studio dimostrarono che i servizi dati dagli infermieri scolastici erano un investimento economicamente vantaggioso in denaro pubblico che meritava attenta considerazione da parte dei decisori delle politiche e di chi è deputato a prendere decisioni su quanti posti d'infermieri servono nelle scuole.

La qualità e la convenienza di infermieri vs medici nell'assistenza sanitaria primaria (PHC)

Gli infermieri sono i principali erogatori di assistenza sanitaria primaria (*primary health care*, PHC) nella maggior parte dei paesi. Il loro ruolo nell'assistenza primaria comprende la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il coordinamento dell'assistenza e la prescrizione di farmaci. Gli studi sull'efficacia degli infermieri nella PHC mostrano che i risultati assistenziali sono superiori o paragonabili a quelli ottenuti dai medici. Gli esempi che seguono attestano questa realtà.

In tutto il mondo – Ampliare l'ambito di esercizio. È stata attuata una revisione sistematica della letteratura a livello internazionale per rispondere alla seguente domanda di ricerca: qual è l'impatto degli infermieri di assistenza primaria e di comunità sui risultati di salute dei pazienti rispetto alle consuete cure fornite dai medici nei contesti delle cure primarie?

La revisione sistematica ha reperito un modesto livello di prove di efficacia sul fatto che gli infermieri che operano in contesti in cui è erogata l'assistenza primaria forniscano cure efficaci e ottengano risultati soddisfacenti per la salute dei pazienti simili a quelli ottenuti dai medici. Gli infermieri gestiscono in modo efficace l'assistenza ai pazienti (*care management*), ottenendo una buona *compliance* degli utenti; sono anche efficaci in un'ampia gamma di ruoli, compresa la gestione delle patologie croniche, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, ma i dati per poterne misurare l'impatto sono ancora insufficienti (Keleher *et al.* 2009).

Canada, Regno Unito e Stati Uniti d'America - Investire negli infermieri con ruoli avanzati. Una revisione sistematica di confronto tra infermieri specializzati (*nurse practitioners*, NP) e medici di servizi di assistenza primaria in Canada, Regno Unito e Stati Uniti, ha dimostrato una bassa o moderata differenza di qualità tra i risultati ottenuti dagli infermieri e quelli ottenuti dai medici, ma la soddisfazione dei pazienti e la qualità dell'assistenza erano migliori per gli infermieri. Prove di efficacia di moderata qualità suggeriscono che gli infermieri specialisti offrivano consulenze più lunghe e eseguivano più indagini rispetto ai medici. Non sono state riscontrate differenze significative tra infermieri e medici per quanto riguardava il numero di prescrizioni, consulenze ripetute e invii a specialisti per ulteriori pareri (Horrocks *et al.*, 2002).

Inghilterra e Galles - Migliorare la soddisfazione dei pazienti. In un confronto tra l'efficacia dell'assistenza e il rapporto costo-efficacia tra medici di medicina generale e infermieri specializzati (NP) nei servizi di cure primarie (PHC), si è notato che gli indicatori di risultato delle due professioni erano simili, ma i pazienti assistiti dagli infermieri erano più soddisfatti. Inoltre, le cure prestate dagli infermieri erano leggermente più economiche rispetto a quelle erogate dai medici (Venning *et al.*, 2000).

USA – Un miglior impiego dei fondi¹⁸. Nel 2009, il costo medio nazionale di una visita infermieristica (*Nurse Practitioner – NP – visit*) negli Stati Uniti è stato del 20% in meno rispetto a una visita da un medico (Eibner *et al.*, 2009). Una meta-analisi ha passato in rassegna le prove di efficacia dell'impatto dei NP rispetto ai medici sulla qualità, la sicurezza e l'efficacia dell'assistenza sanitaria. Questa meta-analisi ha incluso articoli pubblicati tra il 1990 e il 2009, riassunti in 11 risultati aggregati. Questo lavoro ha mostrato che i risultati ottenuti dagli infermieri specializzati (NP) confrontati con quelli dei medici (o di gruppi di professionisti senza NP) erano paragonabili o migliori per tutti gli esiti considerati. Un'elevata forza di prove di efficacia indicò migliori livelli di lipidi sierici nei pazienti assistiti dai NP nei contesti di assistenza primaria. Ancora, un elevato livello di prove di efficacia indicò anche che i seguenti risultati erano simili a quelli ottenuti dai medici: soddisfazione da parte dell'utenza, stato di salute, stato funzionale, diminuzione degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri, valori glicemici e pressori, tassi di mortalità (Stanik-Hutt *et al.*, 2013).

I vari esempi sopra riportati mostrano che sia in strutture sanitarie, sia all'interno delle comunità, sia al domicilio, gli infermieri offrono un servizio assistenziale efficace e conveniente. Eppure, gli infermieri non sono sostenuti nell'attuare un'assistenza basata sui risultati della ricerca ed esiste spesso un forte ritardo nell'impiegare la ricerca disponibile per migliorare la qualità e i costi dell'assistenza sanitaria. Gli infermieri sono ben predisposti a essere i principali erogatori dell'assistenza sanitaria, a esercitare un ruolo di

¹⁸ È stata così tradotta la forma inglese "better value for monies" (NdC).

controllo (*gatekeepers*) e a costituire il punto di accesso a tutti i livelli dei servizi sanitari. Per raggiungere quest'obiettivo dovrebbe essere pienamente mobilitato l'intero potenziale della professione infermieristica al fine di creare società sane in un mondo sano.

In un breve riassunto riguardo agli infermieri specializzati (NP), Bauer (2010) conclude che tutti gli studi pubblicati in riviste *peer-reviewed* avevano rafforzato le conclusioni dell'*Office of Technology Assessment* del 1981 (LeRoy, Solowitz, 1981). Gli infermieri specializzati (NP) possono sostituire i medici in una parte consistente di servizi sanitari (che va dal 25% in alcune aree specialistiche fino al 90% nell'assistenza primaria) ottenendo risultati almeno simili. Nessuno studio ha trovato che il NP fornisca servizi inferiori negli ambiti sovrapposti di esercizio professionale autorizzato. **Indipendentemente dal contesto, l'assistenza fornita dal NP è provata essere un modo per garantire cure primarie di elevata qualità che garantiscono l'efficacia dei costi.**

LINEE DI AZIONE

Quanto sopra riportato, esemplifica ciò che gli infermieri possono fare 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, 365 giorni all'anno. Per contraddistinguere e far conoscere i vostri successi potete:

- Cercare esempi nel vostro paese.
- Confrontare la vostra pratica clinica con le "*best practice*".
- Impostate un programma che garantisca servizi efficaci con costi di assistenza contenuti.

Il **Capitolo 5** mette in luce la via da seguire e delinea un programma d'azione per gli infermieri e le associazioni infermieristiche.

Capitolo 5

Prospettive future e ruolo degli infermieri e delle associazioni nazionali

Io penso che i sentimenti di una persona si sprechino nelle parole; essi dovrebbero essere tutti distillati in azioni, e in azioni che portino risultati - Florence Nightingale.

Un programma d'azione

Gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali (*National Nurses Associations, NNA*¹⁹), hanno un ruolo centrale nel contribuire a ottenere finanziamenti e costi sostenibili per l'assistenza sanitaria, così come a raggiungere un'assistenza efficace. Ogni giorno, gli infermieri si trovano davanti a difficoltà per avere le risorse necessarie per l'assistenza ai pazienti e per la propria protezione personale. Nonostante la presenza di queste sfide, essi possono sviluppare le competenze e la fiducia in modo da influenzare e modellare la politica sanitaria.

Gli infermieri hanno a che fare con situazioni decisive per la vita e la morte delle persone e possiedono le conoscenze e le esperienze per migliorare l'assistenza sanitaria, aiutando a definire delle politiche sanitarie efficaci. L'assistenza e la professione infermieristiche possono offrire un importante contributo alla politica sanitaria. Eppure, gli infermieri hanno difficoltà a trasmettere questo messaggio a chi redige politiche e regolamenti e, in molti paesi, non hanno ancora avuto la possibilità di giocare un ruolo attivo nei processi di definizione delle politiche o in ambito politico (ICN, 2005a).

