

GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI 2018

INFERMIERI

UNA VOCE CHE GUIDA

LA SALUTE E' UN DIRITTO UMANO



Infermieri, una voce che guida: la salute è un diritto umano
Accesso, investimento e crescita economica
Risorse e prove di efficacia

Consiglio internazionale degli infermieri



Indice dei contenuti

Presentazione della Presidente CNAI	4
Messaggio della Presidente ICN	5
Prima parte: La salute è un diritto umano	6
La sfida che abbiamo di fronte	6
Il diritto alla salute e il focus dell'ICN di quest'anno	8
Gli elementi chiave dell'approccio dei diritti al sistema sanitario	10
Perché gli infermieri dovrebbe interessare il diritto alla salute come approccio all'assistenza sanitaria?	13
Seconda parte: Comprendere la complessità dell'accesso all'assistenza sanitaria	15
L'intima e peculiare ottica degli infermieri	15
L'accesso all'assistenza sanitaria: consapevolezza e identificazione dei bisogni non soddisfatti	18
L'accesso all'assistenza sanitaria: rispondere a bisogni particolari	21
L'accesso all'assistenza sanitaria: disponibilità di servizi facili da raggiungere	24
L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza a un costo accessibile	28
L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza sicura e di qualità	31
L'accesso all'assistenza sanitaria: tempestività di accesso	34
L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza centrata sulle persone	38
Terza parte: investimento e crescita economica	41
La copertura sanitaria universale	44
L'assistenza centrata sulle persone	48
Le risorse umane per la salute	54
Quarta parte: dalle politiche alla pratica – dalla pratica alla definizione di politiche	61
L'ultima parola	68
Citazioni bibliografiche	69

Project Sponsor: Howard Catton

Autori: David Stewart, Erica Burton, Professor Jill White (Part Four)

Redazione e stesura: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo

Special Advisors: Professor Sridhar Venkatapuram, Professor Anne Marie Rafferty, Professor Marla Salmon, Professor Thomas Kearns

Steering Committee: Simon Hlungwani, Dr Kwua-Yun Wang, Sra Paola Pontoni Zuniga

Design: ACW London www.acw.uk.com

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 © 2018 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland
ISBN : 978-92-95099-48-7

ISBN dell'edizione italiana: 9788894075731

Edizione italiana autorizzata

Copyright © 2018 CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i

www.cnai.info

Via V. Russo, 8

20127 Milano

Traduzione: Lisbeth Allardyce, Lorenza Nwafor, Cecilia Sironi

Curatela: Cecilia Sironi

Layout: Massimo Alberio



Presentazione della Presidente CNAI

Anche quest'anno la Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i mette a disposizione in italiano il documento predisposto per la Giornata internazionale degli infermieri dell'*International Council of Nurses*.

Il tema della salute come diritto umano è quanto mai attuale in un momento storico, politico, economico e culturale come quello che stiamo vivendo. Al tema della scarsità delle risorse, e in particolare a quelle destinate a finanziare i servizi sanitari e assistenziali, non si possono che affiancare temi più profondi, che toccano il senso della vita, e altri più globali e complessi, che toccano i rapporti tra grandi potenze politiche ed economiche.

Il riferimento è a due situazioni recenti che hanno guadagnato spazio nella cronaca internazionale e portano a riflettere chi, come gli infermieri, ha scelto di difendere la vita e di tutelare i più deboli. Non è possibile evitare una riflessione di fronte al caso di bambini piccoli (l'ultimo è quello del piccolo Alfie Evans), esseri viventi desiderati, attesi e partoriti che devono cessare di vivere per decisioni prese in ambiti totalmente "esterni" a loro e ai loro cari. Il secondo esempio è il dramma che continua a consumarsi in Siria (così come in tanti altri Paesi del mondo) dopo anni di conflitto che hanno visto e vedono ancora la popolazione civile vittima di logiche totalmente estranee al sentire comune.

Cosa significa affermare che la salute è un diritto umano? Come è possibile parlare di salute quando il primo sforzo da compiere è quello di preservare e tutelare la vita, partendo dai più deboli? Quali sfide pone rendere accessibili le cure a tutti quando si impedisce di portare un bambino in una struttura specializzata o, in un territorio di guerra, le condizioni non offrono i più elementari mezzi e presidi per curare?

Eppure, ancora una volta, far sentire la nostra voce ha un senso e una ragione. Gli infermieri devono dare voce a chi non ce l'ha, devono svolgere il loro ruolo di *advocacy* nei confronti dei più deboli. La tematica dell'IND 2018 *Infermieri, una voce che guida: la salute è un diritto umano*, vuole proprio mostrare come esistono già esperienze in atto in tutto il mondo che documentano i risultati del nostro intervento, anche in situazioni di scarsità di risorse e contesti ostili o difficili.

Non possiamo permetterci - come infermieri, cittadini italiani, europei e del mondo globale -, di lasciare intatte tutte le strade per migliorare le condizioni di vita degli uomini. Siamo tutti nati per essere felici, nessuno escluso, e non serve cercare persone o luoghi lontano da noi per incidere in modo positivo, per quanto possibile, sulla vita dell'altro. Fra i numerosi dati pubblicati in questi ultimi mesi (fra cui quelli dell'Osservatorio dell'Università cattolica, il Rapporto *Osservasalute 2017* e i dati Eurostat) colpisce che siano, ancora una volta, i "più poveri" a peggiorare le loro condizioni. Spiace constatare che "l'impovertimento dei più poveri" costituisca un'anomalia tutta italiana. Possibile che, proprio l'Italia, non sia un "paese per poveri"? Non è certo spingendo verso soluzioni di natura assistenzialistica che si ridarà dignità a tanti, specie giovani, che cercano lavoro.

L'unica strada virtuosa è aumentare la qualità del lavoro disponibile, e non solo la quantità, e proprio nell'ambito infermieristico e assistenziale abbiamo molto da proporre!

Cecilia Sironi
Presidente CNAI
1° maggio 2018



Messaggio della Presidente dell'ICN

L'International Council of Nurses (ICN) crede che la salute sia un diritto umano. L'ICN è in prima fila nel sostegno per l'accesso all'assistenza sanitaria e gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel renderla accessibile a tutti. In tutto il mondo esistono individui e comunità afflitti da malattie a causa di una mancanza di assistenza sanitaria economicamente accessibile a tutti. Inoltre dobbiamo ricordarci che il diritto all'assistenza sanitaria vale anche per gli infermieri! Siamo consapevoli del fatto che la qualità e la sicurezza dei pazienti dipende dalla presenza di un ambiente di lavoro positivo per gli infermieri, ovvero il diritto di lavorare in sicurezza con una remunerazione adeguata, oltre alla possibilità di accedere a risorse e alla formazione. Dobbiamo aggiungere a tutto questo il diritto di essere ascoltati e di poterci esprimere nel prendere decisioni e nell'attuazione dello sviluppo delle politiche!

In qualità di voce globale della professione infermieristica, l'ICN continuerà a far sentire la sua voce e oggi, nel 2018, la nostra voce non è mai stata così forte. In linea con la tematica dell'IND 2018 *Infermieri, una voce che guida: la salute è un diritto umano*, questo toolkit presenta prove di efficacia inconfutabili che mostrano come l'investimento nella professione infermieristica porti allo sviluppo economico e come il miglioramento delle condizioni di vita delle persone renda le società più stabili e le economie più produttive.

Per gli infermieri quando si parla della salute come diritto umano significa che tutti gli esseri umani hanno il diritto di avere l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità nel momento in cui a loro serve di più. E proprio ora vi sono infermieri che stanno lavorando ogni giorno per garantire questo diritto in differenti contesti sanitari e che ricoprono posizioni di rilievo nella presa di decisioni!

In occasione della Giornata internazionale degli Infermieri uniamoci per dimostrare come gli infermieri stanno trasformando l'assistenza sanitaria e i sistemi sanitari per far sì che nessuno venga escluso. Uniamo le nostre voci per diventare un'unica grande voce per guidare, sostenendo un approccio all'assistenza e ai sistemi sanitari centrato sulle persone, assicurandoci che la nostra voce sia sentita per influenzare le politiche, la pianificazione e l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Buona Giornata internazionale degli infermieri da parte di tutti noi all'ICN!

Annette Kennedy

Presidente
International Council of Nurses



Prima parte: la salute è un diritto umano

"A mio avviso la domanda fondamentale da porsi sulla copertura sanitaria universale è di natura etica. Desideriamo vedere morire i nostri concittadini perché sono poveri? O vogliamo vedere milioni di famiglie impoverite da spese sanitarie catastrofiche perché non hanno una copertura che li protegga dai rischi finanziari? La copertura sanitaria universale è un diritto umano".

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Direttore Generale OMS)¹

La sfida che abbiamo di fronte



"Esiste una crisi morale nel trattamento della salute mentale. Abbiamo fallito nella garanzia dei diritti umani all'interno degli ospedali in molti paesi"
Prof. Vikram Patel

Nel giugno del 2017 Dainius Puras, Relatore speciale delle Nazioni Unite¹, ha presentato il suo rapporto sull'esercizio del diritto di ottenere il massimo livello di salute fisica e mentale davanti al Consiglio per

¹ L'attuale Relatore speciale delle Nazioni Unite è Dainius Puras, psichiatra della Lituania. I Relatori speciali ed esperti indipendenti vengono incaricati dal Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite con sede a Ginevra per esaminare e

i diritti umani delle Nazioni Unite². Il rapporto si è concentrato sull'assistenza sanitaria per la salute mentale, è la conclusione del Relatore è stata che "solo un cambiamento radicale potrà porre fine ad anni di trascuratezza nel campo dell'assistenza sanitaria per la salute mentale"³. Il rapporto ha evidenziato decenni di trascuratezza, di abusi e di violenze nei confronti di gruppi socialmente svantaggiati che includevano persone con disabilità intellettive, cognitive e psicosociali che hanno sofferto sia a causa di una mancanza di cure e di assistenza, sia perché hanno ricevuto un'assistenza inefficace e deleteria. Il Relatore speciale delle Nazioni Unite ha dichiarato che "laddove vi siano dei sistemi sanitari per la salute mentale, essi sono segregati da altre forme di assistenza sanitaria e si basano su pratiche obsolete che violano i diritti umani". Riteneva, inoltre, che "le politiche e i servizi per la salute mentale sono in crisi, e non una crisi causata da un disequilibrio chimico, bensì da un disequilibrio di potere", e ha fatto un appello perché vi fosse un impegno politico importante, che venissero date delle risposte politiche urgenti e attuati subito degli interventi correttivi.

Ritiene, inoltre, che una delle ragioni di questa situazione sia il predominio di modelli biomedici, dove si fonda tutto l'intervento sulla terapia farmacologica e non si rispetta, protegge o assicura il diritto alla salute. I trattamenti si concentrano esclusivamente sulle patologie, a scapito del benessere delle persone nelle sfere più ampie della vita personale, sociale, politica ed economica.

Il rapporto evidenzia inoltre come le politiche pubbliche ignorano l'importanza delle precondizioni della salute mentale precaria, come la violenza, l'assenza di *empowerment* (*disempowerment*), l'esclusione sociale e l'isolamento, oltre alla disgregazione delle comunità, un disequilibrio socioeconomico sistemico e una mancanza di sicurezza nei luoghi di lavoro e nelle scuole. Il rapporto conclude che qualsiasi approccio che non preveda la protezione degli ambienti sociali, economici e culturali non si limita a venire a meno nei confronti delle persone con disabilità, ma vengono a meno nella promozione della salute mentale e del benessere per tutto l'arco della vita.

Tramite l'utilizzo dell'esempio della salute mentale, il Dr. Puras mostra chiaramente che la questione fondamentale che compromette l'accesso universale all'assistenza sanitaria è la mancanza di un approccio alla salute centrato sulle persone. Poiché la salute, che include la possibilità di accedere all'assistenza sanitaria, costituisce un diritto umano, dobbiamo andare oltre la visione biologica e patologica della salute. Esistono delle azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali le quali, se attuate, possono portare ad un miglioramento della salute di tutti. Un buono stato di salute dipende dalla presenza di acqua potabile sicura e dalla buona alimentazione, dall'igiene adeguata, dall'educazione e dalla presenza dell'uguaglianza e della libertà all'interno della società, insieme ad altri determinanti della salute sottostanti. Le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano incidono notevolmente sul peso di una malattia e sulla perdita prematura della vita. È proprio qui che l'assistenza infermieristica può avere un impatto profondo nel rendere possibile una visione della salute basata sui diritti umani. Storicamente, alla base della pratica infermieristica vi è la cura della salute e del benessere delle persone e delle comunità. La base filosofica delle scienze infermieristiche è un approccio alla salute centrato sulle persone.

redigere un rapporto su una tematica specifica riguardante i diritti umani o su una situazione in un paese in particolare. Si tratta di una funzione onoraria e gli esperti non fanno parte del personale delle Nazioni Unite e non vengono retribuiti per il lavoro svolto.

Il diritto alla salute e il focus dell'ICN di quest'anno



Perché l'ICN si sta concentrando sul concetto di salute come diritto umano? Questo ampio interesse permette agli infermieri di comprendere le fondamentali filosofiche alla base di tutta la nostra pratica, che si tratti della promozione della salute o della prevenzione delle malattie o dei traumi, o del trattamento acuto o cronico. Esso ci permette di localizzare gli effetti sulla salute dei determinanti sociali della salute come l'igiene, l'alimentazione adeguata, gli alloggi decorosi, le condizioni di lavoro buone, l'istruzione, l'uguaglianza è un ambiente pulito⁴. Il tema centrale della Giornata internazionale degli infermieri (IND) del 2017 era stato il ruolo dell'assistenza infermieristica nell'affrontare le disuguaglianze, le pratiche discriminatorie e le relazioni di potere ingiuste all'interno dei determinanti sociali della salute² e ci ha permesso di comprendere anche il sistema sanitario da una prospettiva in cui le persone e le comunità sono al centro dell'assistenza. La Giornata internazionale degli infermieri di quest'anno accresce i messaggi di quella del 2017, attraverso un'indagine approfondita dei temi concernenti l'accesso all'assistenza sanitaria e l'impatto che il problema dell'accesso ha sugli *outcome* sanitari o risultati in termini di salute. I sistemi sanitari costituiscono un elemento essenziale di una società sana ed equa. Quando la salute viene vista come un diritto umano abbiamo il dovere di agire e siamo responsabili perché tutti possano avere accesso al sistema sanitario. Questa convinzione dovrebbe essere il fondamento di un sistema efficace i cui benefici si estenderanno alle comunità e ai paesi. Il diritto alla salute non si può ridurre a uno slogan dei professionisti sanitari, dei gruppi della società civile e delle organizzazioni non governative per cercare di cambiare il mondo in meglio. Nella maggior parte dei casi il diritto alla salute è uno strumento legale che può essere utilizzato per far sì che i governi e la comunità internazionale siano tenuti a risponderne. Può e dovrebbe essere utilizzato come uno strumento di aiuto nel settore della sanità perché agli individui, alle comunità e ai popoli vengano erogate le migliori cure disponibili⁶.

Il concetto di copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage, UHC*³) cambia da nazione a nazione. In sostanza, significa che non dovrebbe essere negata ad alcuno la possibilità di accedere agli standard appropriati di assistenza sanitaria del proprio paese a causa della propria situazione economica,

² *Infermieri, una voce che guida per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile*, traduzione a cura di CNAI e disponibile in: <http://cnaei.info/index.php/pubblicazioni-gratuite/154-pubblicazioni-icnu/711-ind-kit-2017>

³ Successivamente si utilizzerà anche l'acronimo UHC per la copertura sanitaria universale (NdC).

dove il costo dei servizi sanitari possa trascinarli ancora più a fondo nella povertà. Uno sguardo sulla sanità che si basi sui diritti umani significa che, ovunque una persona abiti, può ricevere assistenza sanitaria che risponda ai suoi bisogni sanitari.



Nel settembre del 2015, **193 paesi hanno adottato ufficialmente un nuovo piano, che include la copertura sanitaria universale**, per il mondo che vorremmo: il diritto alla salute senza difficoltà economiche⁷.



In media circa il **32% della spesa sanitaria** di ciascun paese proviene da pagamenti a carico dei pazienti (*out-of-pocket*)⁷.



Almeno **400 milioni di persone** nel mondo **non possono accedere** a uno o più **servizi sanitari essenziali**.



Il **40% della popolazione mondiale non è tutelata** a livello sociale⁸.