L'assenza degli infermieri nella partecipazione politica può essere un grave ostacolo al raggiungimento dell'efficacia e della qualità dell'assistenza e anche per il funzionamento dei team sanitari. Alcuni dati suggeriscono che gli infermieri perdono tempo ed energie per risolvere problemi di approvvigionamento di materiale e di risorse necessarie nell'assistenza quotidiana ai pazienti; questi potrebbero essere facilmente affrontati attraverso il sostegno dell'organizzazione e il coinvolgimento degli infermieri nelle politiche e nella presa di decisioni (Tucker, 2002).

Il tema scelto quest'anno per la giornata internazionale degli infermieri, *GLI INFERMIERI: UNA FORZA PER CAMBIARE. Per un'assistenza efficace e conveniente*, intende essere "uno squillo di tromba" per gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali a mobilitarsi individualmente e collettivamente per affrontare il problema del finanziamento del sistema sanitario, in modo da raggiungere la qualità dell'assistenza garantendo la sicurezza dei pazienti in un modo economicamente efficace. Che cosa possono fare gli infermieri per ottenere un uso delle risorse destinate all'assistenza sanitaria più efficace e sostenibile?

Attraverso le vostre azioni e interazioni con i rappresentanti politici, chi decide le regolamentazioni e gli altri infermieri, è necessario:

- **Usare la propria esperienza.** Gli infermieri hanno una vasta gamma di esperienze lavorative all'interno del sistema sanitario tanto da poter intervenire in modo pertinente per ottenere un processo di finanziamento efficace per i sistemi sanitari. Tuttavia, le esperienze dovrebbero essere sostenute da fatti e da cifre per esercitare una pressione politica (*lobbying*) ed esprimere un ruolo di *advocacy* intelligente.

¹⁹ Con Associazioni infermieristiche nazionali s'intendono, ove presenti, le associazioni generaliste che rappresentano gli infermieri. Nei Paesi ove non sia presente alcun Ente di tutela della professione, in Italia costituito dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, queste sono l'unico interlocutore con le Istituzioni. In Italia, quella che ora è CNAI, ha contribuito alla nascita dell'attuale Federazione, mantenendo gli storici nessi con l'ICN e altri organismi internazionali (Sironi, 2012).

- **Condividere le idee.** Gli infermieri si trovano ad affrontare problemi simili. Se si condividono esperienze e intuizioni, raccogliendo le informazioni su ciò che ha funzionato altrove, si evita di ricominciare da capo ogni volta²⁰. In seguito, si potranno applicare le soluzioni adattandole al contesto, con consapevolezza, forza e determinazione.
- **Imparare il linguaggio economico** e il tipo di argomentazioni che potrebbero convincere i responsabili politici della necessità di ulteriori finanziamenti. Ciò include la comprensione dei rapporti costo-efficacia, assistenza-efficacia, costo-beneficio e la valutazione degli *outcome* di assistenza per poter comunicare in modo più preciso con i rappresentanti politici.
- **Indirizzare le proprie argomentazioni** verso il Ministero delle Finanze e il Ministero della Salute, senza dimenticare il settore privato.
- **Restare informati sugli sviluppi.** È importante sapere che cosa sta accadendo rispetto all'economia sanitaria, all'accesso alle cure, alle problematiche della comunità e a cosa succede nel paese in generale. Gli infermieri devono tenersi aggiornati sulle questioni pubbliche, impegnandosi in un dialogo con gli altri, nella partecipazione a incontri pubblici, leggendo quotidiani e riviste.
- **Elaborare una propria posizione per argomentarla** in modo da avviare un dialogo intelligente con gli altri, sostenuto da fatti e dati. Argomentare in modo emotivo su temi cruciali, - come la necessità di più fondi per l'assistenza sanitaria, per i dispositivi di protezione individuali o per aumentare il numero di personale infermieristico - non è efficace.
- **Scrivere e pubblicare individualmente o con i colleghi.** La pubblicazione di articoli pertinenti e aggiornati in riviste e giornali può aiutare a influenzare l'opinione pubblica. Tenete d'occhio le questioni attuali che potrebbero trarre beneficio da una prospettiva infermieristica. Collaborate con infermieri ricercatori per ottenere prove di efficacia per documentare idee e dibattiti.
- **Mobilizzare l'opinione pubblica** partecipando a gruppi formati da gente comune (*grass roots groups*) e utilizzare le radio locali per raggiungere i cittadini. Raccontate storie che possono coinvolgere le persone.
- **Partecipare all'attività di organizzazioni con interessi particolari** come quelle formate da gruppi di pazienti o di consumatori con i vostri interessi e che condividano le vostre posizioni. Il vostro contributo potrebbe essere più efficace se presentato attraverso un gruppo più grande, con una solida reputazione e credibilità. Le associazioni infermieristiche nazionali sono una buona fonte d'informazioni, sostegno e consulenza.
- **Conoscere chi sono gli attori più importanti coinvolti**, come i politici e i funzionari dei governi locali, regionali e nazionali. Andate a trovarli con i vostri colleghi, ma preparatevi in modo accurato. Sviluppate un discorso che prenda in considerazione ciò che volete presentare e prevedete come rispondereste a domande difficili. Per essere convincenti nelle riunioni, bisogna essere chiari e concisi. Inoltre, sostenete le vostre opinioni con dati validi o fatti concreti, per aumentarne l'affidabilità. Diffondete una breve sintesi delle questioni trattate. Ricordatevi di mantenere contatti regolari con i principali *stakeholders* (chi è interessato e coinvolto) e chi decide le politiche non solo quando ne avete bisogno.
- **Collegamento con infermieri in posizioni influenti e i network** per avere *input* sulle politiche. Per esempio, gli infermieri ai vertici nei Ministeri della salute sono dei contatti preziosi. Essi sono un alleato fondamentale per far pervenire il vostro messaggio al pubblico giusto.
- **Stabilire contatti regolari con infermieri in posizioni influenti.** Essi possono essere in politica, coinvolti nella stesura di regolamentazione o avere posizioni dirigenziali nei dipartimenti sanitari o in altre organizzazioni sanitarie. Delle volte, gli infermieri sono eletti come rappresentanti del governo a tutti i livelli o possono diventare membri del parlamento; fanno parte anche di organizzazioni di servizio pubblico, di volontariato e organizzazioni non governative. Questi gruppi possono essere risorse utili per aiutarvi a raggiungere i vostri obiettivi di politica sanitaria.
- **Comunicare la propria posizione** attraverso una rappresentanza permanente negli organi decisionali, attività di *lobby*, comunicati scritti o orali e incontri con persone in posizioni influenti. Ricordarsi di mantenere buoni rapporti con i media.

²⁰ Letteralmente è "piuttosto che re-inventare la ruota" (*rather than re-inventing the wheel*) (NdC).

Progettare e realizzare una buona strategia economica, chiedono una continua attività di persuasione politica (*lobbying*) e di attività di sostegno (*advocacy*), piuttosto che un'unica azione per ottenere un sistema perfetto. L'idea è di raggiungere una situazione che vada bene a tutti (*win-win*) e faccia sì che i vostri sforzi e il vostro contributo alla definizione di politiche portino benefici per i sistemi sanitari, per i pazienti e per gli infermieri. Elaborare politiche sanitarie e sociali efficaci richiede che gli infermieri collaborino con una vasta gamma di persone interessate (*stakeholders*), comprese le associazioni di pazienti, quelle di altri professionisti della salute e altri settori come i gruppi attivi a difesa dei diritti umani, delle donne e altri.

Il ruolo delle associazioni infermieristiche nazionali

Come volto e voce della professione infermieristica nel paese, le associazioni infermieristiche nazionali (NNA) hanno una grande possibilità di sostenere e rafforzare il ruolo fondamentale degli infermieri per lo sviluppo di una politica sanitaria di qualità e per riprogettare in modo efficace ed efficiente i sistemi sanitari di modo che questi aumentino l'accessibilità e forniscano interventi sanitari sempre migliori. Per il ruolo che rivestono, le NNA costituiscono la coscienza e la "bussola morale"²¹ della professione, cui i singoli infermieri e il pubblico fanno riferimento per la guida e la *leadership* in materia di temi e politiche sanitarie cruciali. Questi temi e politiche includono l'accesso alle cure, la qualità dell'assistenza, la sicurezza dei pazienti e gli ambienti di lavoro sicuri. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria è alla base di tutti questi temi.

Le NNA rappresentano infermieri con diverse competenze e risorse che possono essere mobilitate a favore della popolazione e della professione. La saggezza collettiva e le conoscenze presenti all'interno delle NNA sono delle risorse che devono essere sfruttate completamente. Infermieri clinici, infermieri dirigenti, accademici e ricercatori dovrebbero lavorare insieme alla *leadership* rappresentata dalle associazioni per realizzare un programma infermieristico atto a costruire società più sane. Per raggiungere questi obiettivi, le associazioni infermieristiche nazionali devono considerare nel loro lavoro i meccanismi di finanziamento della sanità. Che cosa possono fare le NNA per sostenere una politica sanitaria efficace che consenta agli infermieri di esprimere tutto il loro potenziale quali professionisti in grado di offrire un'assistenza efficace e conveniente? Di seguito alcune attività che le NNA possono intraprendere.

Azione 1 - Delineare una *vision*. È fondamentale stabilire una *vision* per il futuro partendo dalla comprensione della situazione presente, perché le decisioni che le associazioni prendono rispetto a un'assistenza efficace e ai costi più bassi sono di vitale importanza per ottenere sistemi sanitari efficaci. Per fare questo le associazioni devono coinvolgere infermieri dirigenti, clinici, ricercatori, formatori e altri, come chi definisce le politiche e le associazioni di altre professioni sanitarie, in modo da formulare una *vision*. Quest'ultima dovrebbe essere usata come piano d'azione delle associazioni infermieristiche per influenzare la politica sanitaria.

Azione 2 - Condurre un'analisi della situazione. L'analisi della situazione dovrebbe concentrarsi sulle componenti dei sistemi di assistenza sanitaria, tra cui i sistemi di finanziamento, l'accesso alle cure, il numero e le caratteristiche del personale infermieristico, gli ambienti di lavoro, l'accesso alle risorse, alle attrezzature e ai dispositivi di protezione individuale. L'analisi della situazione non ha bisogno di partire da zero, perché gran parte di queste informazioni sono disponibili sui rapporti annuali del Ministero della Sanità e di altre strutture sanitarie. Essere in possesso delle informazioni corrette è la base per lo sviluppo di strategie e un buon punto di partenza per iniziare il cambiamento. Il passo successivo è diffondere le informazioni sull'analisi della situazione ai membri delle associazioni infermieristiche.

Azione 3 - Utilizzare il linguaggio degli economisti e argomentazioni che convincano chi definisce le politiche su questioni quali la necessità di cambiamenti di politica sanitaria, la necessità di finanziamenti aggiuntivi o dell'aumento di personale. Ciò include la comprensione del rapporto costo-efficacia, assistenza-efficacia, costi-benefici e la valutazione dei risultati di assistenza, in modo da poterli comunicare dettagliatamente ai rappresentanti politici.

Azione 4 - Essere consapevoli delle priorità governative attuali ed emergenti (per esempio, affrontare la copertura sanitaria universale, gli obiettivi di sviluppo sostenibile dopo il 2015) e inquadrare le proprie argomentazioni in base a queste priorità.

²¹ I termini usati sono proprio "moral compass", qui si sono aggiunte solo le virgolette (NdC).

Azione 5 – Collocare l’associazione in modo da renderla una “risorsa di esperti” su importanti questioni di assistenza sanitaria, elaborando prese di posizione politiche chiare. Produrre dichiarazioni politiche scritte sostenute da dati provenienti da pubblicazioni rilevanti, studi di ricerca e opinioni autorevoli. Utilizzare le prese di posizione (*position statements*) dell’ICN (come quelle allegate al presente documento e quelle che si trovano sul sito dell’ICN www.icn.ch/publications/position-statements/) come riferimenti e adattare per soddisfare le esigenze locali.

Azione 6 - Influenzare i governi e gli organismi che definiscono le politiche per far prendere in considerazione la voce degli infermieri, in particolare quando è chiaro che le NNA hanno un importante contributo da offrire. Questo può comprendere il modo di garantire i finanziamenti per l’assistenza sanitaria e il suo impatto sull’accesso ai servizi, la qualità dell’assistenza, la sicurezza dei pazienti e i problemi legati ai luoghi di lavoro. Decidere le strategie più appropriate per coinvolgere nei diversi processi politici. Per esempio, le associazioni potrebbero cercare una rappresentanza formale in un consiglio o in una commissione politica; presentare osservazioni come contributo al processo politico; diffondere la posizione dell’associazione su un tema; o esercitare pressioni su persone che occupano posizioni strategiche. Informare regolarmente chi decide le politiche su temi e indirizzi importanti per gli infermieri che influenzano i pazienti, gli infermieri stessi, e i risultati di salute (*health outcome*). Utilizzare fatti e dati numerici per spiegare il proprio punto di vista.

Azione 7 - Essere attenti ai temi riguardanti la salute e il pubblico, sia a livello locale che nazionale. Tenersi informati sulle nuove linee d’indirizzo che il governo propone. Informarsi sulle problematiche, il processo di elaborazione delle politiche e gli approcci impiegati per vedere come le NNA possono contribuire a migliorare la salute e le politiche sociali. Fornire risposte tempestive in riunioni faccia a faccia o attraverso comunicazioni scritte. Assicurarsi che le dichiarazioni pubbliche scritte dalle associazioni siano chiare e presentate in modo professionale.

Azione 8 - Costituire alleanze strategiche con altre organizzazioni che condividano prospettive, posizioni e problematiche simili alla vostra associazione. Stabilire legami è un modo efficace per aumentare l’impatto di comunicati e *briefing*, senza compromettere i valori fondamentali delle associazioni e della professione. Per esempio, le alleanze possono essere con associazioni di altri professionisti sanitari come l’ICN ha fatto con la *World Health Professions Alliance* (WHPA), che è un’alleanza mondiale delle principali associazioni di professionisti sanitari ([/www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/](http://www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/)).

Azione 9 - Adottare posizioni unitarie con altre associazioni infermieristiche. L’unità all’interno della professione infermieristica è essenziale per assicurare che vi sia una voce professionale unica sulle questioni di comune interesse. Le associazioni infermieristiche devono aiutarsi a vicenda e lavorare insieme su problematiche importanti, senza perdere le loro identità individuali. Questo include che debbano essere concordati messaggi chiave e comunicati rivolti ai rappresentanti politici. Se i politici ricevono messaggi differenti da associazioni infermieristiche diverse, ma nello stesso paese, è improbabile che possano ascoltare la voce degli infermieri.

Azione 10 - Educare i membri delle associazioni alle questioni di politica riguardanti i finanziamenti dei servizi sanitari, i costi dell’assistenza e l’accesso alle cure. Incoraggiare i membri a sostenere la posizione presa dall’associazione, mostrando forza attraverso i numeri e l’unità. Tenere informati i membri e fornire un feedback regolare per evitare voci scorrette e disinformazioni. Le associazioni infermieristiche devono identificare dei portavoce che siano dinamici, capaci di comunicare, ben informati e impegnati a rappresentarle nelle questioni di politica. Essi devono essere percepiti come costruttivi e competenti, ed essere pronti a partecipare attivamente alle discussioni. Essi devono anche essere disposti a seguire le indicazioni della *leadership* dell’associazione (NNA) e fornire un feedback sui principali punti che emergono nel corso del processo politico.

Azione 11 - Preparare gli infermieri più giovani ad assumere ruoli di leadership nell’influenzare le politiche sanitarie. Fornire sostegno²² agli infermieri più giovani, portandoli a forum politici, per esporli al processo politico e far loro conoscere i rappresentanti più importanti. Guidarli in esperienze che possano sviluppare le loro abilità. Sostenere nell’assumere gradualmente responsabilità per diventare attivi (*“policy activist”*) nella vita politica legata all’economia sanitaria, al valore dell’assistenza infermieristica, all’accesso e alla qualità dei servizi sanitari.

²² È stato così tra dotto *provide mentorship* (NdC).