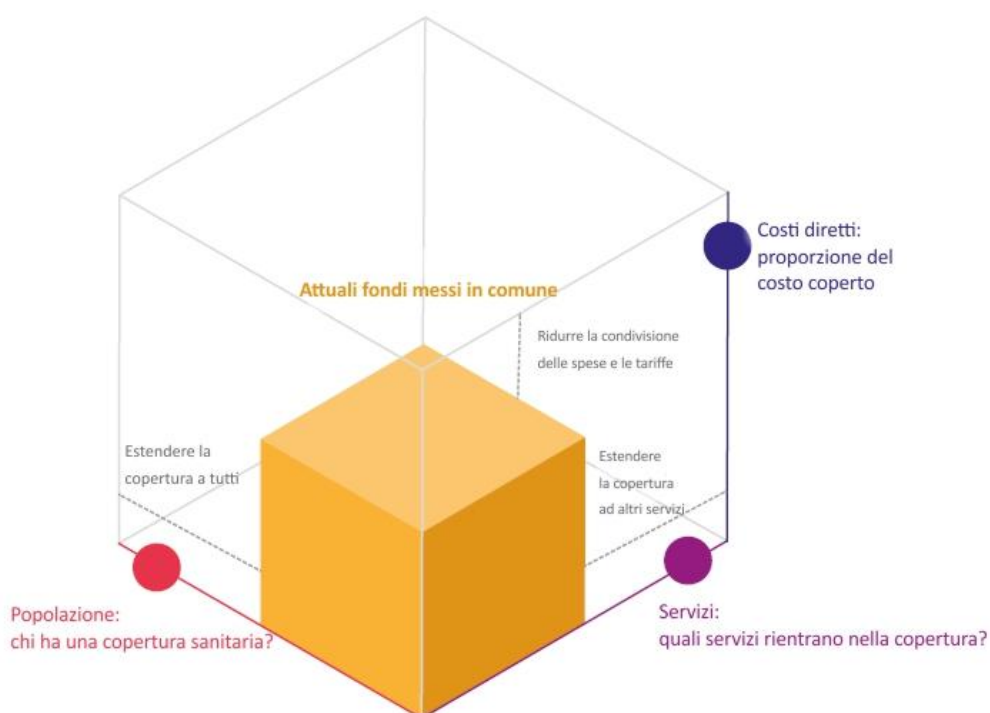


Ogni anno **100 milioni di persone finiscono in povertà** a causa di pagamenti per servizi sanitari essenziali⁷.



Servono un minimo di **\$44 USD pro capite all'anno** per fornire servizi di base salvavita. Nel 2011, 26 Stati membri dell'OMS hanno speso meno di \$44 USD⁸.

Figura 1 - Le tre dimensioni da prendere in considerazione nell'evoluzione verso la copertura sanitaria universale⁹






Gli elementi chiave dell'approccio dei diritti al sistema sanitario

Una delle fondamenta principali del diritto alla salute e dell'aspirazione a raggiungere i più elevati standard sanitari possibili consiste in un sistema sanitario efficace e integrato che preveda l'assistenza sanitaria relativa ai fattori determinanti della salute. Inoltre, il sistema sanitario deve rispondere alle priorità sia locali che nazionali e deve essere accessibile a tutti. Una volta ottenuto ciò, si possono considerare poste le fondamenta di una società sana ed equa.

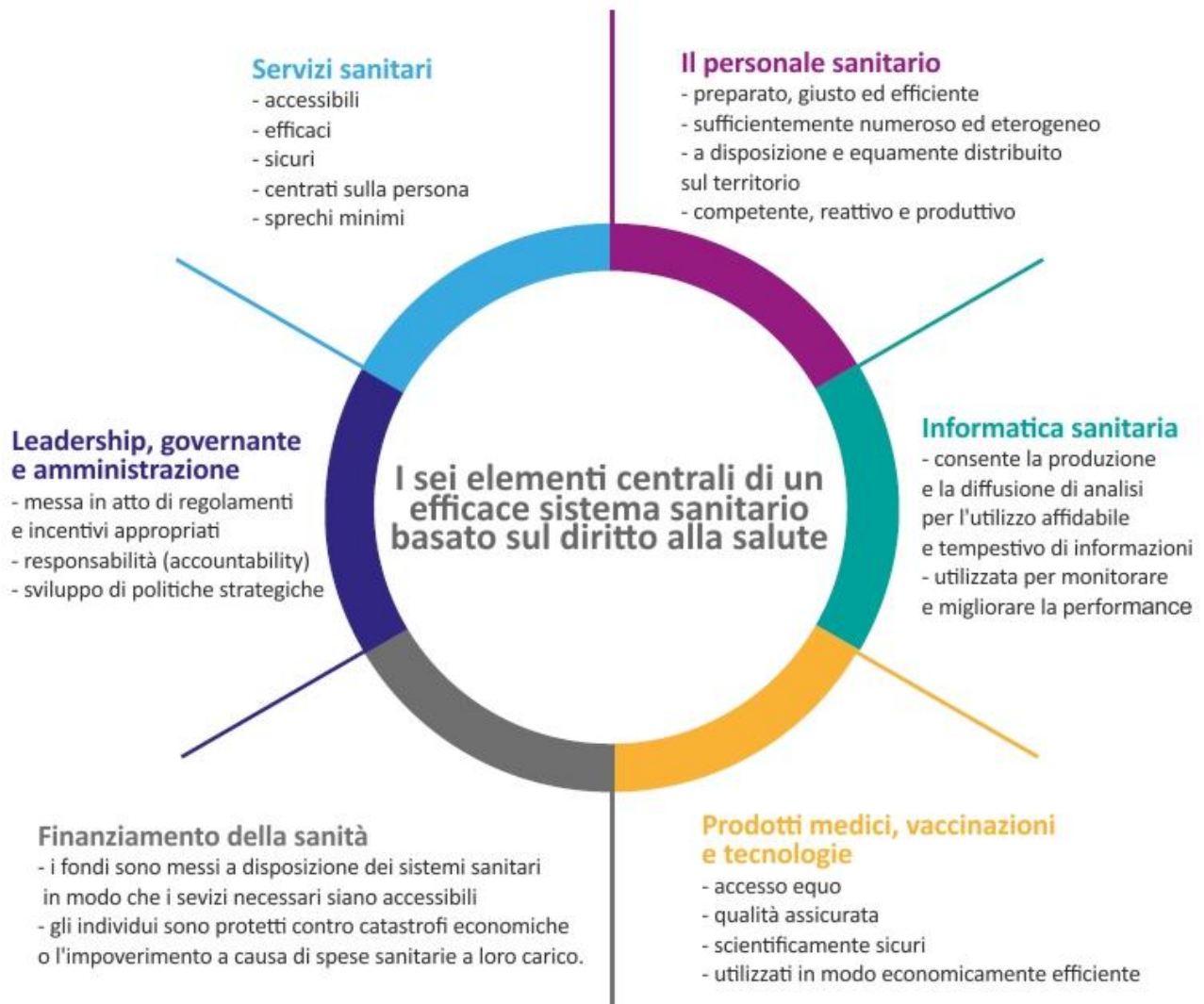
Figura 2 - I principi generali di un sistema sanitario basato sul diritto alla salute¹⁰

 <p>Gli outcome e i processi del sistema</p> <p>Verifica come funziona un sistema sanitario e come sono i processi (per es. trasparente, partecipativo e privo di discriminazioni).</p>	 <p>Un sistema culturalmente appropriato</p> <p>Un sistema sanitario dovrebbe essere rispettoso nei confronti delle differenze culturali.</p>	 <p>Realizzazione progressiva</p> <p>Il diritto allo standard di salute più elevato che una persona si possa auspicare è un diritto che si costruisce gradualmente e dipende dalle risorse disponibili. In altre parole, un sistema sanitario comprensivo e integrato non può essere creato da un giorno all'altro. Tuttavia, i progressi dovrebbero essere apprezzabili e misurabili rispetto a parametri di riferimento.</p>
 <p>Un sistema equo, uguale per tutti e senza discriminazioni</p> <p>Un sistema sanitario dovrebbe essere accessibile a tutti senza che vi siano discriminazioni, per esempio, verso le persone che vivono in povertà, le minoranze, i popoli indigeni, le donne, i bambini, le persone con disabilità, gli anziani, ecc.</p>	 <p>I fattori determinanti della salute</p> <p>Occuparsi della salute degli individui e delle comunità non vuol dire solo dare assistenza medica; significa intervenire anche sui determinanti della salute.</p>	 <p>Qualità</p> <p>Un servizio sanitario deve essere di buona qualità e includere la possibilità di accedere ai farmaci essenziali. La qualità si riferisce anche a come sono trattati all'interno del sistema sanitario.</p>
<p>Approccio olistico centrato sulle persone</p>		
		

<p>Continuità dell'assistenza</p> <p>È necessario che vi sia un buon bilancio tra i servizi primari, secondari e terziari per poter garantire una continuità della prevenzione e dell'assistenza e cura. Questo prevede anche processi appropriati di invio a consulenti.</p>	<p>Cooperazione internazionale</p> <p>La cooperazione a livello globale è fondamentale per il "bene pubblico globale". Questa può includere il controllo delle malattie infettive, la divulgazione della ricerca sanitaria e la diffusione di iniziative di regolamentazione internazionale. Essa può includere la non belligeranza con i paesi confinanti e il sostegno dei paesi a basso reddito.</p>	<p>Monitoraggio e responsabilità (accountability)</p> <p>I diritti implicano doveri, e i doveri richiedono una presa di responsabilità. Il dover rendere conto a qualcuno include il monitoraggio della gestione, della performance e degli <i>outcome</i>.</p>
<p></p> <p>Coordinamento</p> <p>Un sistema sanitario efficace richiede un buon coordinamento tra i vari settori e dipartimenti, quali la sanità, l'ambiente, l'acqua, il trasporto, ecc. Il coordinamento deve partire dai processi decisionali per arrivare all'effettiva erogazione dei servizi.</p>	<p></p> <p>Trovare il giusto equilibrio</p> <p>Talvolta nasce una sorta di concorrenza tra i diversi bisogni: essi pertanto dovrebbero essere contestualizzati. Non sempre esistono delle risposte chiare e semplici a domande difficili, soprattutto quando nascono all'interno di un ambiente dove le risorse sono limitate.</p>	<p></p> <p>Obblighi legali</p> <p>Il diritto di accedere allo standard di salute più elevato ottenibile significa che esistono degli obblighi legali, inclusi quelli soprammenzionati.</p>

Nel 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹¹ ha delineato un approccio generale al diritto alla salute tramite il rinforzo dei sistemi sanitari. Qui di seguito sono elencati i sei elementi essenziali per un sistema sanitario efficiente.

Figura 3 - I sei elementi essenziali per un sistema sanitario efficiente



Perché agli infermieri dovrebbe interessare il diritto alla salute come approccio all'assistenza sanitaria?

1. È basato su prove di efficacia

Un approccio all'assistenza sanitaria basato sul diritto alla salute è *evidence based* ed è stato dimostrato inoltre che è un modo importante per migliorare la salute e l'uguaglianza (*equity*) in una popolazione. Questo approccio è centrale nel dare una struttura e la disciplina necessarie nella stesura delle politiche sanitarie all'interno di un paese e spinge i governi degli stessi a renderne conto¹².

2. Ogni individuo ha un valore intrinseco ed è l'espressione dell'umanità

Molti sistemi sanitari sono basati su un approccio storico che prevede di indagare dall'alto in basso quando si tratta di stabilire il grado di efficacia economica. Talvolta l'individuo diventa invisibile con un approccio del genere. Altri approcci invece partono dalla prospettiva della malattia e non guardano la persona come un intero, in cui corpo e mente sono legati tra loro e che va quindi trattata con dignità e rispetto. Storicamente gli infermieri hanno guardato l'individuo in modo olistico e hanno preso in considerazione le sue caratteristiche all'interno della comunità di cui fa parte. Gli infermieri possono fare da guida attraverso il sostegno di un approccio all'assistenza e alla sanità in cui la persona sia al centro. Ciò significa che il benessere dell'individuo, delle comunità e dei popoli sia messo al centro del sistema sanitario. Il sistema sanitario non deve essere tecnocratico o lontano dalle persone per le quali è stato concepito¹³⁴.

3. Obbligo legale

Esistono molteplici obblighi vincolanti associati al diritto allo standard di sanità più elevato conseguibile e ciò significa che i governi e i sistemi sanitari hanno delle responsabilità nell'assicurare un certo livello di assistenza alle comunità e ai popoli.

4. Il contributo degli infermieri è fondamentale

Benché siano state create delle norme a sostegno del diritto al più elevato standard di salute conseguibile, molte organizzazioni, istituzioni e governi stanno tuttora cercando di capire cosa significhi esattamente e come metterlo in pratica. Il diritto alla salute non è una nozione statica, ma in continua evoluzione mentre avanzano i progressi nei campi della scienza e della tecnologia. Gli infermieri devono dare un contributo determinante a questo processo poiché possiedono le capacità di ragionamento scientifico, i fondamenti filosofici, e sono inoltre vicini ai pazienti e alle loro famiglie e comunità.

5. Il successo della copertura sanitaria universale tramite cure centrate sulle persone dipende dalle capacità della professione infermieristica di utilizzare un approccio trasformatore nel modo di concepire la salute e nel modo in cui vengono erogati i servizi sanitari. Questo approccio include il creare e sostenere rapporti di cooperazione con gli individui, le comunità, coloro che prendono le decisioni, i governi e gli altri professionisti della sanità, in modo da modificare gli effetti dei determinanti sociali della salute; di concettualizzare i professionisti sanitari come parte integrante della comunità; e di sviluppare ed estendere modelli innovativi dell'erogazione dei servizi sanitari.

⁴ Letteralmente è: non deve essere lontano dalle persone che dovrebbe servire (*removed from the people it is meant to serve*) (NdC).

Un approccio in cui le persone stanno al centro, un sistema sanitario efficiente, la disponibilità di personale sanitario adeguatamente preparato e la gestione dell'accesso alla sanità costituiscono le fondamenta della copertura sanitaria universale. La seconda parte esamina le questioni riguardanti l'accesso alla sanità in maggiore dettaglio.





Seconda parte: Comprendere la complessità dell'accesso all'assistenza sanitaria

"Se non siamo in grado di coinvolgere i consumatori, i pazienti e i membri delle famiglie nel processo dell'assistenza sanitaria non saremo efficaci nell'eliminazione delle disparità e nel miglioramento della salute per tutti".

Kalahn Taylor-Clark¹⁴

L'intima e peculiare ottica degli infermieri

Non esiste una professione che risponda ai bisogni delle persone nei momenti di maggiore vulnerabilità della loro vita come quella dell'infermiere. La relazione tra la persona assistita e l'infermiere offre una prospettiva unica e intima della vita di quella persona. Prendiamo come esempio alcune storie vere di pazienti così come raccontate da infermieri.

Ad Amelia fu diagnosticato un cancro al seno, ma la sua vera tragedia era stata perdere suo marito due mesi prima della diagnosi. A un anno dalla pensione si era rifiutato di recarsi in ospedale per indagare la causa di un dolore che aveva al petto. Aveva detto che era una indigestione ed era andato a dormire, per non risvegliarsi mai più. Il dolore di Amelia è da attribuire più alla perdita del marito che al cancro.

Yusuf era stato ricoverato in ospedale per un trattamento di tre mesi per una patologia ematologica. Gli era stata somministrata un'iniezione che avrebbe dovuto essere per un altro paziente, senza che egli avesse dato il suo consenso. Ciò aveva rischiato di compromettere l'efficacia della sua terapia e la sua degenza in ospedale era durata un mese in più del previsto.

Yusuf è molto arrabbiato, sia per come l'ospedale ha gestito la situazione, sia per la modalità con la quale gli era stato comunicato l'errore commesso.

José ride sempre, ma dietro le sue risate si nascondono dei timori atroci. Nonostante non abbia mai fumato, è attualmente in remissione da un carcinoma polmonare al quarto stadio, ma deve sottoporsi con scadenza mensile a cicli di chemioterapia della durata di una settimana. Tre giorni prima di ogni ciclo, José soffre di gravi attacchi di panico. Persino quando il farmaco chemioterapico entra nel suo corpo, lui non desidera altro che strappare la flebo e tornarsene a casa, consapevole di quello che l'aspetta per una settimana quando la chemioterapia ha avvelenato il suo corpo.

È evidente che Beatrice è dimagrita notevolmente e sta diventando sempre più fragile. Una volta faceva la cantante, ma ha perso la sua potenza vocale. È da molti mesi che osserva sangue nelle feci. È in lista d'attesa per una colonscopia e l'attesa è talmente lunga che l'ospedale le ha raccomandato di farla presso una struttura privata, ma non se la può permettere e quindi aspetta. Dopo due anni viene sottoposta alla procedura. Un giorno, mentre faceva il giro assieme agli studenti, il medico, stando ai piedi del suo letto l'ha informata della diagnosi: un cancro all'intestino al quarto stadio. "Parlavano come se non fossi nemmeno stata nella stanza", ha detto Beatrice. "Ero solamente un 'oggetto di studio' nel letto".

Gli infermieri passano più tempo con i pazienti e le loro famiglie rispetto a qualsiasi altra figura sanitaria, e vengono a conoscenza in prima persona di storie che hanno un impatto sulla loro salute e il loro benessere. Ogni individuo ha una storia da raccontare e ogni storia può potenzialmente migliorare il sistema sanitario e permettere alle persone e alle comunità di raggiungere lo standard più elevato di salute possibile. Dalla conoscenza di queste storie nasce il potere per il cambiamento. Chi ha il potere di prendere le decisioni non ha modo di vedere da vicino ciò che è necessario per la creazione di un sistema sanitario efficace e centrato sulle persone in quanto, per loro, sono figure periferiche. Per gli infermieri, invece, questa è l'esperienza di tutti i giorni. Le loro conoscenze e intuizioni risultano fondamentali per il raggiungimento dello standard più alto di salute possibile, mettendo in discussione il funzionamento di un sistema sanitario e capendo come possa essere migliorato (questo aspetto verrà articolato ulteriormente nella Quarta parte).

L'accesso ai servizi sanitari rappresenta un indicatore chiaro di quanto il sistema sanitario sia in grado di rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle comunità ed è un punto cardine della convinzione che la salute sia un diritto umano e, inoltre, è una pietra angolare della Copertura sanitaria universale e dell'assistenza centrata sulle persone (*people-centred care*).

All'interno della presente pubblicazione in occasione della Giornata mondiale degli infermieri, per "accesso" si intende "l'opportunità di raggiungere e di ottenere dei servizi di assistenza sanitaria appropriati in situazioni dove se ne percepisca il bisogno"¹⁵. Poter accedere significa mettere gli individui in condizioni di poter fare i passi giusti per mettersi in contatto con, od ottenere, l'assistenza sanitaria richiesta dai loro bisogni, e che questi bisogni siano soddisfatti. Si tratta di uno sguardo teso a dare un'interpretazione olistica del concetto di "accesso", poiché racchiude sia i fattori riguardanti gli utenti che i fattori riguardanti i fornitori dei servizi sanitari, piuttosto che vedere l'accesso puramente in termini di disponibilità economiche.

La presente sezione esplorerà le varie dimensioni e i fattori determinanti l'accesso e come questi interagiscono all'interno di una struttura dinamica (Figura 4), come sviluppato da Lesvesque, Harris e

Russell¹⁵, dove l'accesso è considerato il risultato di un insieme di esperienze e di ritrosie degli individui. Questa parte mira a rendere più comprensibile la complessità del concetto di accesso, allo scopo sia di informare chi lavora nel settore infermieristico, sia di far sì che la comunità infermieristica possa orientare le politiche volte a rendere la Copertura sanitaria universale (UHC) una realtà.

Figura 4 - Il quadro concettuale dell'accesso all'assistenza sanitaria¹⁵



L'accesso all'assistenza sanitaria: consapevolezza e identificazione dei bisogni non soddisfatti

Nel 2014, 422 milioni di persone al mondo erano affette da diabete, che è stato la causa diretta di più di 1.6 milioni di decessi¹⁶. Il diabete è una malattia cronica e costosa che colpisce quasi una persona su 11 nel mondo, per una spesa globale di \$673 miliardi di USD (che equivale al 12% della spesa sanitaria globale)¹⁷. La prevalenza del diabete a livello mondiale è esplosa, con un numero di nuove diagnosi negli adulti in rapida ascesa. Tuttavia, l'entità del problema non è stata pienamente compresa visto che sono in molti a non essere consapevoli di esserne affetti, o di aver bisogno di cure.

I ricercatori ritengono che in Sud Africa più del 53% della popolazione non sia consapevole di avere il diabete, e più dell'80% di coloro cui è stata diagnosticata la malattia non hanno sotto controllo il livello glicemico e presentano importanti bisogni assistenziali che non vengono soddisfatti¹⁸. Questo problema non riguarda esclusivamente il Sud Africa: è un problema presente in tutto il mondo. Esistono diverse ragioni alla base dell'elevato tasso di bisogni assistenziali non risolti e questi riguardano sia il livello di comprensione individuale dei segni e dei sintomi della malattia, e di conseguenza del livello di ricerca di cure mediche, sia la capacità del sistema sanitario di fornire i servizi e le informazioni necessari a proposito di diabete.

La comprensione e la conoscenza delle persone circa il diabete influiscono sul modo in cui affrontano le cure, sulle scelte riguardanti lo stile di vita e sulle capacità di autogestire la malattia. Più è basso il livello di alfabetizzazione sulla salute (*health literacy*), più è alta l'incidenza di altre patologie croniche, peggiore il livello di salute e inferiore la qualità di vita. Una *health literacy* inadeguata è il fattore che contribuisce alla rilevanza sproporzionata dei problemi correlati al diabete nelle popolazioni svantaggiate¹⁹.

Inoltre, i sistemi sanitari devono affrontare delle sfide importanti: numerose organizzazioni, sia pubbliche che private, stanno cercando di attuare strategie per migliorare la diagnosi di diabete e la gestione della malattia. Tuttavia, molte di queste strategie non solo sono fallimentari, ma anche costose. Le strategie ritenute efficaci presentano diverse caratteristiche simili tra loro: le cure sono più vicine a chi ne ha bisogno⁵; si migliora il livello di comunicazione con gli individui e le comunità per veicolare conoscenze e far comprendere la malattia e fornire informazioni sui tipi di servizi presenti; e si focalizzano sull'equilibrio tra i bisogni olistici di ciascun assistito e l'offerta dei professionisti sanitari più appropriati²⁰. L'obiettivo principale di tutto ciò è migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e la gestione del diabete come condizione cronica con delle importanti implicazioni sullo stile di vita.

Per far sì che i servizi sanitari siano accessibili le persone devono innanzitutto sapere che esistono, comprendere come accedervi e avere il desiderio di utilizzarli. Il primo passo per accedere all'assistenza sanitaria è essere consapevoli di averne bisogno. Il secondo passo consiste nel rendere i servizi sanitari tali da aiutare il loro utilizzatore a diventare consapevole dei propri bisogni di salute e, di conseguenza, a accedere ai servizi appropriati.

⁵ Non essendoci un numero sufficiente di specialisti per rispondere alla domanda di assistenza delle persone con diabete, i centri di eccellenza hanno spostato la presa in carico dell'80-90% dei pazienti dall'assistenza primaria all'assistenza nella comunità.

Studio del caso: l'integrazione e la promozione dei servizi sanitari per la cura delle malattie non trasmissibili negli anziani

Chi ha fornito il contributo: Baithesda, Wenda Oroh

Paese: Indonesia

Il Centro di salute di comunità nel sotto distretto di Ranomut, Indonesia, è uno dei diversi centri di salute territoriali messi a disposizione dal Governo per far fronte a problemi di salute pubblica nella città di Manado. Attualmente ci sono 1214 anziani registrati presso questo Centro di salute di comunità, che eroga servizi sanitari integrati e svolge attività di promozione sanitaria per le malattie non trasmissibili nella popolazione anziana. I centri attuano un programma conosciuto come 'Posbindu PTM' per far progredire gli interventi nel territorio volti a incrementare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Lo scopo del Posbindu PTM è di coinvolgere maggiormente la popolazione nella prevenzione delle malattie non trasmissibili (NCD) e nella individuazione precoce della presenza di fattori di rischio. Il programma mira a tenere sotto controllo e a mantenere il livello ottimale di salute nelle persone che presentano questi fattori di rischio o soffrono già di malattie non trasmissibili.

I servizi offerti all'interno di questo programma includono il *counselling* e la condivisione delle esperienze e delle conoscenze; l'individuazione precoce della presenza di fattori di rischio per malattie non trasmissibili attraverso una valutazione dello stato di salute mentale; la valutazione dello stato di nutrizione tramite la misurazione dell'altezza e del peso, la rilevazione della pressione arteriosa, la misurazione del livello di emoglobina e l'esame urine. In base ai bisogni presenti in quella specifica zona geografica, i centri svolgono inoltre attività come, per esempio, interventi di alimentazione supplementare e iniziative sportive. Le attività di Posbindu PTM sono gestite ed attuate interamente dalla comunità per la comunità, con il sostegno di infermieri e altri professionisti della salute.

Questo servizio a Ranomut mira a incrementare la diffusione di servizi sanitari tra gli anziani all'interno della comunità. Il programma è fatto su misura per i bisogni della comunità locale e per incrementare il livello di partecipazione al programma; ha lo scopo di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari per gli anziani, in particolare quelli indigenti e vulnerabili. Non si focalizza solo sulla salute degli individui: si focalizza sulla salute dell'intera comunità.

Il programma è stato sviluppato in risposta alla domanda crescente di servizi sanitari causata dalle NCD e dalla carenza di personale sanitario. Nel 2014 erano presenti circa 892.000 operatori sanitari per una popolazione di 250 milioni di persone. Oltre a una carenza di personale sanitario, anche la sua distribuzione è disomogenea: circa metà degli operatori sanitari nell'Indonesia lavorano a Bali o a Java.

Grazie a questo programma le condizioni di salute della popolazione che invecchia sono migliorate. I benefici sono dovuti alla partecipazione basata sul sostegno reciproco all'interno della comunità, che ha contribuito a cambiare il modo in cui le persone percepiscono il loro stato di salute. All'interno di questo servizio gli infermieri hanno guidato il coinvolgimento e il contatto con il territorio, mettendo in discussione la percezione della comunità nei confronti di ciò che può essere considerato uno stile di vita sano e aiutando le persone ad avere un controllo maggiore del proprio stato di salute e del proprio benessere.

Studio del caso: fornire servizi sanitari al centro della comunità: l'Ospedale nazionale dello Sri Lanka

Chi ha fornito il contributo: K. M. Sriyani Padmalatha

Paese: Sri Lanka

Gli infermieri dell'Ospedale nazionale dello Sri Lanka, in quanto parte di un team multidisciplinare, forniscono servizi di supporto volti a migliorare la possibilità di accedere ai servizi sanitari di base più vicini possibile a dove abitano: alle case, alle scuole, agli ambienti di lavoro e ai centri comunitari. Attraverso l'utilizzo di una clinica mobile, gli infermieri sono in grado di raggiungere la comunità, di identificare i bisogni di salute presenti e di fornire servizi sanitari appropriati per rispondere a tali bisogni. Questi servizi includono, per esempio, la valutazione dello stato fisico; il monitoraggio della pressione arteriosa; i controlli del livello glicemico; la misurazione dell'altezza e del peso; l'analisi di sangue e urine; la pianificazione familiare e le cure per la fertilità; il supporto nutrizionale; i controlli oculistici e otorinolaringoiatrici; l'educazione alla salute per la prevenzione delle malattie e per la diagnosi precoce; il *counselling* per favorire uno stile di vita salubre; la gestione del peso e la promozione dell'attività fisica; la qualità del sonno in relazione alla salute; la salute mentale e la meditazione.

Storicamente, una delle difficoltà più grandi in Sri Lanka consiste nella disponibilità limitata di servizi sul territorio per provvedere alla diagnostica, all'analisi e allo screening all'interno della comunità. Di conseguenza, gli ospedali raggiungono la quota massima di ricoveri, di cui molti potrebbero essere evitati. Una gran parte della comunità non è consapevole del proprio stato di salute ed è presente un numero elevato di malattie non trasmissibili non diagnosticate.

La disponibilità di questi servizi ha portato a offrire 350 consultazioni gratuite effettuate ogni giorno. Negli ultimi tre anni, più di 300.000 persone sono state visitate all'interno di queste cliniche. I servizi raggiungono persone all'interno della comunità che, altrimenti, non riceverebbero alcuna assistenza sanitaria e sono pertanto servizi apprezzati e rispettati dalla comunità. La chiave del successo di questi servizi è che c'è stato il coinvolgimento della comunità e che questa sia stata coinvolta nello stabilire come erogare le cure.

Poiché il servizio è gratuito, il personale lavora a titolo gratuito su base volontaria. Molti infermieri usano i loro giorni di riposo per sostenere le cliniche. Attualmente si sta facendo una revisione per analizzare i benefici del servizio e una relazione sarà presentata al Ministero della salute per il futuro sostegno al progetto.

Accesso all'assistenza sanitaria: rispondere ai bisogni particolari

"La conoscenza delle diverse culture richiede più della semplice consapevolezza culturale o dell'essere tolleranti. Si tratta dell'abilità di identificare e mettere alla prova le proprie supposizioni culturali, oltre alle proprie credenze e i propri valori, e di impegnarsi a comunicare all'interfaccia culturale"²⁴.

Segretario per l'assistenza all'infanzia nazionale delle comunità aborigene⁶

I popoli indigeni nel mondo, in generale, hanno un livello e delle aspettative di salute inferiori rispetto a popoli non-indigeni. Si stima che il divario nell'aspettativa di vita tra i popoli indigeni e quelli non-indigeni sia di 21.5 anni nel Camerun, 13.1 anni in Kenia, 12.5 anni in Canada e di 10 anni in Australia²¹. Queste disparità nella salute sono fonte di grande preoccupazione ed è necessario comprendere come l'accesso ai servizi sanitari influisca su questi *outcome*.

È più difficile che un indigeno utilizzi i servizi sanitari per la prevenzione, ed è anche meno probabile che richieda assistenza sanitaria alla comparsa dei primi sintomi. Di conseguenza c'è una probabilità maggiore di ricovero ospedaliero e una più elevata mortalità. Molti studi sono stati condotti per cercare di capire perché i popoli indigeni non familiarizzano o accedano ai servizi di assistenza sanitaria quanto lo fanno le persone non-indigene. Gli studi hanno individuato alcuni fattori chiave tra cui una carenza di servizi sanitari culturalmente adeguati; comportamenti razzisti o discriminatori da parte del personale sanitario⁰; il costo proibitivo dei servizi sanitari e una mancata possibilità di potersi presentare agli appuntamenti^{21,22}.

Come detto sopra, una delle ragioni principali per le quali rimandare o non richiedere assistenza, è la mancanza di fiducia nei confronti dei servizi sanitari convenzionali. Uno dei capi di una comunità indigena ha esposto la seguente riflessione:

"(...) Molti non volevano andarci [al centro di assistenza medica della zona] perché sentivano che il posto era poco accogliente e il personale non si sarebbe comportato in modo gentile con loro e c'erano molti atteggiamenti in corso... le persone si sentivano oggetto di discriminazioni e il posto era molto sterile...non era un ambiente confortevole...non parlavano come parliamo noi...cioè erano molto bruschi, parlavano a voce alta ed erano bruschi e non c'era comunicazione. C'era una mancanza di consapevolezza del modo in cui si parla e il tono utilizzato per parlare con persone indigene, quindi probabilmente il personale non era a conoscenza delle diverse culture, e c'era discriminazione e razzismo, o anche semplicemente ignoranza e assenza di sensibilità e comprensione delle questioni di salute dei popoli indigeni (...)"²³.

Esistono molteplici strategie che sono state messe in atto per affrontare queste differenze culturali. Una di queste è migliorare l'appropriatezza culturale dei servizi sanitari, assicurandosi che non vi siano razzismo e discriminazione. La responsabilità di migliorare la sicurezza culturale è di chi fornisce i servizi sanitari e non

⁶ Il riferimento è alla SNAICC, *Secretariat of National Aboriginal and Islander and Child Care*, nata per dare voce ai bambini di famiglie aborigene e originarie delle Isole dello Stretto di Torres. Ulteriori informazioni reperibili in <http://www.snaicc.org.au/>.

del paziente, in modo da assicurare che i servizi siano su misura e culturalmente accettabili per ciascun paziente²³.

L'accettazione dei servizi sanitari va ben oltre la semplice consapevolezza culturale. Include altri elementi quali: il genere di una persona, la sua fede religiosa e altri fattori sociali. Per esempio, ci potrebbero essere meno richieste di accesso ai servizi da parte delle donne se il personale è in maggioranza maschile (e vice versa). Per citare Levesque et al.¹⁵, "la capacità di decidere di richiedere assistenza è correlata ai concetti di autonomia personale e di capacità di richiedere assistenza, la conoscenza delle opzioni che una persona ha in termini di servizi sanitari e i diritti individuali, che determinerebbero l'espressione dell'intenzione di richiedere assistenza sanitaria".

Se guardiamo la salute dalla prospettiva dei diritti umani, i sistemi sanitari devono fornire cure basate sull'assenza di discriminazione. L'OMS dichiara che il principio della non-discriminazione mira a "...garantire che i diritti umani siano rispettati, senza che vi sia alcun tipo di discriminazione di razza, colore, sesso, lingua, fede religiosa, credenze politiche o di altro genere, nazionalità o classe sociale, proprietà, nascita o altri status quali le disabilità, l'età, lo stato coniugale o familiare, l'orientamento sessuale e l'identità di genere, lo stato di salute, il luogo di residenza, o la situazione economica e sociale"²⁵.