In tutto ciò, è importante favorire relazioni costruttive con persone influenti, tra cui quelle principalmente interessate a questioni politiche specifiche o con i rappresentanti più importanti dell'ambiente politico. Le NNA devono essere viste come costruttive e in grado di offrire soluzioni: se sono percepite come costruttive nelle discussioni o nei comunicati scritti, è probabile che siano coinvolte nello sviluppo delle politiche e considerate come uno *stakeholder* fondamentale nella preparazione dei programmi politici. È bene ricordare che le relazioni e gli incontri devono essere regolari, e non solo quando l'associazione ha bisogno di qualcosa.

Le NNA devono mobilitare le loro risorse e competenze per massimizzare il loro ruolo per orientare una valida politica sanitaria. Una chiara comprensione del processo di politica sanitaria, unita a una buona conoscenza del panorama dell'economia sanitaria darà più potere agli infermieri e alle NNA per passare dalle parole ai fatti guidando la professione infermieristica a essere veramente una forza per cambiare.

Un programma per la ricerca

La ricerca è spesso vista come un'attività svolta in una "torre d'avorio", lontana dal lavoro quotidiano degli infermieri. Tuttavia, deve essere chiaro che la ricerca è parte integrante del lavoro che gli infermieri svolgono tutti i giorni, e che ogni infermiere e ogni NNA ha un ruolo chiave nella ricerca infermieristica. Il programma della professione infermieristica per influenzare la politica sanitaria sarebbe incompleto senza la produzione di nuove conoscenze mediante la ricerca e l'approfondimento e sistematizzazione di quelle esistenti attraverso revisioni della letteratura. Le NNA sono nella posizione ottimale per mobilitare le risorse finanziarie e umane dei loro membri; per ottenere nuove informazioni sia attraverso la ricerca, sia attraverso la diffusione di quella già esistente. Il progetto per un'efficace politica sanitaria deve essere sostenuto da prove valide e basate sulla ricerca.

La professione infermieristica si trova di fronte a una sfida, quella di buttarsi nell'arena della politica. Urge quindi un programma di ricerca infermieristica che abbia come obiettivo generare nuove conoscenze su ciò che fa ottenere risultati e ciò che non funziona, per orientare l'impegno infermieristico nella definizione di politiche sanitarie. Per esempio, quali sono le barriere e che cosa invece facilita il coinvolgimento degli infermieri nella politica sanitaria? Questi ostacoli sono fattori interni o esterni alla professione? Conoscere questi elementi è, ovviamente, di vitale importanza per lo sviluppo di strategie atte a eliminare le barriere per facilitare il coinvolgimento infermieristico nella definizione di politiche.

Le risorse economiche e umane sono limitate, e la ricerca dovrebbe svelare modi migliori e più efficaci per promuovere la salute e prevenire le malattie, per migliorare l'assistenza e la cura. C'è una vasta letteratura sui rapporti costo-efficacia e assistenza-efficacia degli interventi infermieristici. Tale ricerca deve essere messa ampiamente a disposizione degli infermieri dirigenti e di chi elabora le politiche. Tuttavia, serve una migliore comprensione di come ottimizzare il personale infermieristico mediante innovazioni quali il trasferimento di compiti e la condivisione delle attività. C'è anche bisogno di più ricerca per comprendere il miglior insieme di competenze (*skill-mix*) in funzione dell'assistenza. Gli infermieri e le NNA possono contribuire a questa comprensione.

L'allocazione ottimale delle risorse resta una delle maggiori priorità per l'assistenza infermieristica e per il più ampio settore dell'assistenza sanitaria. La componente infermieristica costituisce la parte più numerosa della forza lavoro sanitaria in tutto il mondo e gli infermieri sono fondamentali sia per l'erogazione di assistenza sanitaria che per il miglioramento della salute (Aiken et al., 2014). Per proteggere queste funzioni di vitale importanza, sono necessari rigorosi metodi di valutazione dei costi. Le terminologie infermieristiche, come l'ICNP®, che migliorano l'omogeneità nella rilevazione dei dati di assistenza, sono importanti. Tuttavia, servono anche altri strumenti per rendere i dati significativi. Un esempio di questi strumenti è il *Belgian Nursing Minimum Data Set* (B-NMDS), utilizzato per indirizzare l'assegnazione dei budget in base alle necessità di assistenza negli ospedali di tutto il Belgio (Sermeus et al., 2009). I risultati delle ricerche in corso per collegare l'ICNP® e il B-NMDS sono stati incoraggianti (Hardiker et al., 2014).

Un'altra area molto interessante è lo studio del livello d'istruzione degli infermieri e il suo nesso con la qualità e i risultati dell'assistenza. Gli infermieri e le NNA possono prendere in considerazione questi temi per contribuire a produrre conoscenza che guiderebbe le politiche di formazione degli infermieri nei loro paesi. Per esempio, qual è il livello di formazione infermieristica più efficace e meno costoso per fornire servizi di assistenza primaria, in pronto soccorso, nelle terapie intensive, ecc.? Mentre alcune NNA hanno la

capacità di condurre e commissionare ricerche, altre hanno di fronte delle difficoltà. Tuttavia, c'è molta ricerca che deve essere solo diffusa e ciò sarebbe un buon punto di partenza per numerose associazioni.

Un programma di ricerca serve per trasformare la professione infermieristica e dare potere agli infermieri (*empower nurses*) perché questi possano essere veramente *Una forza per cambiare: un'assistenza efficace e conveniente*. Il futuro della ricerca infermieristica è luminoso; tuttavia resta ancora molto da fare perché siano le prove di efficacia a guidare la professione infermieristica e le decisioni politiche. La saggezza collettiva, l'impegno e le conoscenze degli infermieri di tutto il mondo offrono speranza per ottenere un'assistenza di qualità basata sulle *evidence*.

La professione infermieristica è spesso descritta come un “gigante addormentato” che, per rilasciare il suo vero potenziale, dovrebbe essere risvegliato. Questa descrizione è forse particolarmente adatta quando si fa riferimento alla politica sanitaria in generale e al finanziamento della sanità in particolare. Gli infermieri sono al centro dell’erogazione dell’assistenza sanitaria, ma sono messi al margine quando si tratta di offrire il loro contributo nello sviluppo delle politiche sanitarie e nella presa di decisioni. Come si evince dagli esempi dei vari paesi proposti nel quarto capitolo, esiste un numero crescente di prove di efficacia che dimostrano che gli infermieri raggiungono dei risultati di salute buoni o addirittura migliori nei diversi ambiti clinici; quindi, l’impegno degli infermieri nella definizione delle politiche sanitarie è essenziale. Se l’energia di milioni d’infermieri si risvegliasse, con il forte sostegno dei dirigenti e dei responsabili politici e con il loro pieno coinvolgimento nelle politiche, gli infermieri diventerebbero realmente una forza per il cambiamento verso la trasformazione dei sistemi sanitari. Se quanto visto negli esempi proposti fosse sistematizzato e attuato, i benefici economici sarebbero enormi. La presenza di servizi efficaci per l’assistenza e per i costi potrebbe diventare realtà in tutto il mondo.

Gli infermieri continuano a fornire assistenza con resilienza e versatilità, spesso con poche o nessuna risorsa o sostegno organizzativo. Gli infermieri sono spesso definiti come la “spina dorsale” dell’erogazione dell’assistenza sanitaria. Tuttavia, si assiste continuamente a una costante scheggiatura di questa spina dorsale mediante erosione e impoverimento di energia. Un esempio calzante sta nella riduzione della presenza d’infermieri presso la sede del WHO (ICN, 2013b). Eppure, l’Assemblea mondiale della sanità (World Health Assembly, WHA), organo supremo di decisioni del WHO, ha riconosciuto più volte che gli infermieri sono parte essenziale per lo sviluppo di politiche sanitarie di qualità e l’attuazione d’interventi sanitari efficaci. La crescente assenza della voce degli infermieri all’interno dei ministeri della salute e all’interno del WHO chiede attenzione, ora più che mai.