Studio del caso: diritto all'assistenza – aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria per fornire servizi complementari per la diagnosi dell'HIV

Chi ha fornito il contributo: Letsatsi Paul Potsane
Paese: Sud Africa

Il diritto all'assistenza è al primo posto per sostenere e fornire i servizi per la prevenzione, la cura e il trattamento alle persone HIV positive e con tubercolosi (TB) e altre patologie associate. Il servizio *Diritto all'assistenza* situato nella Regione A alle porte di Johannesburg, vede la presenza di due infermieri e di otto *counsellor* per l'HIV. Il gruppo di lavoro, lavorando a stretto contatto con la comunità locale, fornisce servizi di diagnosi dell'HIV completi (*HIV Testing Services, HTS*) che includono il *counselling*, i test diagnostici, l'accesso e l'inizio della terapia retro virale (ART). Il team offre inoltre screening per la tubercolosi, le malattie sessualmente trasmesse (*sexually transmitted infections, STIs*) e le patologie non trasmissibili (NCD), così come i test di gravidanza e l'invio per l'effettuazione della circoncisione. La disponibilità dello screening per le NCD contribuisce ad aumentare l'accesso ai servizi per l'HIV (HTS), riducendo lo stigma e la discriminazione. Tutte le campagne di sensibilizzazione per accedere ai servizi completi per l'HIV sono mirate e si concentrano sulle popolazioni difficili da raggiungere delle aree meno servite, utilizzando cliniche mobili per raggiungere i membri della comunità nei diversi distretti.

L'organizzazione opera in partnership con il governo e le comunità per trovare soluzioni innovative per organizzare e rafforzare l'assistenza sanitaria pubblica. Le aree di expertise includono l'assistenza e la cura dei casi di HIV e TB, l'automazione della farmacia⁷, la circoncisione medicalmente assistita degli uomini e la diagnosi e il trattamento del tumore della cervice uterina.

⁷ La *pharmacy automation* include i processi meccanici di manipolazione e distribuzione dei farmaci (Ndc).

Nella Regione A è presente una commistione di ambiente urbano e rurale. La regione ha un numero di insediamenti informali e ospita oltre 250.000 persone; povertà e disoccupazione sono i suoi problemi principali. In uno degli insediamenti, costituito da 56.000 persone, il tasso di disoccupazione è maggiore del 50% e più del 70% dei residenti vive al disotto della soglia della povertà. La popolazione ha bassi livelli di istruzione ed è relativamente giovane: circa il 24% ha tra i 20 e i 29 anni.

Il risultato di queste circostanze è che è presente un notevole carico di patologie, in particolare l'HIV. I modelli tradizionali di assistenza hanno fatto di tutto per venire incontro ai bisogni della comunità a causa della capacità e delle risorse. È quindi presente una scarsa diffusione dei servizi di counselling e test attivati dai provider (*Provider-Initiated Counselling and Testing, PICT*), un inadeguato coordinamento dei dati, un insufficiente numero di counsellor e di spazio per effettuare il counselling e i test. Un altro problema è quello del numero limitato di ore di apertura di questi servizi sanitari che impedisce, per esempio, ai bambini di accedervi. Anche le prostitute hanno le stesse difficoltà di accesso.

L'impatto del problema è devastante e c'è un notevole numero di orfani e di bambini in difficoltà a causa dell'AIDS; un numero in crescita di persone che hanno bisogno di ricovero ospedaliero a causa di patologie correlate all'AIDS che viene curata in modo tardivo, un elevato costo dell'assistenza e una carenza di medici, infermieri e altro personale sanitario.

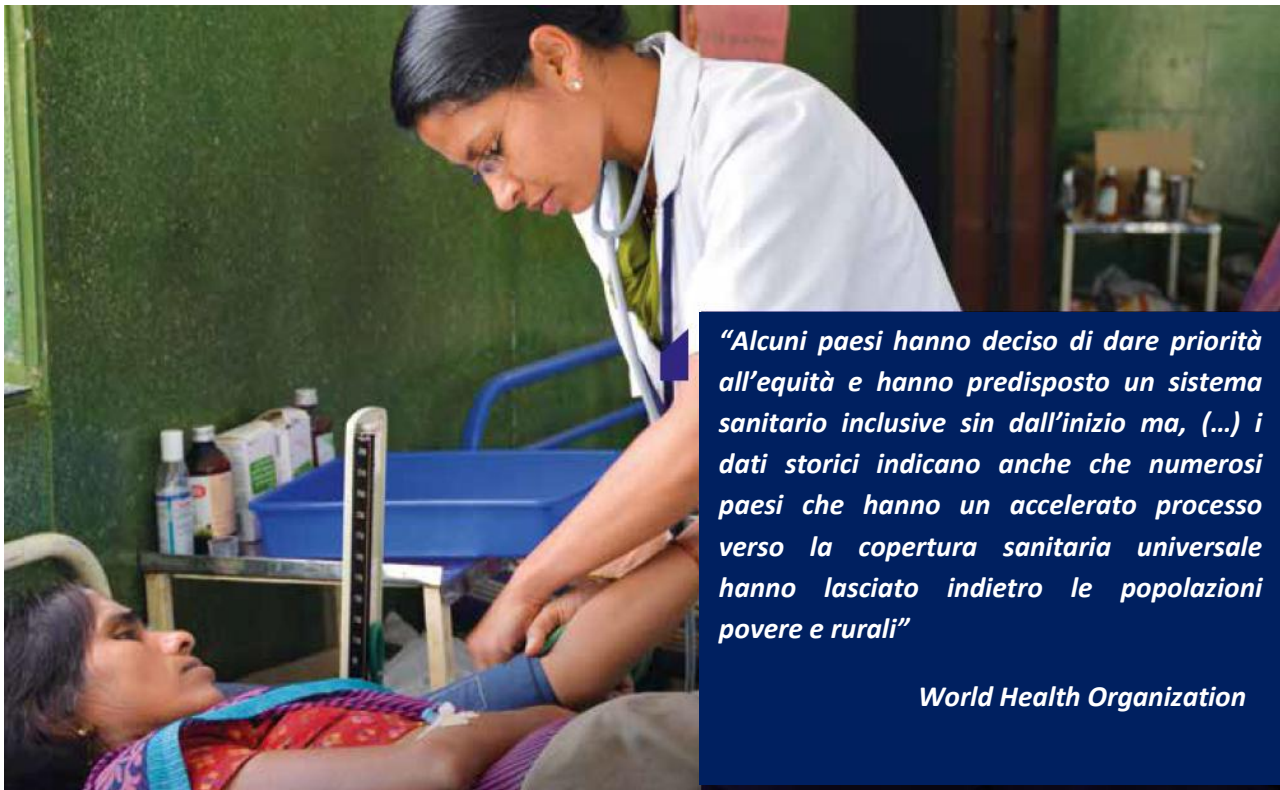
Diritto all'assistenza, collaborando con il governo e altre organizzazioni non governative, fornisce informazioni in modi culturalmente appropriati su come si trasmette e come non si trasmette l'HIV. Mediante la collaborazione delle prostitute e dei loro gestori, *Diritto all'assistenza* riesce a attuare servizi di diagnosi dell'HIV completi (HTS), profilassi delle malattie sessualmente trasmesse e operare prima dell'esposizione per spiegare i rischi in cui possono incorrere personalmente.

Considerando la diversità dei giovani e i loro bisogni, il servizio incoraggia l'avvio di campagne per favorire la partecipazione dei ragazzi; tiene presente gli aspetti della salute sessuale dei giovani uomini; promuove la consapevolezza dei diritti relativi alla sessualità e alla riproduzione; offre opportunità per affrontare tematiche legate al sesso; migliora l'accesso all'educazione sessuale di base tempestiva e connessa con l'HIV; fornisce l'accesso ai servizi di counselling e ai test per l'HIV.

Il personale infermieristico di *Diritto all'assistenza* offre inoltre interventi di HTS porta-a-porta per mitigare l'impatto della carenza di *counsellor* presso i servizi territoriali. È quindi il servizio a raggiungere le persone che normalmente hanno difficoltà ad accedere al HTS e questo ha portato ad aumentare la domanda di test, di condom e di educazione. Durante questi interventi, gli operatori domiciliari riescono a coinvolgere più di una persona della famiglia in modo da introdurre interi gruppi al servizio per migliorare le prestazioni e elevare il tasso di rendimento.

Il risultato di questo lavoro è che il numero di persone che ricevono assistenza è più che raddoppiato. Per la prima volta i membri della comunità hanno avuto accesso ai servizi sul territorio in modo puntuale e a prezzi accessibili.

L'accesso all'assistenza sanitaria: disponibilità di servizi facili da raggiungere



Nella maggior parte dei paesi del mondo, il tasso di suicidi è molto più elevato in coloro che vivono nelle aree rurali. È infatti allarmante constatare che il rischio di suicidio raddoppia se si vive in una regione rurale rispetto a un’area metropolitana²⁶.

È improbabile che esista una sola spiegazione del motivo per cui il tasso di suicidi sia maggiore nelle popolazioni rurali, poiché il suicidio è un fenomeno multi-dimensionale e pare essere dovuto a un insieme di fattori di contesto sociali, culturali, economici, così come a fattori individuali²⁸. Un fattore che li incrementa è la differenza nell’accesso e nella comprensione dei trattamenti e servizi efficaci. Esiste spesso una differenza significativa tra le aree rurali e urbane in relazione all’accesso, all’utilizzo e alla spesa per la salute mentale. L’*Alleanza nazionale per la salute rurale* (National Rural Health Alliance²⁸) ha affermato che “La diagnosi precoce, il trattamento e la costante gestione di una patologia mentale in zone rurali o remote è probabile avvenga più tardi o mai, e ciò porta a un probabile aumento dell’ospedalizzazione e, alcune volte, al più tragico degli eventi: autolesionismo e suicidio”.

Le persone che vivono nelle zone rurali godono di una salute peggiore di chi vive in aree metropolitane a causa di differenze significative nei determinanti sociali della salute. Mentre questi determinanti sociali della salute possono non essere tipici delle aree rurali, l’isolamento può esacerbarli. Questi comprendono, anche se non si limitano a questo, l’accesso alle comunicazioni (per es., copertura di telefonia mobile e internet) e cambiamenti ambientali (per es., siccità e inondazioni che colpiscono i mezzi di sostentamento).

L’accesso in termini di disponibilità dei servizi sanitari è una componente critica della salute e del benessere. La disponibilità include la capacità di accedere alle risorse di assistenza sanitaria siano esse infrastrutture o siano personale sanitario con formazione appropriata, esperienza e abilità per fornire i

servizi necessari. È questa disponibilità di risorse ad essere spesso distribuita in modo non uniforme tra aree urbane, regionali e rurali. Ciò è particolarmente vero in ambiti specialistici come la psichiatria¹⁸. Vikram Patel, un'autorità internazionale nell'ambito della salute mentale, ha affermato che "Ci sono più psichiatri in California che in tutta l'Africa (...) esiste un'enorme divario nel trattamento, con il 50% delle persone bisognose di cure nella salute mentale che non sono in grado di accedervi nei paesi ad elevato reddito e il 90% in quelli a basso reddito. In alcuni paesi come l'India e la Cina, per la maggior parte delle persone semplicemente non c'è alcun trattamento"²⁹.

L'accessibilità o la capacità di raggiungere i servizi è influenzata anche da una gamma di altri fattori. Fra questi si trovano la mobilità e l'utilizzo di mezzi di trasporto accessibili per raggiungere i servizi sanitari. Questo fattore incide in modo particolare sulle persone più vulnerabili della nostra comunità come quelle con bisogni particolari e gli anziani. Non è da dimenticare anche chi svolge un'occupazione che impedisce di accedere ai servizi sanitari negli orari di apertura.



Studio del caso: la clinica Bega per adolescenti – migliorare l'accesso all'assistenza e l'educazione sanitaria per i giovani in città rurali

Chi ha fornito il contributo: Jodie Meaker

Paese: Australia

La clinica Bega è un modello di accesso all'assistenza sanitaria di base per teen-ager gestita da infermieri che si colloca all'interno delle pratiche generali esistenti fornendo un servizio di *drop-in*⁸ per i giovani nelle città rurali. Situato a Bega, nel Nuovo Galles del sud, in Australia, il modello della clinica per adolescenti ha lo scopo di abbattere le barriere che impediscono ai giovani di accedere all'assistenza sanitaria preventiva. I benefici sanitari e sociali a lungo termine dell'essere capaci di prevenire una gravidanza indesiderata o di segnalare qualcuno per un intervento psicologico prima di fargli tentare il suicidio cambiano veramente la vita.

⁸ *To drop in* ha il significato di passare o recarsi in un posto solo per un breve periodo, spesso in modo inaspettato per informazioni per un trattamento o altri servizi, offerti senza appuntamento (NdC).

La clinica per adolescenti nacque da una necessità. La città di Bega è situata in un'area in cui la popolazione versa in condizioni di bisogni socio-economici e in cui l'accesso ai trasporti pubblici è scarso. Circa tre anni fa nella piccola città si verificò una serie di suicidi giovanili, che ebbero un impatto significativo e duraturo sulla comunità. I percorsi tra le scuole locali, i giovani e il sistema sanitario erano scarsi ed era chiaro che le modalità tradizionali di accesso all'assistenza, come prendendo un appuntamento con il medico di famiglia, erano visti come degli ostacoli enormi per i giovani. Il passaggio dall'andare dal medico da bambini, accompagnati dai genitori al chiedere un appuntamento da soli, con preoccupazioni e argomenti inerenti la salute, può far paura a molti teen-ager.

Alla clinica un'infermiere di pratica avanzata⁹ è disponibile due pomeriggi la settimana per consulenze senza appuntamento. Gli adolescenti possono recarsi per screening di malattie sessualmente trasmissibili, consulenza sulla contraccezione, problemi relazionali, problemi di salute mentale o salute generale e educazione alla salute. Il ruolo dell'infermiere intende essere un punto di ingresso discreto per il triage degli adolescenti, per fornire uno screening iniziale e/o educazione sanitaria e agire da facilitatore per i medici generici e altri fornitori, come necessario.

Il modello della Clinica per adolescenti utilizza le infrastrutture e il personale esistente e, quindi, è un modello efficiente dal punto di vista finanziario ed economico di erogare servizi ai giovani in città rurali. Questo modello di assistenza basato sul team include personale addetto all'accoglienza (*reception staff*), personale infermieristico, psicologi e medici di medicina generale, ma mira anche a costruire l'impegno e le relazioni della comunità con altri servizi come insegnanti e consulenti, operatori della salute mentale, servizi di supporto alle famiglie e agenzie per l'occupazione e l'assistenza abitativa.

La Clinica per adolescenti porta un approccio comunitario completo al coordinamento dell'assistenza per questo gruppo a rischio. Questo modello innovativo di assistenza è stato reso possibile unicamente grazie a infermieri che hanno lavorato nel pieno del loro ambito di esercizio. Gli infermieri della Clinica, lavorando con un ambito ampliato di esercizio, costituiscono un nesso di elevata qualità per le comunità in cui operano, sostenendo i giovani nel diventare utilizzatori educati di assistenza sanitaria.

Studio del caso: impegnarsi nel settore dell'istruzione per promuovere la salute mentale e la prevenzione dei comportamenti suicidi.

Chi ha fornito il contributo: José Carlos Santos, Ordine degli infermieri

Paese: Portogallo

In Portogallo è stato sviluppato un programma innovativo per affrontare i problemi di salute mentale nelle scuole. Il programma si focalizza sull'impegno della comunità educante, e consiste in un approccio alla promozione della salute mentale e alla prevenzione di comportamenti suicidi su diversi livelli. Lo scopo del servizio è di promuovere il benessere, l'autostima e lo sviluppo di strategie di *coping* , così come di combattere lo stigma e la sintomatologia depressiva intervenendo sugli insegnanti, l'altro personale presente nelle scuole e i genitori degli studenti. Il servizio è gestito da professionisti che si occupano di assistenza sanitaria di base¹⁰ che gestiscono sessioni formative per il personale delle scuole e i genitori e sessioni socio-terapeutiche per gli studenti.

I problemi di salute mentale fra gli adolescenti sono in aumento. Nonostante questo, a causa della scarsa alfabetizzazione nella salute mentale, della mancanza di accesso e dello stigma (in particolare per la

⁹ Si è così tradotto *Practice Nurse* facendo riferimento alla letteratura internazionale che vede la presenza di figure infermieristiche che esercitano la professione in autonomia denominate anche *Nurse Practitioner* o *Advanced Practice Nurse* (NdC).

¹⁰ I termini in lingua originale sono: *Primary health care professionals* (NdC).

tendenza al suicidio spesso presente), solo circa il 20% di chi ne ha bisogno cerca l'aiuto di un professionista con competenze specifiche. Inoltre, il suicidio è la terza causa di morte fra gli adolescenti, e le lesioni auto-inflitte stanno aumentando in questa fascia di età.

L'intervento sulle comunità, diretto alle aree chiaramente deprivate per la salute mentale, utilizza un programma con un approccio innovativo, comprendente dinamiche attive, giochi socio-terapeutici e di prossimità, e il coinvolgimento di servizi sanitari locali.

Il successo del programma è dato dall'attiva partecipazione di numerosi partner locali e nazionali e le attività portate avanti nelle classi e nell'intero istituto scolastico, nella comunità e in tutto il Portogallo. Il gruppo che coordina il programma è costituito unicamente da infermieri (infermieri di salute mentale e infermieri di sanità pubblica) e anche le forze trainanti sono principalmente infermieri.

Ci sono stati miglioramenti significativi nel benessere, nel *coping* e nell'autostima così come la riduzione dei sintomi depressivi che portano a comportamenti suicidi. Dall'inizio del programma, c'è stato un aumento dell'accettazione di questo approccio alla salute mentale e ai comportamenti suicidi nelle scuole. Allo stesso tempo, il programma ha portato all'identificazione di un maggiore bisogno di tempo extra scolastico da dedicare alla salute e alla cittadinanza.

I sistemi sanitari di tutto il mondo lottano per raggiungere l'equità di accesso ai servizi sanitari per le loro popolazioni. Questo è particolarmente vero per chi è vulnerabile, svantaggiato e per coloro che vivono nelle zone rurali. C'è una grande difficoltà nel garantire il giusto personale, con le giuste competenze, nel posto giusto e al momento giusto per fornire servizi sanitari efficaci e affidabili per migliorare i risultati di salute. Si stima che metà della popolazione del mondo vive in contesti rurali, eppure queste zone sono servite da meno del 38% di tutto il personale infermieristico e, in alcuni paesi, le percentuali sono ancora peggiori. La distribuzione di operatori sanitari è spesso un serio limite per garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari essenziali e per raggiungere gli obiettivi dei sistemi sanitari.

Figura 5 - Distribuzione mondiale di medici e infermieri nelle zone rurali e urbane³⁰



L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza a un costo accessibile



“La povertà non è solo la mancanza di soldi; è non avere la capacità di realizzare appieno il proprio potenziale di essere umano”

Amartya Sen³³

Maria aveva 60 anni e viveva in un'area rurale quando le fu diagnosticato un cancro al seno. Lo specialista le raccomandò il trattamento radioterapico. Ciò significava sottoporsi a un trattamento quotidiano per un periodo di cinque settimane. Provenendo da una zona rurale, significava dover lasciare la famiglia e guidare per più di cinque ore per raggiungere un centro urbano con servizi oncologici appropriati. Era una decisione difficile per Maria sia per il tempo che doveva sottrarre ai suoi cari sia per il costo per avere l'assistenza. Oltre alle spese di viaggio, alloggio e soggiorno, ci sarebbero stati anche i costi per il trattamento di 4.000 dollari (US \$ 4.000). “Non possiamo permettercelo”, disse Maria, “Come posso permettermelo, tra tutti i nostri altri conti?”.

In media, nei paesi dell'OCSE, il 19% della spesa sanitaria è pagata direttamente dai pazienti. In termini di bilancio familiare complessivo la spesa medica rappresenta, in media, circa il 2,8% della spesa per beni e servizi medici. Le due principali fonti di spesa *out-of-pocket* sono le cure mediche e i farmaci³¹. Ma l'assistenza comprende anche i costi di viaggio, il tempo lontano dal lavoro, l'assistenza all'infanzia o altre incombenze dovute al fatto di essere genitori, e questi costi sono esacerbati quando si richiede assistenza dopo l'orario di lavoro.

Questo è un costo notevole e colpisce in modo drammatico i più vulnerabili all'interno delle nostre comunità. In uno studio condotto dall'OMS su 37 paesi a basso e medio reddito, è stato stimato che tra il 6 e il 17% delle persone all'interno di queste popolazioni sono portati all'estrema povertà a causa delle spese mediche³².

L'aumento dei costi delle spese ospedaliere unito all'aumento della spesa *out-of-pocket*, sono una grande fonte di preoccupazione per il bilancio personale. Prove di efficacia da tutto il mondo dimostrano che quando le famiglie affrontano difficoltà a pagare le spese mediche, ritardano o addirittura rinunciano all'assistenza sanitaria necessaria. Mentre alcuni potrebbero considerare questo un risparmio di denaro

attraverso la riduzione delle visite di assistenza sanitaria non necessarie, in realtà, quando i problemi semplici di salute diventano sempre più complessi, costa molto di più ai pazienti, al sistema sanitario e all'economia in generale³⁴. Quando i problemi sanitari non sono diagnosticati e trattati precocemente, spesso peggiorano portando a degenze più lunghe o a più trattamenti ospedalieri. Questi costi avrebbero potuto essere evitati mediante interventi precoci nel contesto dell'assistenza sanitaria di base.

Tuttavia, i costi vanno ben oltre il sistema sanitario. Più le persone si ammalano, meno è probabile che possano lavorare, pagare le tasse e partecipare attivamente nella comunità. Ciò incide in modo negativo sulle entrate fiscali dei governi e, infine, sui bilanci nazionali.

La possibilità delle persone di pagare per l'assistenza sanitaria è un modello ampiamente utilizzato in tutto il mondo. Se questo modello è in atto, se le persone devono pagare per i servizi sanitari, devono essere in grado di farlo senza conseguenze catastrofiche sulle risorse necessarie per le loro necessità (per esempio, cibo, alloggio, trasporti). La povertà, l'isolamento sociale o l'indebitamento limitano la capacità delle persone di pagare i servizi e li spingono ancora più verso la povertà, riducendo così la loro capacità di rompere la catena della povertà¹⁶.

Studio del caso: la generazione futura dell'assistenza sanitaria delle "retail clinic"¹¹ negli Stati Uniti d'America

Chi ha fornito il contributo: Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC

Paese: USA

Le Cliniche *Walmart Care* sono strutture a servizio completo che offrono assistenza sanitaria di base là dove le persone ne hanno bisogno, nei centri commerciali. Le cliniche hanno numerose sale visita e offrono indagini diagnostiche e esami di laboratorio immediati o inviano all'esterno i test.

Situate in aree in cui è presente una carenza di professionisti sanitari (Health Professional Shortage, HPSA), le *Walmart Care Clinics* forniscono assistenza sanitaria di base alle comunità che servono. Il 62% delle cliniche si trova nell'area appalachiana o altre HPSA³⁵. Numerosi pazienti non hanno assicurazione o hanno assicurazioni che non coprono a sufficienza i servizi e il costo dell'assistenza fornita dalle Cliniche è per la maggior parte conveniente. Queste cliniche gestite da *Nurse Practitioner* (NP)¹² offrono anche servizi sanitari di base di elevata qualità alle persone emarginate dalla società.

È importante che l'aumentato accesso all'assistenza sanitaria di base sia accompagnato da un'assistenza di elevata qualità e da una maggiore efficacia. I NP che operano nelle Cliniche *Walmart Care* impiegano un'assistenza basata su prove di efficacia in collaborazione con medici, farmacisti e altri operatori sanitari e assistenziali. Una revisione sistematica sugli *outcome* dei NP mostra risultati di assistenza sanitaria simili a quelli ottenuti dai soli medici. L'assistenza offerta in collaborazione tra NP e medici riflette risultati ancora migliori³⁶. Le cliniche gestite da NP sono cruciali nel fornire assistenza a chi non ne potrebbe altrimenti ricevere.

Le *retail clinic* e i centri di urgenza sanitaria possono costituire delle alternative efficaci per i costi e rapide (*time-saving*) ai pronto soccorso e dipartimenti di emergenza degli ospedali in situazioni di non urgenza. Si

¹¹ Le *Retail Clinics* (letteralmente: "cliniche al dettaglio") sono ambulatori, centri o servizi sanitari offerti da enti privati o gruppi di privati che trattano i problemi di salute delle persone presso un centro commerciale o un grande magazzino o drogheria o farmacia senza bisogno di alcun appuntamento (NdC).

¹² I *Nurse Practitioner* o infermieri di assistenza avanzata sono infermieri con competenze specialistiche in ambito clinico e specialistico. Si veda il testo sostenuto dall' ICN di Shoher e Affara e tradotto in italiano nel 2008 (NdC).

stima che il 13.7% - 27.1% di tutti gli accessi in pronto soccorso potrebbe avvenire in una *retail clinic* o in un centro assistenziale per urgenze, con un potenziale risparmio al sistema sanitario di circa 4.4 miliardi di dollari all'anno³⁷.

Comparando il basso costo per ogni visita a una *retail clinic* (US\$79) al costo di una visita in uno studio medico (US\$160–US\$230), il totale del risparmio fra tutti i pazienti diabetici i cui costi sono coperti da assicurazioni commerciali, *Medicare* o *Medicaid* potrebbe arrivare a più di 100 miliardi di dollari (7 dollari per persona all'anno) facendo ipotesi prudenti e fino a \$ 2,7 miliardi (US \$ 164 per persona all'anno) se metà delle visite ambulatoriali relative al diabete migrassero in *retail clinic*³⁸.

In uno studio condotto nel 2016⁴¹



Il 33% di chi rispose negli USA, riferì problemi per l'assistenza medica dovuti ai costi.



Il 15% di chi rispose in Canada aveva avuto spese out-of-pocket per più di 1000 dollari USA nell'ultimo anno.



Il 23% di chi rispose in Francia aveva avuto problemi seri a pagare (o non poté pagare) le proprie spese mediche.

Ogni anno:



100 milioni di persone nel mondo sono spinte al di sotto della soglia della povertà come risultato delle spese sanitarie sostenute⁷.



In alcuni paesi, il 2% della popolazione spende più del 40% delle sue spese non alimentari familiari per l'assistenza sanitaria³⁹.



150 milioni di persone incorrono in catastrofi finanziarie a causa di spese sanitarie out-of-pocket⁷.



In genere, il 20-40% della spesa sanitaria è sprecato⁴⁰

L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza sicura e di qualità

Nel novembre 2007, Bella Bailey morì nello Stafford Hospital (Regno Unito) dopo essere stata ricoverata per un intervento di ernia. La sua morte fu il risultato di una serie di errori, culminati nel fallimento finale di darle le terapie che l'avrebbero mantenuta in vita. La figlia e altri testimoni raccontarono che la signora Bailey trascorse le sue ultime settimane di vita in ospedale impaurita e sofferente. La figlia guidò la manifestazione attivata per investigare sulle circostanze della morte della madre. Nei primi mesi del 2008, il garante per la salute ricevette numerose segnalazioni riguardanti la sicurezza dei pazienti e, di conseguenza, Robert Francis QC¹³ avviò un'inchiesta⁴². Il pubblico ministero ha indagato su come i responsabili della supervisione del Servizio sanitario nazionale - i regolatori nazionali, le autorità sanitarie locali e il consiglio di amministrazione ospedaliero - non siano riusciti a prevenire i terribili eventi accaduti all'Ospedale di Stafford, dove centinaia di persone sono morte inutilmente a causa delle scarse cure. Sir Ian Keened, Presidente della Commissione sanitaria, lo ha descritto come "il peggior scandalo di cure ospedaliere degli ultimi tempi".

L'inchiesta rilevò che furono trascurati gli elementi di base dell'assistenza: le terapie erano somministrate in ritardo o non venivano date, i pazienti non venivano lavati anche per un mese ed erano spaventati di stare in ospedale. Il rapporto finale concluse che la causa principale della scarsa assistenza era "la carenza cronica di personale, specialmente quello infermieristico"⁴³; gli altri problemi più rilevanti erano legati all'eccessivo carico lavorativo, alla scarsa competenza, alla carente leadership e alle risorse limitate.

I cittadini di Stafford rimasero delusi del loro ospedale locale, e questa è una terribile conseguenza e un esempio di cosa accade quando vi è un'assistenza di scarsa qualità. Purtroppo, questo non è un caso isolato. La sicurezza dell'assistito è uno dei principi fondamentali dell'assistenza sanitaria ma, come dimostrano diversi studi in tutto il mondo, a molti pazienti è stato arrecato un danno, anche permanente, dal quale è conseguito un aumento dei tempi di degenza o addirittura la morte.

Negli USA è stato stimato che gli errori medici siano la terza causa di morte, mentre nel Regno Unito, ogni 35 secondi, viene provocato un danno ad un paziente⁴⁴.

È ovvio che servizi non sicuri e di scarsa qualità portino a ridotti risultati in termini di salute fino alla morte. Levesque et al.¹⁵ sostengono che la qualità dell'assistenza debba essere considerata una componente dell'accesso alle cure. Se gli individui e le comunità avessero potessero disporre solo di servizi di scarsa qualità, questo sarebbe una restrizione all'accessibilità all'assistenza sanitaria. L'accesso non riguarda solo la disponibilità e i prezzi contenuti, ma anche il gradimento del servizio e la sua efficacia.

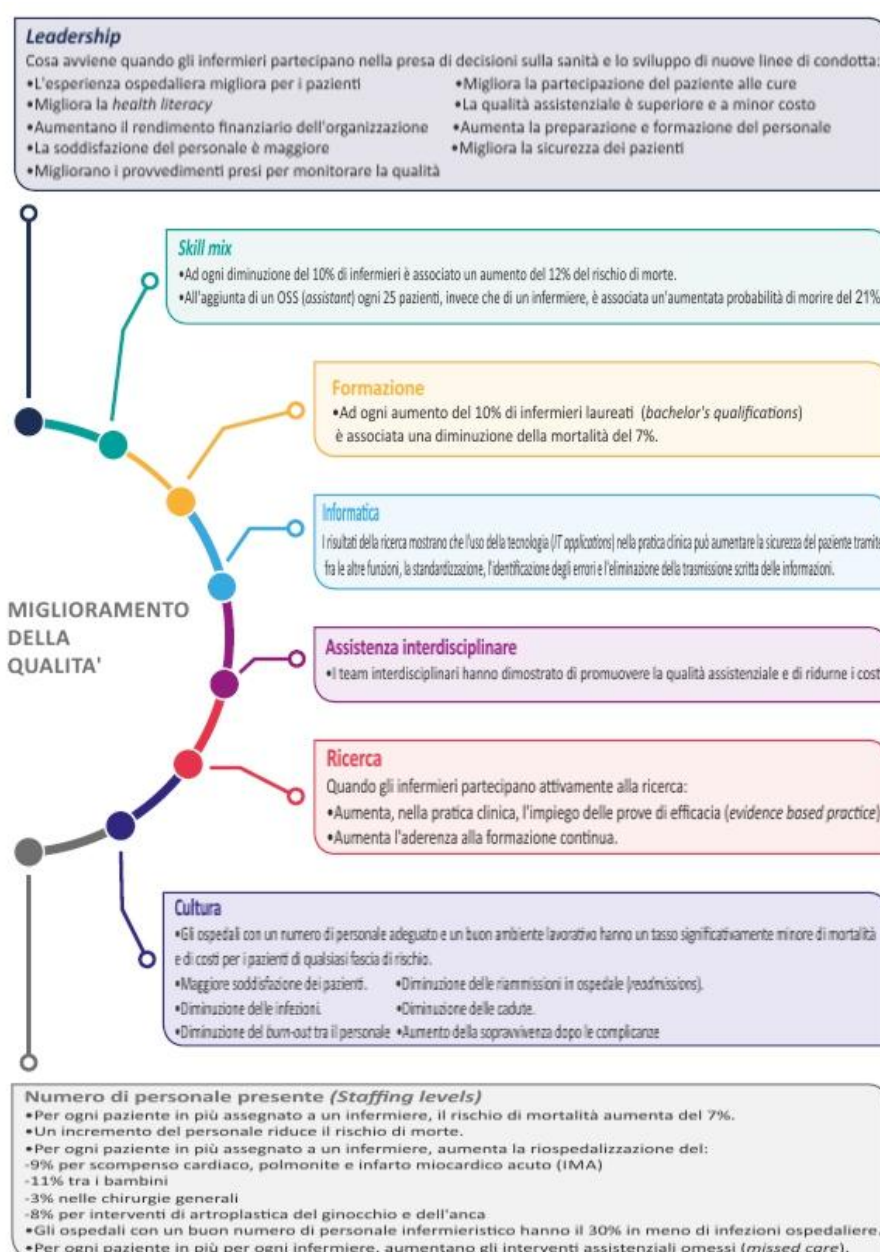
L'appropriatezza dell'assistenza non è mai più evidente che nell'ambito della salute mentale; vi è, infatti, una differenza significativa negli esiti di cura, nell'isolamento sociale e nel rispetto dei diritti delle persone, a seconda dell'appropriatezza del trattamento che ricevono. Il Relatore speciale delle Nazioni unite al Consiglio per i diritti umani² afferma che "i trattamenti che includono la coercizione, la medicalizzazione e l'esclusione, che costituiscono vestigia delle relazioni assistenziali tradizionali in psichiatria" portano a violazioni dei diritti umani. Considerando che una comprensione moderna del recupero, dei servizi basati sulle prove di efficacia e dei servizi integrati basati sulla popolazione ripristinano la dignità e responsabilizzano l'individuo a ritornare come detentori dei diritti alle proprie famiglie e comunità, l'utilizzo di servizi con una qualità di trattamento intrinsecamente variabile non possono essere considerati cure altrettanto appropriate¹⁵.