Il tema della Giornata internazionale degli infermieri di quest’anno *Gli infermieri: una forza per cambiare. Per un’assistenza efficace e più conveniente* è quanto mai opportuna, specie in questo momento storico. Come dimostrano gli esempi degli studi di ricerca provenienti dai vari paesi del mondo, gli infermieri sono effettivamente professionisti che forniscono assistenza efficace e conveniente. Con una riorganizzazione dei sistemi sanitari e una piena partecipazione degli infermieri, il panorama sanitario e assistenziale può essere trasformato per migliorare l’accesso all’assistenza, la sicurezza dei pazienti e la qualità dell’assistenza a tutte le persone.



Promuovere il valore e l'efficacia dei costi dell'assistenza infermieristica

Presa di posizione dell'ICN

I dati dimostrano che gli infermieri sono una risorsa sanitaria efficace e a basso costo, ma spesso sottovalutata e poco utilizzata.

Gli infermieri devono dimostrare e spiegare in modo chiaro il valore e l'efficacia dei costi dell'assistenza infermieristica e dei risultati assistenziali ottenuti ai cittadini, agli altri operatori sanitari e ai rappresentanti politici di tutti i livelli. Essi devono anche essere in grado di negoziare e insistere per ottenere le risorse necessarie per fornire un'assistenza sicura.

Gli infermieri hanno la responsabilità di impegnarsi nella ricerca e nello sviluppo di modelli innovativi di erogazione dell'assistenza che contribuiscano a produrre prove di efficacia utili per pianificare, gestire e sviluppare le politiche sanitarie.

La formazione infermieristica, e in particolare i programmi di management e di sviluppo della leadership, deve aiutare gli infermieri a diventare abili a spiegare e dimostrare il valore e l'efficacia dei costi dell'assistenza infermieristica all'interno dei servizi sanitari. Le università e le istituzioni formative e, dove rilevanti, gli enti regolatori della professione (*nursing regulatory bodies*), dovrebbero rivedere periodicamente i programmi d'insegnamento per assicurare che siano presenti contenuti sul valore e l'efficacia dei costi dell'assistenza infermieristica.

Le associazioni infermieristiche nazionali devono sviluppare strategie volte a promuovere attivamente la partecipazione della professione infermieristica nel processo decisionale sui servizi sanitari, sulla ricerca infermieristica e sanitaria, sullo sviluppo di politiche pubbliche e sanitarie. Questo chiede di sviluppare e sostenere strategie per preparare infermieri leader capaci, che siano in grado di esporre il loro pensiero, che dimostrino e promuovano il valore e la convenienza dell'assistenza infermieristica all'interno dei servizi sanitari.

Gli infermieri devono far valere il loro coinvolgimento professionale nella formulazione delle politiche a tutti i livelli.

Con l'aumento dei bisogni di salute e dei costi per l'assistenza sanitaria, che comprendono anche i costi connessi all'erogazione dei servizi infermieristici, gli infermieri devono prendere l'iniziativa di definire, esaminare e valutare i risultati di salute e il costo delle loro attività.

**International
Council of Nurses**

3, Place Jean-Marceau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Con l'aumento dei bisogni di salute e dei costi per l'assistenza sanitaria, che comprendono anche i costi connessi all'erogazione dei servizi infermieristici, gli infermieri devono prendere l'iniziativa di definire, esaminare e valutare i risultati di salute e il costo delle loro attività.

Gli infermieri, in particolare gli infermieri leader, devono avere una buona comprensione dello scopo e della natura della riforma sanitaria, del contributo che possono dare in tutti i livelli dell'erogazione di assistenza sanitaria, nella pianificazione, gestione e sviluppo delle politiche sanitarie per i servizi. Nelle fasi di pianificazione delle riforme sanitarie, gli infermieri leader devono avere un ruolo fondamentale nello sviluppo delle politiche relative all'appropriatezza, alla natura e allo scopo della riforma sanitaria in questione.

L'ICN e le associazioni nazionali a esso affiliate, possono aiutare gli infermieri a sviluppare la loro capacità di affrontare l'efficacia dei costi nell'assistenza sanitaria utilizzando i seguenti suggerimenti.

- Promuovere il ruolo degli infermieri come risorsa centrale per un'assistenza che garantisca l'efficacia dei costi (*cost-effective*) e come contributo fondamentale nel processo decisionale sulla spesa sanitaria.
- Offrire agli infermieri delle opportunità formative per acquisire conoscenze sulle abilità politiche, i principi dell'economia, l'uso di budget e risorse e il rapporto costo-efficacia in ambito sanitario.
- Sostenere lo sviluppo della leadership e del management che includa il ruolo degli infermieri nella gestione delle risorse, nel processo decisionale e nello sviluppo delle politiche sanitarie.
- Promuovere e sostenere la ricerca che metta in relazione e validi le metodologie atte a valutare i costi (*costing methodologies*) all'assistenza infermieristica e ai risultati di salute.
- Incoraggiare lo sviluppo di database che permettano il confronto dei risultati tra i diversi ambiti operativi per individuare i migliori approcci all'assistenza e i più efficaci modelli di assistenza infermieristica.
- Facilitare la diffusione delle informazioni e il ritrovamento nella rete (*interactive networking*) di risultati della ricerca sul rapporto costo-efficacia, sulle strategie di risparmio e gli standard delle migliori pratiche cliniche.
- Stabilire reti professionali con le parti più importanti interessate (*stakeholders*), per promuovere la collaborazione collegiale e lo scambio d'idee e informazioni volte a promuovere la qualità e l'efficacia dei costi.
- Promuovere l'equità delle condizioni di lavoro degli infermieri, per riconoscere e sostenere il loro ruolo nel promuovere l'efficacia dei costi e la qualità dell'assistenza in contesti multidisciplinari.

Adottato nel 1995

Aggiornato e riaffermato nel 2001



Position Statement

La partecipazione degli infermieri nella presa di decisioni sui servizi sanitari e nello sviluppo delle politiche

Presa di posizione dell'ICN

Gli infermieri possono dare un importante contributo nella pianificazione e nella presa di decisioni dei servizi sanitari, e nello sviluppo di una politica sanitaria adeguata ed efficace. Essi possono e dovrebbero contribuire alle politiche legate alla preparazione dei professionisti sanitari, ai sistemi di erogazione dell'assistenza, al finanziamento dell'assistenza sanitaria, all'etica sanitaria e ai determinanti della salute.

Gli infermieri devono assumersi le proprie responsabilità per quanto riguarda le politiche e la presa di decisioni sui servizi sanitari, inclusa la loro responsabilità per lo sviluppo professionale negli ambiti più rilevanti.

Le organizzazioni professionali infermieristiche hanno la responsabilità di promuovere e sostenere la partecipazione degli infermieri negli organismi e comitati che si occupano di prendere decisioni e di sviluppare le politiche sanitarie a livello locale, nazionale, e internazionale. Esse hanno anche la responsabilità di contribuire a garantire che gli infermieri leader abbiano un'adeguata preparazione in modo che siano in grado di ricoprire pienamente ruoli in cui si definiscono le politiche (*policy making roles*).

Il contesto

Gli infermieri aiutano a interpretare le esigenze e le aspettative di assistenza sanitaria delle persone grazie alla loro stretta interazione con i pazienti/clienti e le loro famiglie in tutti gli ambienti. Essi sono coinvolti nella presa di decisioni rispetto alla pratica clinica e al management; usano i risultati della ricerca e gli studi per contribuire alle decisioni in materia di qualità e convenienza nell'erogazione dei servizi sanitari. Gli infermieri conducono ricerche sanitarie e infermieristiche per produrre risultati utili per lo sviluppo delle politiche sanitarie. Poiché gli infermieri coordinano spesso l'assistenza fornita da altri, possono offrire il contributo delle loro conoscenze e competenze per la pianificazione strategica e l'utilizzo efficiente delle risorse.

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Per partecipare ed essere considerati in modo efficace nella programmazione sanitaria, nel processo decisionale, nello sviluppo delle politiche pubbliche e sanitarie, gli infermieri devono essere in grado di dimostrare il loro valore e di convincere gli altri del contributo che possono dare. Ciò può includere il miglioramento e l'espansione della preparazione degli infermieri rispetto al management e alla leadership, compresa la comprensione dei processi politici e governativi. Ciò può anche portare ad un aumento della loro esposizione attraverso l'assunzione di ruoli e posizioni direttive e di leadership sia in ambito infermieristico che in altri servizi di assistenza sanitaria. Ciò può incoraggiare gli infermieri a partecipare in organismi di governo e questioni politiche, migliorando e facendo pubblicità all'immagine della professione.