¹³ QC sta per *Queen's Counsel* o *King's Counsel*. Nel regno di un monarca è un avvocato insigne, nominato dal re, come uno dei consiglieri esperti in legge al suo servizio. È anche un titolo conferito a scopo onorifico (NdC).

Nel 2001, l'Istituto di Medicina (IOM) ha pubblicato un libro intitolato *Crossing the Quality Chasm*⁴⁵, come strategia di miglioramento della qualità assistenziale. I problemi evidenziati nel libro sono tuttora validi: "L'assistenza sanitaria odierna è categorizzata dal sapere di più, dal gestire di più, dal guardare di più, dal fare di più e da più persone che la forniscono rispetto a tutti gli altri tempi storici"⁴⁵. Data la complessità esistente, i singoli infermieri (e gli altri professionisti sanitari) non possono ricordare e applicare tutte le conoscenze necessarie per garantire, alla famiglia o alla comunità, un'assistenza sicura e di elevata qualità.

Sono passati 16 anni da quando il report dello IOM è stato pubblicato ed ora esistono forti prove di efficacia sulle strategie da utilizzare per raggiungere con maggiore probabilità gli obiettivi indicati. Queste prove sono state adottate a livello internazionale e spingono all'azione. Le prove di efficacia del miglioramento della qualità tramite l'assistenza infermieristica sono legate a: una combinazione di diverse capacità (*skill-mix*), la cultura, la formazione, la quantità di personale (*staffing levels*), la leadership, l'assistenza interdisciplinare, la ricerca e l'informatica.

Figura 6 - Il miglioramento della qualità tramite la professione infermieristica⁴⁷⁻⁶⁵



Studio del caso: definire uno standard nel fornire assistenza infermieristica di qualità

Chi ha fornito il contributo: Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey

Paese: Australia

Il *Princess Alexandra Hospital* (PAH) nel Queensland, Australia, è stato insignito per tre volte dello stato di ospedale “magnete” ed è noto per aver definito degli standard per un’assistenza infermieristica di qualità. Lo stato di ospedale “magnete” è un riconoscimento dato dall’ANCC (*American Nurses’ Credentialing Centre*) agli ospedali che rispettano una serie di criteri ideati per misurare la forza e la qualità della propria assistenza infermieristica.

Nel 2001, la struttura dovette affrontare diverse problematiche che ostacolavano l’erogazione delle cure, fra cui un tasso di turnover infermieristico del 28%, il 12% di posti vacanti, il 12% di chiusura di posti letto e l’impiego, senza precedenti, di personale infermieristico proveniente da agenzie. Questi problemi si riflettevano nella cultura infermieristica contraddistinta da un senso di colpa, una riduzione della soddisfazione lavorativa e degli esiti e delle esperienze dei pazienti che sfidarono l’ethos degli infermieri come garanti nell’offrire un’assistenza compassionevole e sicura, fondata sull’*advocacy*, la qualità e l’olismo.

Nel cercare soluzioni a questi complessi e persistenti difficoltà, il PAH pose l’attenzione sul *Magnet Recognition Program*, un programma di eccellenza infermieristica del ANCC. Il *Magnet Recognition Program* fornisce un modello per guidare verso una trasformazione culturale e una pratica infermieristica innovativa e informata delle ultime ricerche in campo infermieristico.

Quest’iniziativa di miglioramento offrì la spinta all’organizzazione per attuare azioni guidate dagli infermieri che hanno prodotto cambiamenti positivi come l’aumento della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti.

Oggi, la leadership infermieristica nel PAH è definita dai valori infermieristici dell’integrità, della responsabilità (*accountability*) e della professionalità; gli infermieri collaborano con gli altri professionisti, mantenendo l’impegno di garantire al paziente dei risultati e un’assistenza sicura ed efficace.

Il rispetto interprofessionale per la conoscenza e la pratica infermieristica si ravvisa dalle numerose iniziative interprofessionali guidate da infermieri, che hanno cambiato l’ambiente lavorativo. L’orgoglio e le competenze infermieristiche, di conseguenza, si sono rafforzate, e permettono una forte leadership in tutti i livelli infermieristici e in tutti i contesti.

Fondamentale per l’integrità e la professionalità degli infermieri del PAH è la mentalità volta ad un continuo miglioramento, che si evidenzia dalla solida rendicontazione e analisi dei dati: entrambi questi elementi dimostrano che vi è un forte impegno alla crescita, al cambiamento e all’assistenza alle persone.

Il PAH è stato riconosciuto come luogo di lavoro appetibile dai laureati, posizionandosi tra le sedi di lavoro preferite in tutto lo stato e ha migliorato la ritenzione infermieristica con attuale un livello di turnover pari circa al 10%. Il team infermieristico del PAH punta a comprendere di più come i pazienti e gli utenti siano soddisfatti dell’assistenza ricevuta e della loro interazione con gli infermieri, e ha notato un aumento del 9% della soddisfazione sia nei pazienti ricoverati sia in quelli che accedono ai servizi ambulatoriali.

Ci sono altri due aspetti dell’appropriatezza che meritano di essere approfonditi: la “tempestività” e il “coinvolgimento”.

L'accesso all'assistenza sanitaria: tempestività di accesso

Un figlio che si era preso cura del padre, racconta l'esperienza del genitore con il sistema sanitario raccontò: “Nel 2009, a mio padre fu diagnosticato un cancro al pancreas. Dalla diagnosi alla sua morte trascorsero nove settimane. Nelle prime sette settimane, prima del ricovero e delle cure palliative, le visite al centro diurno furono caratterizzate da lunghi periodi d'attesa. Alcune volte abbiamo dovuto aspettare cinque ore per vedere lo specialista e, alla fine, la visita specialistica durava tra i cinque e i dieci minuti. A fine giornata mio padre sofferente, stanco e incapace di gestire le proprie emozioni. Il giorno dopo avremmo dovuto aspettare ancora, ma questa volta era per la patologia e la chemioterapia; e passavano altre otto ore. Con così poco tempo da trascorrere ancora con mio padre, è triste che ne abbia speso la maggior parte nella sala d'aspetto di un ospedale”

Questa, purtroppo, è anche l'esperienza di molti pazienti - alcuni hanno viaggiato per lunghi tragitti per raggiungere l'ospedale, molti hanno dovuto chiedere un permesso lavorativo rinunciando al compenso, altri che hanno dovuto trovare una persona che si prendesse cura dei figli durante la loro attesa di cure. Nonostante gli appuntamenti siano programmati, i pazienti potrebbero aspettare per diverso tempo prima di ricevere i servizi. Il livello di soddisfazione dell'assistenza degli utenti è fortemente correlato all'esperienza nella sala d'aspetto. Le esperienze positive sono associate ad una maggiore aderenza alle cure raccomandate, ad una migliore assistenza clinica, al minor uso dei servizi sanitari e ad una migliore qualità dei risultati in termini di salute⁶⁶. Lunghe ore di attesa, invece, possono causare frustrazione, inconvenienti, sofferenza e malcontento nei confronti del sistema assistenziale sanitario.

Lo IOM raccomanda che il 90% dei pazienti debba essere visto entro 30 minuti dall'appuntamento programmato⁶⁶, ma nei Paesi di tutto il mondo non è insolito che i pazienti aspettino dalle due alle tre ore prima di essere visti⁶⁷. I lunghi tempi d'attesa sono delle barriere che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e costituiscono una delle principali fonti di ansia e stress per i pazienti e chi li assiste.

La tempestività è cruciale nel prevenire ritardi potenzialmente dannosi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria: in molti casi, prima avviene il trattamento, migliore è il risultato. I ritardi nel trattamento aumentano la probabilità di morte preoperatoria e di ricoveri di urgenza, e portano a risultati peggiori in termini di ripresa fisica e sociale. Lunghi periodi di attesa, potenzialmente, peggiorano i sintomi, deteriorano la condizione del paziente e portano a esiti clinici peggiori⁶⁸.

Il prolungamento dei tempi di attesa sono il risultato di una complessa interazione tra domanda e offerta. La domanda è influenzata da diversi fattori quali lo stato di salute della popolazione, le preferenze del paziente, le spese e le tipologie emergenti di trattamenti medici. L'offerta, d'altra parte, è condizionata da una gamma di elementi relativi al personale e alle infrastrutture, ai regolamenti e alle procedure. Tuttavia, i tempi d'attesa non sono solo un problema dell'offerta: ci sono numerosi Paesi con un elevato livello di spesa, personale sufficiente e strutture adeguate, che hanno ancora dei lunghi tempi d'attesa dovuti all'inefficienza.

L'articolo 25 della Dichiarazione dei diritti umani dell'ONU recita che: “Ogni individuo ha diritto all'assistenza medica (...) e ha diritto alla sicurezza in caso di (...) malattia e disabilità (...)”. Visto che sono stati elaborati altri documenti per articolare ulteriormente questo concetto, raccomandano che gli stati membri garantiscano “un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità appropriata”. Accessibilità equa

significa che a nessuno è negato l'accesso, e questa è anche una questione di numeri e tempistiche. La qualità appropriata implica anche che i servizi siano erogati nel momento giusto e il tempismo è un aspetto dell'appropriatezza strettamente correlato all'efficacia di un intervento⁶⁹.

Gli infermieri abilitati (RN) sono in prima linea nell'assistenza e le loro competenze e la loro leadership sono fondamentali nel permettere la trasformazione del sistema sanitario. Gli infermieri dei servizi di triage coordinano l'assistenza e indirizzano i pazienti all'interno del sistema, riducono i tempi di permanenza e accelerano i tempi di dimissione. Gli infermieri, durante l'intero percorso di cura (*continuum of care*), contribuiscono in modo essenziale alla prevenzione dei ricoveri ospedalieri, a ridurre i tempi di attesa e le inefficienze creando, in tal modo, dei servizi sanitari accessibili.

Studio del caso: la clinica a conduzione infermieristica di Twin Bridges¹⁴

Chi ha fornito il contributo: Valerie Winberg

Paese: Canada

La clinica a conduzione infermieristica Twin Bridges in Ontario, Canada, è una struttura interdisciplinare di cure primarie che fornisce assistenza centrata sulla popolazione a circa 3.200 pazienti.

Le *Nurse Practitioner-Led Clinics* (NPLC) sono un modello innovativo che fornisce assistenza sanitaria completa, progettato per migliorare l'accesso all'assistenza per migliaia di individui e famiglie che attualmente non hanno una figura che eroghi assistenza sanitaria di base.

L'Ontario ha dovuto far fronte a una carenza di personale sanitario nelle cure primarie per più di 10 anni e molte regioni erano rimaste scarsamente coperte. La carenza ha portato ad avere comunità con grandi numeri di pazienti "liberi" o "orfani" (per esempio, senza medico di base) per cui l'unico accesso alle cure era tramite i dipartimenti d'emergenza locali. La situazione ha causato un sovraffollamento nei pronto soccorso e a lunghe attese; inoltre, la mancanza di accesso a cure preventive, ad controlli regolari e alla gestione delle patologie croniche, ha ulteriormente incrementato l'uso dei servizi ospedalieri.

Queste cliniche a conduzione infermieristica forniscono servizi alle persone per tutto l'arco della vita. I servizi includono analisi periodiche, cure dei malesseri episodici, immunizzazione, prevenzione dei traumi, valutazione avanzata delle lesioni e gestione delle malattie croniche; vi sono, in aggiunta, programmi individuali e di gruppo finalizzati alla promozione del benessere fisico e mentale quali la consapevolezza (*mindfulness*), la meditazione, la gestione dell'ansia, l'attività fisica con l'impiego dello yoga, la disassuefazione dal fumo, l'alimentazione sana e la preparazione dei pasti.

La clinica, inoltre, collabora con *Aamjiwnaang First Nation* per garantire assistenza di base agli individui della comunità di questa First Nation.

Grazie a questo servizio, la Twin Bridges ha fornito un nuovo punto di accesso all'assistenza sanitaria e nei sondaggi ha ricevuto un elevato punteggio di soddisfazione dei pazienti.

Il progetto ha ridotto di molto il numero di pazienti senza riferimenti sanitari (*unattached patients*) nella provincia dell'Ontario e ha provveduto a fornire cure sanitarie complete in una unica sede; ha inoltre permesso che i servizi rimanessero a costi accessibili e che i pazienti si sentissero ascoltati, interagendo in modo aperto con il personale.

¹⁴ È stato tradotto in questo modo il seguente: *Twin Bridges Nurse Practitioner-Led Clinic* (Ndc).

La struttura ha attuato un modello di cura condiviso tra gli infermieri di pratica avanzata (*nurse practitioner*, NP) che consente di avere diversi appuntamenti nello stesso giorno e assicura a tutti i pazienti una figura sanitaria di base, consentendo un'esperienza di assistenza condivisa per prendere in carico pazienti con problemi complessi.

Il modello di assistenza della Twin Bridge è eccezionalmente innovativo nel suo contesto, e un suo aspetto veramente unico è l'introduzione della leadership infermieristica in un team interprofessionale. Gli infermieri di assistenza avanzata collaborano con gli individui e le comunità per migliorare la salute e il benessere, mettendo i pazienti al centro e coinvolgendoli nei servizi offerti grazie al personale che opera in gruppo.

Il successo della clinica ha portato il Ministro della Salute e della lungodegenza (*Ministry of Health and Long-term Care*) ad aprire ulteriori 25 strutture nella provincia dell'Ontario.

Studio del caso: *Outcome Health*, fornire servizi di salute mentale di emergenza.

Chi ha fornito il contributo: Kate Cogan

Paese: Australia

Outcome Health, nello stato di Victoria, Australia, è un gruppo di infermieri specializzati in salute mentale (*Credentialed Mental Health Nurses*, CMHN) che collabora con il personale del centralino di emergenza fornendo un'assistenza mentale specializzata di supporto.

Il servizio di ambulanza di Victoria fornisce una risposta alle emergenze mediche e a malattie potenzialmente mortali, e offre trasporto ai vari dipartimenti d'emergenza dello stato, che ha una popolazione di 5.8 milioni di persone circa.

Approssimativamente il 25% delle chiamate con richieste di aiuto urgenti sono legate a problemi mentali. Mentre il personale che lavora al centralino ha ricevuto una generale formazione in ambito psichiatrico, non ha però le competenze avanzate necessarie per determinare con sicurezza quale chiamata rappresenti un'emergenza.

Outcome Health soddisfa la necessità dei servizi di emergenza di avere un supporto specialistico nell'ambito della salute mentale per garantire che sia dato un appropriato sostegno dove la comunità ne ha più bisogno.

Gli infermieri specializzati (CMHN) effettuano il triage di chiama con/per problemi psichiatrici decidendo se inviare o no e quale tipologia d ambulanza garantendo l'assegnazione dei servizi più idonei. Essi sono in grado di trattenere chi chiama in linea fino a quando un mezzo di soccorso arriva e provvede alla distensione (*de-escalation*) e alla gestione della crisi. Sviluppare una linea di intervento alternativa con chi chiama, mantiene i pazienti con gravi problemi psichiatrici al sicuro fino a quando arrivano i soccorsi d'emergenza e riduce, inoltre, il numero di veicoli inviati per situazioni non effettivamente di emergenza.

In una chiamata telefonica, la valutazione del rischio è prioritaria. Questo compito complesso è compiuto velocemente e le decisioni sono negoziate con l'utente. Tenendo impegnata la persona che chiama, il CMHN valuta i rischi nei quali può incorrere l'equipaggio di soccorso e riescono a disarmare l'utente che minaccia di usare un'arma. Questa informazione (la presenza di un'arma) è data contemporaneamente agli altri servizi per assicurare la sicurezza degli operatori quando entreranno in scena per il soccorso. Tramite l'interazione con gli infermieri specializzati, coloro che chiamano per chiedere aiuto e le loro famiglie imparano come e quando è appropriato cercare un aiuto per i problemi psichiatrici. Sebbene l'urgenza dei casi non cambi, la figura del CMHN ha permesso alle famiglie e alle persone significative di sostenere e

assistere al meglio i propri cari. Questi infermieri offrono anche sostegno al personale sanitario che opera sulle ambulanze e a chi lavora al centralino (*call centre staff*).

Il successo del programma ha portato a un ampliamento del servizio per fornire posti in cui si gestisce l'emergenza nella comunità, a cura di erogatori che sviluppano e aggiornano piani di assistenza e di supporto. Quest'importante servizio garantisce l'erogazione del livello appropriato di assistenza dove ve ne sia un maggior bisogno nelle situazioni pericolose, risparmiando tempo e denaro. Questo servizio è il primo del suo genere ad essere stato attivato nel mondo.

In uno studio condotto nel 2016⁴¹:



In Francia, il **56%** degli intervistati riferisce che, l'ultima volta in cui hanno avuto bisogno di assistenza, sono riusciti a **vedere un medico o un infermiere il giorno stesso o quello successivo**.



In Canada, il **50%** degli intervistati ha atteso per più di due ore per avere assistenza in pronto soccorso.



In Germania, il **64%** degli intervistati bisognosi di cure mediche ha trovato **difficile riceverle oltre il regolare orario**.



Nel Regno Unito, il **31%** dei rispondenti ha dovuto aspettare per molto tempo prima di ricevere un trattamento dopo la diagnosi.

In uno studio sulle prestazioni del sistema sanitario:



In Svezia, il **50%** di chi ha risposto ha riferito che **gli specialisti li ha informati delle scelte di cura coinvolgendoli nelle decisioni sul proprio trattamento**.



In Francia, il **5%** degli intervistati **ha lasciato scritto i trattamenti che vorrebbero ricevere se in fin di vita** (adulti > 65 anni).

In USA, il **60%** degli intervistati affetti da malattie croniche **ha discusso con un professionista sanitario le opzioni di trattamento**, compresi gli effetti collaterali riscontrati negli ultimi due anni.

L'accesso all'assistenza sanitaria: assistenza centrata sulle persone

“Il paziente è colui che deve decidere. Il ruolo dell'infermiere comporta il dover aiutare gli individui e le loro famiglie nello scegliere responsabilmente su come agire circa il proprio stato di salute.”

Rose Marie Risso Parse, Teorica dell'Assistenza Infermieristica⁶⁹

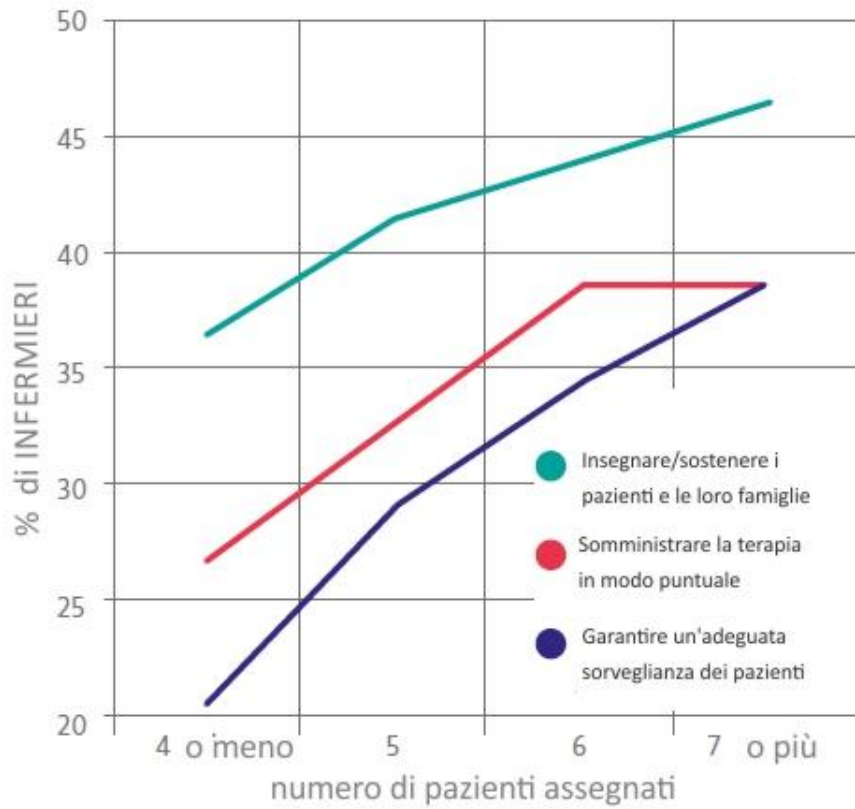
Nel 2015 è stata effettuata una revisione sistematica sulla mancata assistenza infermieristica (*missed nursing care*)⁷⁰. Dei 42 studi condotti in quest'area dal 55 al 98% degli infermieri hanno riferito di non aver potuto fornire uno o più interventi di assistenza durante il periodo di tempo in cui si è svolta la rilevazione. Le attività omesse con maggiore frequenza erano quelle legate ai bisogni emotivi e psicologici piuttosto che ai bisogni fisiologici. La causa più comune di questa mancanza era dovuta al carico di lavoro elevato e all'insufficiente numero di infermieri presenti.

Riflettendo sui risultati di questi studi è difficile vedere come questi servizi sanitari possano garantire un approccio centrato sulle persone nell'offerta di assistenza, ove non ci sia la possibilità di intervenire e partecipare alla presa di decisioni e alle decisioni sui trattamenti. Esiste il rischio che gli infermieri, a causa dell'eccessivo carico di lavoro, tendano a spostarsi verso un approccio all'assistenza per compiti piuttosto che a un approccio centrato sulle persone¹⁵. L'assistenza per compiti si riferisce all'esecuzione di numerose attività entro un determinato lasso di tempo con il rischio che questi compiti prendano il sopravvento rispetto all'affronto e conseguente risposta ai bisogni olistici della persona. Mentre si scivola nella routine o ci si inserisce in un ambito di lavoro sovraffollato, si perde la consapevolezza della persona assistita nella sua interezza e si perde di vista l'unicità di ciascuno. Quando questo accade, si rischia di perdere la capacità e la motivazione delle persone a essere coinvolte nella propria assistenza e a impegnarsi a completare il trattamento. Come affermano Levesque et al.¹⁵, “L'accesso a un'assistenza ottimale richiede, in definitiva, che la persona sia totalmente coinvolta nell'assistenza e ciò interagisce con la natura del servizio effettivamente offerto e fornito”.

L'importanza della partecipazione all'assistenza è confermato da prove di efficacia ed è anche un diritto umano. Nell'articolo 12 del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, le persone che hanno bisogno di cure hanno il diritto di partecipare in modo libero, informato, attivo e significativo alle decisioni che riguardano la loro vita⁷¹. Il diritto alla partecipazione va oltre il ricevere assistenza, include anche l'organizzazione e l'attuazione dei servizi di assistenza sanitaria.

¹⁵ I termini inglesi sono “pattern-centred approach to care” opposto a “people-centred approach” (NdC).

Figura 7 - Gli infermieri che riferiscono omissioni nell'assistenza nell'ultimo turno a causa dell'eccesso di lavoro, RN4CAST2017⁷²



Studio del caso: Un programma di continuità assistenziale basato sulla comunità
Chi ha fornito il contributo: Jennifer Drago, Vice-presidente esecutiva di
Population Health for Sun Health
Paese: United States of America

Sun Health, un'organizzazione senza scopo di lucro di lunga data dell'Arizona, USA, ha sviluppato un modello personalizzato di erogazione dell'assistenza per servire meglio i pazienti anziani all'interno della propria comunità. Il provider dei servizi sanitari considera i determinanti sociali della salute come l'accessibilità ai farmaci, i trasporti, l'alfabetizzazione sanitaria e l'isolamento sociale e correla le risorse appropriate ai pazienti⁷³.

Una delle principali risorse è l'offerta di un'infermiere denominato "di transizione" o "*transition coach*". Ciò significa che quando un paziente viene dimesso dall'ospedale, viene visto da un'infermiere abilitato (RN) che valuta la situazione, fornisce interventi educativi alla persona, verifica le terapie e esegue una valutazione globale del paziente, compresa quella dell'eventuale presenza di rischio di depressione o di caduta⁷⁴.

L'infermiere offre anche consigli alla persona rispondendo a domande sulla loro salute e favorisce la comprensione e la gestione della loro condizione. Se l'infermiere si rende conto che la natura della situazione di salute della persona è cambiata, è in grado di accedere a consulenze in telemedicina con il professionista sanitario o assistenziale più appropriato⁷⁴.

Negli Stati Uniti d'America, il Centro per *Medicare* e i Servizi *Medicaid* hanno trovato che circa uno su cinque pazienti (17.8%) dimessi dall'ospedale sono riammessi entro i 30 giorni successivi al primo ricovero ospedaliero⁷³. Questi nuovi ricoveri (*readmissions*) sono spesso prevedibili e sono frequentemente dovuti a una mancanza di comprensione o di consapevolezza circa la loro patologia e i sintomi ad essa associati, alla confusione sull'assunzione delle terapie e su come assumerle; all'incertezza su chi consultare quando compaiono dei sintomi, e/o non recarsi dal medico per i controlli di follow-up entro i tempi prestabiliti.

Il risultato di questa iniziativa è che il 99% dei pazienti inclusi in questo programma affermarono che avrebbero raccomandato il servizio ad altri e il tasso di ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione si è più che dimezzato, scendendo dal 17.8% a 7.8%



Terza parte: investimento e crescita economica

“La crescita economica senza investimento nello sviluppo umano non solo non è sostenibile, non è neppure etica”.

Amartya Sen³³

Un tema comune della politica è la discussione sull’allocazione delle risorse quando è il momento di definire il budget. Il Ministro dell’agricoltura potrebbe dire: “Se comperiamo tanto di questo fertilizzante e seminiamo questi acri di terreno, possiamo produrre tanto, e se il prezzo sul mercato mondiale è x , il nostro guadagno sarà y ”. Il Ministro dei trasporti potrebbe replicare: “Ma non possiamo portare i nostri prodotti al porto, perché le strade sono in condizioni terribili, e se investissimo in strade i nostri guadagni con l’esportazione sarebbero questi”. Poi, il Ministro della salute parlerebbe per sostenere che: “La salute è un diritto umano”⁷⁵. Sir George Alleyne¹⁶, ex-inviato speciale delle Nazioni Unite dei Caraibi per l’HIV/AIDS, racconta che questa conversazione avvenne realmente nel corso di un Consiglio dei ministri. In questo modo fa presente che i ministri della salute hanno difficoltà a persuadere gli altri ministri che la salute è un buon investimento e, di conseguenza, essi non riescono ad apprezzare l’inseparabile natura della salute come diritto umano dalla salute come spina dorsale dell’economia: senza salute non c’è lavoro e quindi non c’è ricchezza.

L’investimento nella salute è stato visto in numerosi paesi come un onere di costo sulle risorse del paese. In quanto tale, c’è stata spesso un’attenzione notevole sulla riduzione delle risorse economiche destinate al settore sanitario e un focus sull’efficienza dei costi. Ciò avviene nonostante le persone diano un elevato

¹⁶ Sir George Alleyne è stato inviato speciale per l’HIV/AIDS della regione caraibica dal 2003 al 2010, presso il segretariato generale delle Nazioni Unite.

valore alla salute. In un ampio sondaggio mondiale¹⁷, le persone hanno valutato la salute come la prima priorità. L'hanno ritenuta più importante di una felice vita familiare, del fatto di avere un impiego e persino di vivere in una situazione di pace.

La relazione tra salute della popolazione, crescita economica e prosperità non è stata ben argomentata. Investire nella salute salva vite, previene malattie, guarisce, ripara e riabilita: costituisce quindi un investimento per l'economia intesa in senso più ampio. La cattiva salute interferisce con la produttività, sottrae possibilità lavorative e influenza in modo negativo lo sviluppo umano⁷⁶. Il sistema sanitario nazionale può quindi essere visto come un contributo positivo all'economia attraverso una forza lavoro sana, un aumento del PIL, dell'innovazione e dell'esportazione.

Sono stati condotti numerosi studi in quest'area che dimostrano che la salute influisce in modo positivo l'economia. Per esempio, l'aumento dell'aspettativa di vita dai 50 ai 70 anni aumenta il tasso di crescita economica dell'1,4% l'anno. La diminuzione del 10% dei casi di malaria è associata a una crescita economica dello 0,3%⁷⁶. Questi evidenti dati dimostrano che investire nella salute può rispondere alle crescenti aspettative della gente e dei governi rispetto al sistema sanitario, diminuire la persistente mancanza di equità nell'accesso ai servizi e migliorare o sostenere i risultati dell'economia.

Le decisioni che chi elabora le politiche e i pubblici ufficiali devono prendere nel campo degli investimenti sanitari sono difficili. Tanto più che le decisioni nella sfera sanitaria non possono mai essere prese in modo isolato: esse hanno dei budget finiti e un profondo impatto sui portatori di interesse e sulle politiche in altri ambiti e, quindi, sono sempre contestate. La sfida diventa l'armonizzazione della salute e delle politiche economiche per migliorare gli esiti minimizzando, nel contempo, gli effetti negativi sugli altri attori coinvolti⁷⁷. La salute e il benessere delle persone dovrebbe essere una dimensione centrale per tutte le politiche, poiché è proprio la salute delle popolazioni a sottendere tutti gli altri settori dell'economia.

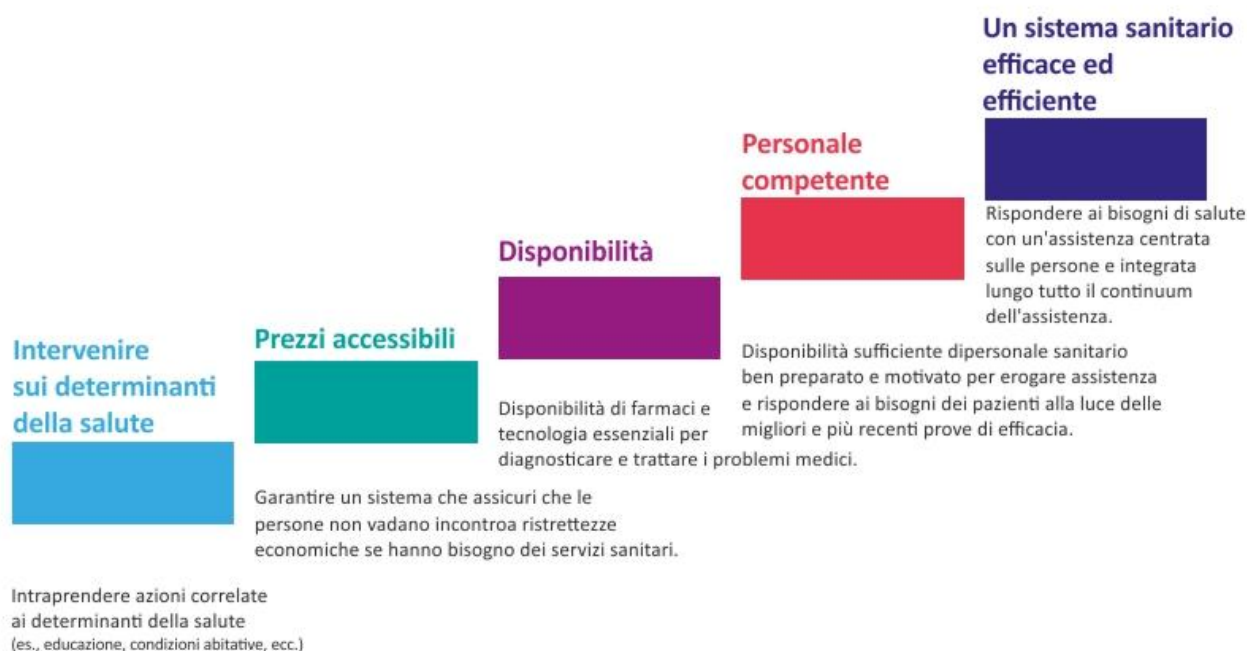
La parte seguente tratterà delle tre direzioni di politica che affermano la salute come diritto umano, migliorano l'accesso all'assistenza e costituiscono un investimento economico. Queste sono: la copertura sanitaria universale, l'assistenza centrata sulle persone e le risorse umane per la salute.

¹⁷ Gallup International Millennium Survey, www.gallup-international.com/. Al passaggio del Millennio fu chiesto a 50.000 persone di 60 paesi di valutare "le cose più importanti della vita". "La buona salute" fu posta al primo posto della lista dal 44% di chi rispose, seguito da "una felice vita familiare" (38%); "lavoro" (27%) e "vivere in un paese senza guerre" (17%).

Figura 8 - Dati sulla spesa sanitaria⁴⁰

spesa totale per la salute nel 2011	6 trilioni di dollari americani (US\$ 6.9 trillion)
spesa media per persona per la salute nei paesi appartenenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OSCE-OECD)	4584 dollari (US\$4584)
La percentuale della spesa sanitaria totale globale corrente	82%
Il WHO stima che la spesa minima per persona all'anno per fornire i servizi di base e salva-vita	44 dollari americani (US\$44)
stati membri del WHO dove la spesa sanitaria – inclusa quella da parte dei governi, le spese domestiche e il settore privato, e i fondi messi a disposizione da donatori esterni – è inferiore ai 44 dollari per persona all'anno (US\$44).	26
stati membri del WHO dove la spesa sanitaria è inferiore ai 20 dollari per persona all'anno.	6

Figura 9 - I fattori richiesti per raggiungere la copertura sanitaria universale^{7, 82}



La copertura sanitaria universale

“È tempo che il settore dell’assistenza sanitaria sfrutti la sua capacità collettiva e costruisca attorno alla gente una fortezza di copertura sanitaria universale. Ogni amministratore delegato, assicuratore, professore, medico, infermiere, paziente e persona che vive in questo Paese dovrebbe considerare cosa può fare per contribuire, alzare il proprio livello di coinvolgimento e mettere un mattone nel muro di questa fortezza”

Dr Anuschka Coovadia⁷⁸

Quando ci ammaliamo dobbiamo affrontare diverse paure. Queste possono assumere la forma dell’incertezza e paura del futuro; della comparsa di disabilità; il dolore dell’isolamento; gli effetti collaterali delle terapie o persino di essere potenzialmente danneggiati dagli stessi trattamenti; la complessità di orientarsi all’interno del sistema sanitario; o di essere impossibilitati a lavorare e di non poter portare a casa le risorse necessarie per vivere. Oltre a tutto ciò, l’assistenza sanitaria in molti posti del mondo sta diventando sempre più costosa e ciò significa che un’ampia parte della popolazione si domanda se si potrà permettere o no la cura se si dovesse trovare di fronte a una diagnosi di una patologia importante.