L'International Council of Nurses (ICN) e le associazioni infermieristiche nazionali a esso affiliate (NNA), promuovono e sostengono tutti gli sforzi per migliorare la preparazione degli infermieri rispetto al management, alla leadership e allo sviluppo delle politiche. Questa preparazione deve essere ampia e deve includere lo sviluppo di conoscenze e capacità per influenzare il cambiamento, per partecipare nei processi politici, nel marketing sociale, nel formare patti collaborando con i mezzi di comunicazione e altri strumenti utili per ampliare l'influenza. Essa deve riconoscere i complessi processi e fattori coinvolti nel prendere decisioni efficaci.

Le organizzazioni professionali infermieristiche devono impiegare una serie di strategie per contribuire allo sviluppo di politiche efficaci, compreso il controllo dell'impiego degli infermieri negli organici dei servizi; inserendo nuovi modelli e strategie organizzative; diffondendo continuamente un'immagine positiva della professione infermieristica a dirigenti in posizioni di rilievo e alle principali parti interessate a livello nazionale e internazionale; disseminando conoscenze e ricerche di rilievo; sviluppando e mantenendo continuamente reti adeguate per consentire rapporti lavorativi di collaborazione con le organizzazioni governative e non governative. Da parte sua, l'ICN promuoverà e renderà disponibili le informazioni riguardanti il contributo della professione infermieristica nei processi decisionali in ambito sanitario e nello sviluppo delle politiche.

Adottato nel 2000

Aggiornato e riaffermato nel 2008



La gestione dell'assistenza infermieristica e dei servizi sanitari.

Presa di posizione dell'ICN

Gli infermieri hanno la responsabilità di contribuire alla pianificazione e alla politica sanitaria, al coordinamento e alla gestione dei servizi sanitari. L'*International Council of Nurses* (ICN) si aspetta che gli infermieri contribuiscano alla politica sanitaria a livello locale, nazionale e internazionale, attraverso ruoli di *management* e *leadership* in tutti gli ambiti e mediante il coinvolgimento diretto e il sostegno da parte delle associazioni infermieristiche nazionali (NNA). Si deve promuovere in modo attivo il bisogno di eccellenza nell'organizzazione dei servizi infermieristici e nei sistemi sanitari.

L'ICN crede fermamente che i servizi di assistenza infermieristica debbano essere gestiti direttamente dagli infermieri. Nelle realtà in cui i dirigenti non sono infermieri e gestiscono personale fra cui gli infermieri, devono comunque essere gli infermieri leader, in queste situazioni, a dover avere l'autorità per fornire indirizzi in ambiti che attengono l'assistenza infermieristica professionale. In tutte queste situazioni è l'infermiere a dover rispondere (*who is accountable*) degli ambiti di esercizio e degli standard della pratica infermieristica.

Inoltre, l'ICN ritiene che gli infermieri siano ben attrezzati per gestire una vasta gamma di servizi sanitari.

L'ICN si aspetta che gli infermieri dirigenti debbano avere pari opportunità, preparazione e retribuzione per l'organizzazione, lo sviluppo delle politiche e la leadership quanto gli altri professionisti sanitari, essendo pronti per occupare posizioni di rilievo (*senior positions*) nel settore sanitario.

Il contesto

I ruoli e le funzioni degli infermieri dirigenti sono continuamente ridefiniti per stare al passo coi cambiamenti del settore sanitario.

La leadership è una componente essenziale del management. È fondamentale che gli infermieri leader siano ben preparati ad assumersi ruoli come dirigenti nei servizi infermieristici e di assistenza sanitaria, nella formazione e nella politica sanitaria. La leadership infermieristica include il *coaching* e il *mentoring* di altri professionisti, e il creare un ambiente favorevole al continuo sviluppo e alla qualità dell'assistenza.

Position Statement

**International
Council of Nurses**

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Leader infermieristici forti sostengono il personale nella loro pratica intervenendo su questioni sia professionali che cliniche, promuovendo la soddisfazione lavorativa e migliorando la qualità dell'assistenza per i fruitori dei servizi. In particolare, gli infermieri in posizioni dirigenziali (*executive levels*) svolgono un ruolo fondamentale nell'erogare assistenza di qualità garantendo: una leadership forte ed efficace, un'influenza sociale, una dirigenza strategica e l'autorità all'interno dell'organizzazione¹.

L'eccellenza nella gestione dei servizi infermieristici e di assistenza sanitaria deve essere promossa in modo attivo. Le associazioni infermieristiche professionali possono esercitare un'influenza strategica per assicurare che la professione sia coinvolta nella politica e nella pianificazione sanitaria. Mantenere contatti e collegamenti tra le principali parti interessate è essenziale per una leadership e un management efficaci. Un punto critico è anche la capacità di valutare costantemente l'ambiente, di monitorare le prestazioni e di innescare o adattarsi ai cambiamenti richiesti.

La formazione nell'ambito organizzativo varierà in base ai ruoli e ai percorsi di carriera degli infermieri manager. L'ICN ha assunto un ruolo attivo per promuovere una solida formazione al management e alla leadership. Le associazioni infermieristiche nazionali possono aiutare identificando le opportunità rilevanti e promuovendole fra i loro associati. I singoli infermieri devono assumersi la responsabilità della propria formazione e sviluppare la capacità di pianificare e gestire tutto questo in modo strategico.

Gli infermieri devono selezionare adeguati programmi mono o multi-disciplinari in modo da prepararli in modo efficace per il management, lo sviluppo delle politiche sanitarie e la leadership in differenti contesti assistenziali e in relazione alle diverse fasi del loro sviluppo professionale e di carriera. La preparazione dovrebbe riflettere l'importanza della formazione continua, che si adatta alle mutevoli esigenze e aspettative. Inoltre, la formazione professionale dovrebbe porre l'accento sullo sviluppo delle capacità e degli attributi personali rilevanti e non solo sull'acquisizione di conoscenze.

I traguardi raggiunti dagli infermieri manager dovrebbero essere ricompensati nello stesso modo in cui lo sono gli altri dirigenti. Allo stesso modo, gli infermieri dirigenti devono dimostrare i benefici che derivano dall'averli collocati in posizioni strategiche. Per gli infermieri manager dovrebbero essere adottate adeguate classificazioni delle posizioni organizzative ricoperte, uguali agli altri manager allo stesso livello, e secondo i rispettivi attributi professionali e il livello di responsabilità.

Adottato nel 2000

Aggiornato e riaffermato nel 2010

¹ Cook M.J. 2001. The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard*, 15(35), 33-36.



Finanziamenti pubblici per servizi sanitari accessibili

Presa di posizione dell'ICN

L'*International Council of Nurses* (ICN) e le associazioni infermieristiche nazionali (NNA) a esso affiliate, si adoperano per lo sviluppo di sistemi di assistenza sanitaria nazionali che forniscono una gamma di servizi sanitari essenziali per la popolazione che siano accessibili in modo universale, pubblicamente finanziati ed equi.

La popolazione ha il diritto di avere servizi sanitari equi di promozione, prevenzione, assistenza, riabilitazione e cure palliative. L'ICN ritiene che tali servizi dovrebbero essere centrati sul paziente e sulla sua famiglia, sulle prove di efficacia, con una qualità in continuo miglioramento, misurata secondo standard e indicatori di riferimento concordati.

Ove tali servizi non siano finanziati pubblicamente, l'ICN crede che i governi abbiano la responsabilità di assicurare servizi sanitari accessibili alla popolazione, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili, specialmente quelli che appartengono a gruppi socio-economici disagiati¹.

L'ICN sostiene gli sforzi delle associazioni infermieristiche nazionali per influenzare le politiche pubbliche che riguardano la salute, gli aspetti sociali, l'educazione, soprattutto quelle basate sulle priorità sanitarie per la nazione, l'equità, l'accessibilità a servizi globali ed essenziali, l'efficienza (compresa la produttività), l'efficacia dei costi e l'assistenza di qualità.

L'ICN vede l'assistenza sanitaria primaria come il miglior modo per erogare i servizi sanitari essenziali ad un costo che i governi e le comunità possono permettersi².

Servizi accessibili, *cost-effective* e di qualità, principi regolatori appropriati, standard e meccanismi, e ambienti di lavoro positivi, devono essere garantiti nello stesso modo, sia nel contesto pubblico che in quello privato.

Gli infermieri e le NNA hanno la responsabilità di impegnarsi per ottenere tali servizi sanitari, monitorarne l'efficacia, guidare lo sviluppo delle politiche sanitarie, la presa di decisioni e l'attuazione per garantire che tutta la popolazione abbia accesso a servizi infermieristici e sanitari di qualità.

¹ Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

² The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More than Ever. Geneva: WHO.

L'ICN sostiene gli sforzi delle NNA per garantire che le politiche del governo rivolte al finanziamento di servizi sanitari accessibili non portino ad abbassare il livello formativo degli infermieri, oggi richiesto dalle domande complesse di questi servizi, visto che le prove di efficacia mostrano che gli infermieri abilitati (*registered nurses*) fanno raggiungere migliori risultati assistenziali³.

Contesto

Una nazione in salute è una risorsa vitale. L'obiettivo primario di ogni nazione dev'essere quello di raggiungere il miglior stato di salute possibile per la popolazione nei limiti delle risorse disponibili.

Tutte le persone dovrebbero avere la possibilità di affidarsi a infermieri competenti che forniscono assistenza, supervisione e sostegno in tutti gli ambiti richiesti. I sistemi sanitari devono aumentare progressivamente l'assistenza erogata dagli infermieri e portare a termine una serie di strategie per affrontare la programmazione, la formazione, lo skill-mix, le normative di riferimento e i percorsi di carriera del personale, per garantire sistemi sanitari efficaci, efficienti e sicuri.

L'ICN e le associazioni professionali nazionali ad esso affiliate devono mantenere reti efficaci con le parti interessate per garantire un'adeguata allocazione delle risorse e la disponibilità di servizi basati sui bisogni e le priorità, promuovere l'assistenza sanitaria primaria e tener conto della qualità e dei costi. Tutto ciò include l'insistente richiesta delle risorse necessarie per preparare il personale infermieristico alle crescenti sfide che le nazioni e le popolazioni di tutto il mondo devono affrontare con l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, gli incidenti e le catastrofi naturali.

Adottato nel 1995

Aggiornato e riaffermato nel 2001

Aggiornato e riaffermato nel 2012

Citazioni bibliografiche

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diodidou M, Kinnunen J, Kóska M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 - 1830, 24 May 2014.

Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K, Sermeus W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 143-153.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Strømseng Sjetne I, Smith HL, Kutney-Lee A (2012). Patient Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration* 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Innovation Profile: Periodic Nurse Initiated Telephone Contact Provides Quality Follow-up Care to Infants with Lung Disease in Rural Areas. Available at: <https://innovations.ahrq.gov/profiles/periodic-nurse-initiated-telephone-contact-provides-quality-followup-care-infants-lung>

Australia Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (2014). Securing jobs for graduate nurses. 11 December 2014. Available at: <http://anmf.org.au/news/entry/securing-jobs-for-graduate-nurses-and-midwives>

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92: 1278-1283.

Bauer JC (2010). Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-Effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 22:228-231

Bennett S, Gilson L (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. London: DFID, Health Systems Resource Centre.

Benton D (2013). Fake medicines are everybody's business. Fight the Fakes Opinion Piece. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes_Op_Ed.pdf

Benton D, Chapman C, Smith E (2003). Sharing experiences and learning. *Nursing Management*, 2003;10(8):24-27.

Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T & Bonio AJ (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf>

Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC & Aiken LH (2011). A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 62:1318-1324, 2011

Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert, K (2003). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):106-121.

- Bloom, D.E., Canning, D., Jamison, D (2004). Health, Wealth and Welfare. *Finance and Development*, 41(1): 10-15. International Monetary Fund (IMF). Available at: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf
- Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279.
- Canadian Home Care Association (2006). High Impact Practices. September 11, 2008. Available at: www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744
- Carrin G, James C, Evans DB (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Geneva, WHO.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). A Patient Safety Threat – Syringe Reuse Available at http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse_faqs.html
- Chisholm D, Evans DB (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report 2010 background paper, no. 28. Geneva: WHO. Available at: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en
- Commission on Macroeconomics of Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO.
- Costa-Font, J, Courbage C, McGuire A. (eds.2009). *The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing*. Oxford: Oxford University Press.
- Dambisya Y (2007). EQUINET Newsletter #82 December: What do we need to do to keep health workers in Africa? Available at: www.equinet africa.org/newsletter/index.php?iissue=82
- Dealey C, Posnett J, Walker AJ (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*. 21(6):261-2, 264, 266.
- Duerden M, Avery T, Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: safe and sound. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf
- Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT, Aisbett K (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, vol.24, issue 4 pp. 244-255.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L, et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *JAMA*. 284(11):1385-1391
- Eibner C, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA (2009). Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options. RAND Health.
- Ellis JR & Hartley CL (2005). *Managing and Coordinating Nursing Care*. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Elsevier Clinical Solutions (2014). National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment. Available at: <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1>
- European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010). The financial cost of healthcare fraud. Available at: [www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf)

Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, Boule A, Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Faris G, Conick R, Draper B, Tshabalala M, Kotze E, van Vuren C, Steyn D, Chapman R & Bateman E (2012). Task Shifting of Antiretroviral Treatment from Doctors to Primary-Care Nurses in South Africa (STRETCH): A Pragmatic, Parallel, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*. 380 (9845): 889 - 898.

Federazione nazionale dei Collegi IPASVI (2015) *Comunicato stampa. Assistenza infermieristica, cresce la spesa privata dei cittadini: il 15% degli italiani paga di tasca propria*. Reperito in: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/95/1_Comunicato_stampa.pdf, accesso effettuato il 6 maggio 2015.

Ferrel BJA (2002). Community development and health project: A 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*, 49: 27-37.

Frenk J, Chen LC et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376:1923–1958

Gallup (2013). Gallup Honesty/ Ethics in professions. Available at: www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx

Griffiths P, Jones S, Bottle A (2013). Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 292-300.

Hardiker NR, Sermeus W, Jansen K (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. *Stud Health Technol Inform*. 2014;201:290-7.

Health Workforce Australia (2012). Health Workforce 2025: Doctors, Nurses and Midwives, Vol.1. March 2012. Available at: www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf

Hennis A, Fraser HS (2004). Diabetes in the English-speaking Caribbean (Special report). *Pan American Journal of Public Health*, 15 (2), 90-93.

Holloway K, Van Dijk L (2010). Rational use of medicines. In: *The World Medicine Situation*. Geneva: WHO.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324:819-23.

Iha A (2008) ed. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the Alliance for Patient Safety.

Institute for Health Care Communication (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

Institute of Medicine (2012). “Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America.” Smith M, Saunders R, Stuckhardt L & McGinnis JM (editors). Washington, D.C. The National Academies Press. Available at: www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (undated). International Classification for Nursing Practice (ICNP) Information Sheet. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP_FAQs.pdf

International Council of Nurses (2014) ICN Biennial Report 2012-2013, p.23. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Biennial_Report_2012-2013.pdf

International Council of Nurses (2013a). ICN Fact Sheet on *Positive Practice Environments*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf

International Council of Nurses (2013b). *Going, Going, Gone: The nursing presence in the World Health Organization* (revised 2013). A Fact Sheet for National Nurses Associations. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Does_Nursing_Matter_within_WHO.pdf

International Council of Nurses (2012a). Position statement on *Publicly funded accessible health services*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf

International Council of Nurses (2012b). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

International Council of Nurses (2010). *The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland*. Developed by Elsa B. Friofinnsdottir & Jon Aoalbjorn Johnson. Geneva: International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN).

International Council of Nurses (2009a). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. A Nursing Matters Fact Sheet. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

International Council of Nurses (2009b). *Implementing Nurse Prescribing*. Geneva. ICN

International Council of Nurses (2008a). Position statement on *Participation of nurses in health service decision-making and policy development*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf

International Council of Nurses (2008b). *Nursing Perspectives and Contributions to Primary Health Care*. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

International Council of Nurses (2007). ICN Position Statement on *Nurses and Primary Health Care*. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf

International Council of Nurses (2005a). *Guidelines on shaping effective health policy*. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf

International Council of Nurses (2005b). *Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce*, developed by Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*. Developed by Madrean Schober & Nancy MacKay. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2001). ICN position statement on *Promoting the value and cost-effectiveness of nursing*. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf

International Council of Nurses (1999). *ICN's Vision for the Future of Nursing*. Geneva, ICN. Available at: www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/

- International Council of Nurses and the World Bank (2014). Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage. Event Summary, July 2014. Geneva: ICN. Available at: www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf
- International Medical Travel Journal (2011). European health systems under siege. Medical tourism news. 8 July 2011. Available at: www.imtj.com/news/?EntryId82=297309
- Irish Nursing and Midwifery Organisation (Dec 2013/Jan 2014). "Media watch - Budget cuts focus". *World of Irish Nursing* Dec 2013/Jan 2014 Vol 21 (10). Available at: www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149
- Irvine D, Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Available at: www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf
- Keleher H, Parker R, Abdulwadud O & Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* 15(1):16-24
- Kingma M (2008). Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 13 (2), Manuscript 1.
- Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Col R, Luckey DW, Bondy J, Cole K, Clazner J (2000). Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-up of a Randomized Trial. *JAMA.* 2000;283(15):1983-1989.
- Kroezen M (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey of forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012): 1002-1012.
- Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G, Van Herk P (2008). Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice*, 9 (2): 94-102.
- Laschinger HKS, Almost J, Tuer-Hodes J (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link. *JONA*, 33 (7/8)
- Lathrop B (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics & Nursing Practice.* 14 (1): 41-47
- Latter S, Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing*, Volume 13, Issue 1, Pages 26-32, 2004 Blackwell Publishing Ltd.
- Lein C, Wills CE (2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *American Academy of Nurse Practitioners*, 19:215-220
- Lemiex-Charles L, McGuire WL (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review.* June 2006. 63(3):263-300.
- Liese B & Dussault G (2004). Africa Region Human Development Working Paper Series. The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factor. Washington D.C.: The World Bank, Africa Region.
- LeRoy L & Solowitz S (1981). The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners. Office of Technology Assessment.

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol. 380, No. 2859, pp. 2095–2128.
- Macdonald, T.H. (2009). *Removing the Barriers to Global Health Equity*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI (2008). *Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts*. Updated to 2008 figures. Cambridge, MA: NEHI.
- Mathauer I, Imhoff I (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4:24.
- McElmurry, B. et al. (2002). Primary health care in the Americas: frame work, experiences, challenges and perspectives. Nº 25. Series. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, DC. PAHO/WHO.
- McMahon R, Barton E & Piot M. (1992). *On being In charge: a guide to management in primary health care*. Geneva: WHO.
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-Lopez I (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *Health serv Res*, 23(8):193
- Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P & Hyde A (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 57 (5): 463-471.
- Mphande H (2014). "Shortage of nurses hit Malawi: Has only 25% of required number", *Nyasa Times*. September 18, 2014. Available at: www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/
- Murphy GT (2005). *Health human resource planning, modeling activities for primary health care nurse practitioners*. Ottawa: CNA. Canadian Nurse Practitioner Initiative.
- Neumann PJ (2005). *Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers*. Oxford: Oxford University Press.
- Newhouse R & Poe S (2005). *Measuring Patient Safety*. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.
- NHS Employers (2014). *NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings*. Report produced for the Health Education England Nursing Supply Steering Group. Available at: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf>
- Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol and alcoholism*, 45 (3): 263-70.
- Nullis C (2007). *The Associated Press*, 24 May 2007. Available at: www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *Public Spending on health and long-term care: a new set of projects*. OECD Economic Policy Papers No.06. Available at: www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experience in 12 developed countries. Available at: www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doClanguage=en

Özaltın A, Cashin C, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Available at: http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf

Palangkaraya A, Yong J (2009). Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9 (4): 391-402.

Pan American Health Organization (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C.: PAHO.

Pattenden J, Lewin B & Blue L (2004). Heart Failure Specialist Nurse. Evaluation of a new service April 2002 – December 2003. British Heart Foundation.10. London: Department of Health.

Pooja K (2007). Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM*, 356:2564-2567.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2010). "The price of excess: Identifying waste in health care spending." Available at: www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto: RNAO. Available at: www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

Rosenstein AH, O'Daniel M (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *AJN*. 105(1):54-64.

Russo CA, Steiner C, Spector W (2008). Hospitalizations Related to Pressure Ulcers, 2006. HCUP Statistical Brief #64. December 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf

Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO.

Sermeus W, Gillet G, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O, Vanden Boer G, Van Herck P & Van den Heede K. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (2): 256–267

Sermeus W, Delesie L, Vanden Heede K, Diya L / Lesaffre E (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7): 1011-1021.

Shields M, Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier Publishing. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva: ICN. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

Silva AMVAD, Fernandes RMP (2008). Foreign Nurses in Portugal. Lisbon, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.

- Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:892-894. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/
- Stacey D, Noorani H Z, Fisher A, Robinson D Joyce J, Pong RW (2004). A clinical and economic review of telephone triage services and survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2004: 11.
- Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L & Weiner JP (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 9 (8):492-500.
- Storch JL (1994). Division of Labour in health care: Pragmatics and ethics. *Humane Medicine*, 10(4): 262-269.
- Tamaki A (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs*, 17 (6): 419-427.
- Thomson Reuters (2009). Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? White paper; Thomson Reuters; Ann Arbor, USA.
- Tsai SL, Chen M, Yin TJC (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care that of a conventional out-patient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13 (3):165-173.
- Tucker A (2002). When problem solving is a problem. *Harvard University Gazette*, 10 October 2002. Available at: www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html
- United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) (2007). Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS, 2006.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–96. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- Van Ruth LM, Mistiaen P & Francke AL (2008). Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2008 5 (2).
- Volqvartz J (2005). The brain drain. *The Guardian*, March 11.
- Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320: 1048-1053.
- Wang LY, Vernon-Smilely M, Gapinski MA, Desist M, Maughan E, Sheetz A (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA Pediatr*. 168(7):642-648.
- Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB (2010). Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs*, 19 (3-4): 380-388.
- Wanzer M B, Booth-Butterfield M & Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363-384.
- Welton JM, Fischer MH, DeGrace S & Zone-Smith L (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nurs Econ*, 24(5):239–245.

Welton JM & Halloran EJ (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35 (12):541-549.

Woodend A, Sherrard H, Stuewe M, Fraser M, Cheung T & Struthers C (2008). Telephone monitoring in patients with cardiac disease who are high risk for admission. *Heart & Lung*, 37 (1): 36-45.

World Bank (2009). The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Report No. 48988-LAC. Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Available at:
http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf

World Health Organization (2014). World Health Statistics 2014. Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2013a). World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2013b). Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals Health in the post-2015 United Nations development agenda. Report by the Secretariat.

World Health Organization (2012a). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda WHO discussion paper, October 2012. Available at:
www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1

World Health Organization (2012b) Informal Member State Consultation on Health in the Post -2015 Development Agenda, 14 December 2012. Summary Report. Available at:
www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_member_states_20121214.pdf?ua=1

World Health Organization (2012c). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Technical Report prepared for the Ministers Summit. Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf

World Health Organization (2012d). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Geneva: WHO

World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010a). Health accounts. Available at: www.who.int/health-accounts/en/

World Health Organization (2010b). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf

World Health Organization (2010c). The World Medicines Situation. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010d). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015. Available at: www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

World Health Organization (2008a). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Available at: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1

World Health Organization (2008b). Treat, Train, Retain: Task Shifting, Global Recommendations and Guidelines.

World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006. Working together for health*. WHO; Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2005). World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: WHO.

World Health Organization and World Bank (2002). Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development, Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Professions Alliance (WHPA) (2011). Joint Statement on Counterfeit Medical Products. Available at: www.whpa.org/WHPA_Joint_Statement_on_Counterfeiting.pdf

Young TL, Ireson C. (2003). Effectiveness of school-based telehealth care in urban and rural elementary schools. *Pediatrics*, 112 (3): 1088-1094.