Se attuata in modo appropriato, la copertura sanitaria universale (UHC) assicura che ogni cittadino abbia accesso all’assistenza indipendentemente dalla propria possibilità di pagare. La UHC è stata introdotta con successo a qualche livello in circa 60 dei 195 paesi del mondo, ma il WHO e la Banca mondiale stimano che 400 milioni di persone non abbiano accesso ai servizi sanitari essenziali e che il 40% della popolazione del mondo viva senza copertura sanitaria e assistenziale⁷⁸. Tuttavia, la UHC è stata inclusa come un sotto-obiettivo degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e ciò significa che tutti i paesi membri delle Nazioni unite tenderanno a raggiungerla entro il 2030.

Questo è un obiettivo ambiguo da raggiungere, ma avrà un effetto profondo sulla salute e il benessere universali. L’accesso alla UHC consente alle persone, come esito sia dell’essere più in salute, sia del non essere spinti verso la povertà per coprire i costi sanitari, di contribuire in modo più attivo e produttivo alla famiglia e alla comunità. Significa che i bambini hanno una possibilità maggiore di ricevere istruzione, oltre a proteggere i più vulnerabili dal peggiorare il loro stato di povertà.

La UHC è una politica che i paesi possono utilizzare per raggiungere la salute come diritto umano, e lo può fare in molti modi quali:

- Migliora l’accesso a servizi sanitari di qualità per tutte le persone, indipendentemente dal loro status sociale.
- Promuove dei servizi di assistenza sanitaria completi e non servizi focalizzati su singole patologie o specifici aspetti.
- Pone termine alle discriminazioni causate dai costi o dalle difficoltà finanziarie.
- Assegna priorità ai servizi per i più vulnerabili¹².

Mentre la UHC risponde a un certo numero di criteri perché la salute sia un diritto umano, è anche un buon investimento. Nelle Bahamas⁷⁹ fu condotta un’analisi economica qualitativa sull’introduzione di uno

schema di assicurazione nazionale per la salute¹⁸. L'analisi dimostrò che, a parte i benefici nella salute e nel benessere, “la politica fu [è] un investimento per l'economia del paese, capace di generare molte volte i suoi costi in aggiunta alla crescita economica”⁷⁹. Il rapporto afferma che l'economia delle Bahamas sia verosimilmente circa del 3.7% maggiore come risultato di questa iniziativa (US\$350 milioni). Si stima che aumenterà a circa il 5% entro il 2040, aggiungendo altri 500 milioni di dollari (US\$500) all'economia.

L'analisi di cui sopra è in linea con i risultati di altri studi come quello condotto dalla Commissione del *Lancet*⁸⁰. Lo studio condotto da *Lancet* trovò che l'11% della crescita economica nei paesi a basso-medio reddito tra il 2000-2011 era dovuto alla riduzione della mortalità. Estrapolando il dato al reddito nazionale e ad altra prosperità, la crescita economica era del 24%, suggerendo che vi è una “restituzione di 9 a 1 della spesa sanitaria in 20 anni.” La conclusione finale di questo rapporto fu che **“esiste un enorme ritorno dall'investire in salute”**¹⁹.

In un evento senza precedenti, 257 economisti⁸¹ del mondo hanno dichiarato il loro sostegno alla UHC approvando le parole di Amartya Sen che la UHC è un “sogno accessibile” (“*affordable dream*”). Gli economisti credono che ci siano sufficienti risorse per realizzare una UHC mondiale e che ci siano una serie di vantaggi nel fare ciò, compreso trasformare vite e mezzi di sussistenza, e sradicare la povertà. In tempi di crisi la UHC mitiga i suoi effetti sulle comunità; in tempi di calma, promuove società più coese e economie produttive. In sintesi, gli economisti conclusero che **i benefici economici di questo investimento sono circa 10 volte più grandi dei costi.**

Questi esempi mostrano che esiste una forte relazione tra investimenti nella salute e sviluppo economico. Dei cittadini sani sono capaci di raggiungere l'educazione e le abilità di cui hanno bisogno per prosperare in un'economia globale. La salute migliora la ricchezza e, di conseguenza, migliora le condizioni della società in cui vivono le persone. La copertura sanitaria universale è, quindi, un investimento.

¹⁸ Le Bahamas hanno attuato la fase dell'assistenza di base o cure primarie dello schema nazionale di assicurazione sanitaria. Nelle fasi successive sarà sviluppato un sistema sanitario completo.

¹⁹ Il termine utilizzato è proprio *payoff*, ovvero ricompensa, profitto. Il grassetto è nell'originale (NdC).

Chiarire che cos'è la copertura sanitaria universale⁸²



Copertura sanitaria universale (UHC) significa che le persone hanno accesso ad assistenza sanitaria di qualità senza andare incontro a difficoltà finanziarie.



L'UHC non riguarda solo l'assicurare un pacchetto minimo di servizi sanitari, ma la progressiva espansione dell'assistenza sanitaria e la protezione finanziaria.



La UHC include i servizi sanitari lungo tutto il continuum dell'assistenza, compresa la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione e le cure palliative.



L'UHC include sia i trattamenti individuali, sia i servizi basati sulle popolazioni.



UHC non significa copertura gratuita per tutti i possibili interventi sanitari a prescindere dal loro costo.



L'UHC include l'affrontare i determinanti della salute migliorando l'equità, l'inclusione e la coesione sociali.

Figura 10 - I vantaggi della copertura sanitaria universale⁷⁹

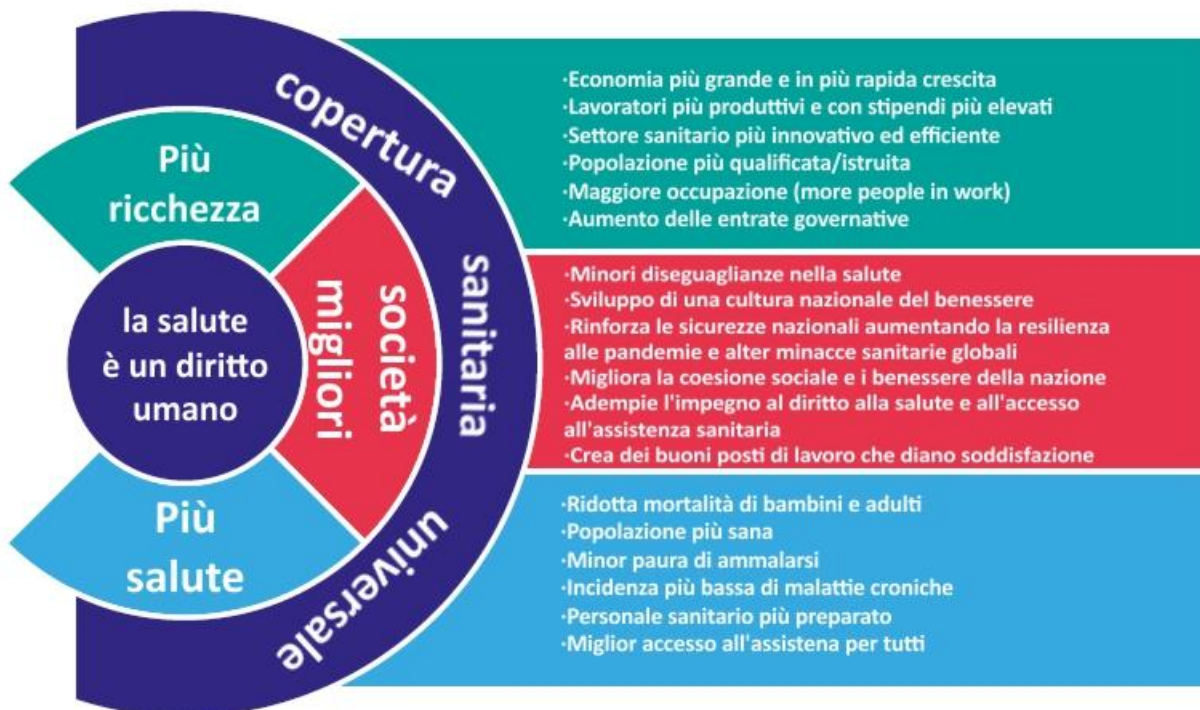
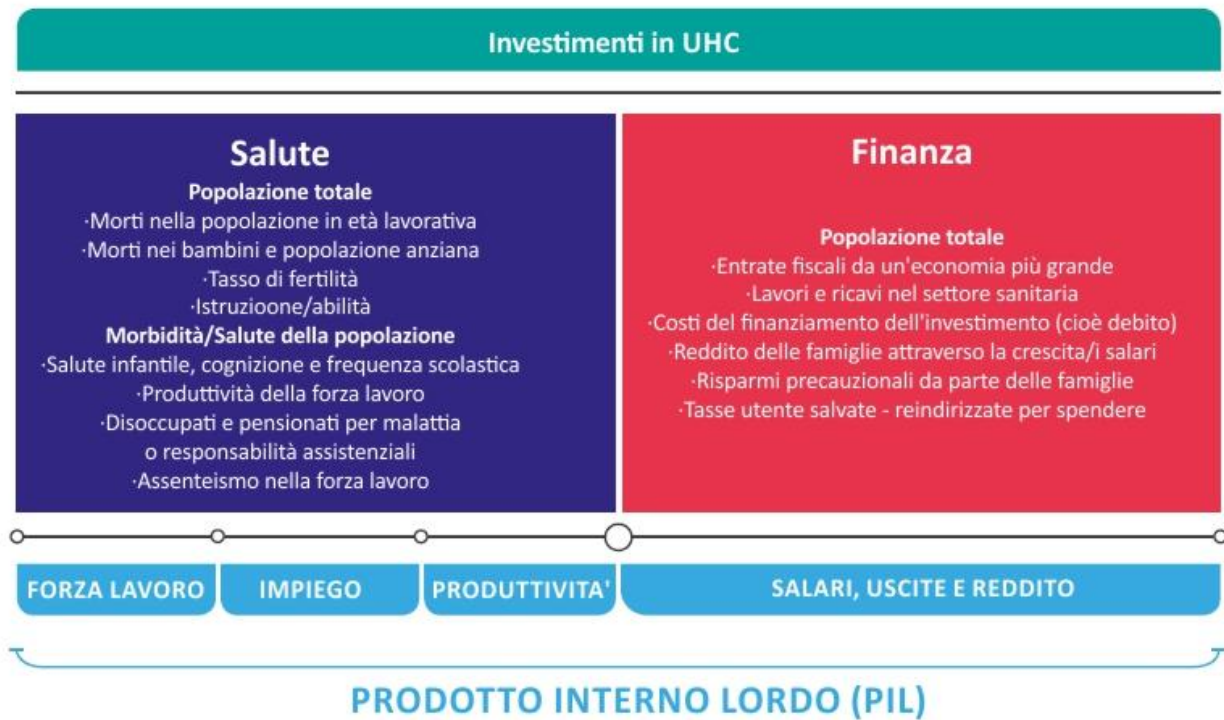


Figura 11 - Quadro complete dell'impatto economico degli investimenti per la UHC (adattato da KPMG)⁸³



L'assistenza centrata sulle persone



Molto spesso, quando si analizza la performance dei sistemi sanitari, ci si tende a focalizzare su indicatori tangibili, facilmente misurabili come, per esempio, quanto si spende per i posti letto e il personale piuttosto che sui risultati (*outcome*) e l'esperienza delle persone che ricevono assistenza.

L'assistenza centrata sulle persone (*people-centred care*) è diventata la parola di moda di molti servizi sanitari²⁰. Per contro, numerosi studi dimostrano che ne siamo molto lontani. Molti clinici si riempiono la bocca dicendo di mettere i pazienti al primo posto ma, nella pratica, sono i bisogni professionali e organizzativi a venire per primi. Inoltre, capita spesso che quando si analizza la performance dei sistemi sanitari, il focus tende ad essere, come detto sopra, su ciò è tangibile e misurabile.

Perché ciò accade e perché è così pervasivo nei sistemi sanitari? Non è certo perché manchino prove di efficacia e ricerche. In quest'area sono state effettuate più di 750 revisioni sistematiche (in inglese) dal 1998 al 2013, e in queste ricerche compaiono dei temi coerenti su ciò che i pazienti considerano buona assistenza. Questi includono: buona informazione e comunicazione con il personale sanitario, coinvolgimento nelle decisioni che siano anche rispettose delle loro preferenze, sostegno emotivo e empatia, continuità e coordinamento dell'assistenza⁸⁴.

La conclusione più logica sul perché l'assistenza centrata sulla persona sia praticata nella retorica più che nella realtà è la dominanza del modello medico di trattamento che si concentra sul processo della malattia e che fatica a vedere la persona nel suo insieme. Questo è spesso rinforzato dai modelli di finanziamento e

²⁰ Il termine impiegato è *buzzword*, parola d'ordine, che si è reso in questo modo perché il significato è proprio questo: di moda in questo momento (NdC).

di controllo dei costi²¹, dove la priorità maggiore è data alle transazioni piuttosto che alla costruzione delle relazioni e alla visione dei bisogni olistici della persona. Il relatore speciale delle Nazioni unite giunse a questa conclusione nel suo rapporto alla Commissione sui diritti umani delle Nazioni unite. Infatti, sostenne che il modello biomedico dell'assistenza fosse così dannoso, che i diritti umani e le libertà delle persone con patologie mentali fossero stati addirittura rimossi¹¹.

Esiste un modo differente e migliore; un modo in cui è più probabile migliorare le esperienze dei pazienti, promuovere la salute pubblica e ridurre le disuguaglianze di salute; un modo che migliora il successo degli interventi sanitari e riduce lo spreco di risorse finite. Esso non chiede delle innovazioni costose e consiste in un ritorno all'origine e all'evidenza di mettere le persone al centro²² dell'assistenza sanitaria. Si tratta di avere infermieri leali con ciò che sta al cuore della professione infermieristica²³. L'assistenza centrata sulle persone è sancita dai diritti umani, sostiene la dignità, la non-discriminazione, la partecipazione, l'*empowerment*, l'accesso, l'equità e la partnership di pari. Questi principi non sono solo delineati nelle leggi internazionali, ma sono anche al centro di come vorremmo essere trattati noi e le nostre famiglie.

Figura 12 - Investimenti fondamentali richiesti per attuare un approccio all'assistenza sanitaria centrato sulle persone (adattato dallo Schema politico di assistenza sanitaria centrato sulle persone)⁸⁵

Attuare un approccio all'assistenza sanitaria centrato sulle persone			
Investire nelle persone, nelle famiglie e nelle comunità	Investire nelle organizzazioni di assistenza sanitaria	Investire nel personale sanitario	Investire nel sistema sanitario
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare l'alfabetizzazione sanitaria (<i>health literacy</i>) • Sviluppare strategie per sostenere la partecipazione significativa alla presa di decisioni • Sostenere la capacità per migliorare l'autogestione • Aumentare le capacità della comunità per migliorare la partecipazione nella pianificazione dei servizi sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Creare degli ambienti capaci di sostenere le persone bisognose di assistenza • Sostenere l'assistenza integrata ed efficace • Rafforzare e promuovere i gruppi multidisciplinari • Rafforzare l'approccio all'assistenza basato sulla partnership tra paziente, famiglia e chi assiste • Fissare standard assistenziali per servizi etici e di qualità 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementare l'abilità e la capacità del personale di praticare l'assistenza centrata sulle persone • Sostenere l'impegno per servizi di qualità, sicuri ed etici 	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare incentivi finanziari che spingano chi offre servizi sanitari a un comportamento positivo • Introdurre tecnologia appropriata per sostenere le attività commerciali • Migliorare i sistemi di monitoraggio e la segnalazione della qualità dell'assistenza sanitaria, dei risultati ottenuti e dell'esperienza dei pazienti. • Rafforzare gli standard professionali per la

²¹ I meccanismi finanziari nell'assistenza sanitaria spesso spingono chi offre servizi verso visite brevi, gestione dei casi inadeguata, e questo sia con scarse che con sufficienti risorse.

²² Letteralmente è mettere le persone al cuore dell'assistenza sanitaria (*at the heart of health care*) (NdC).

²³ Si è tradotto così il seguente: *It is about nurses being true to what is at the heart of the nursing profession* (NdC).

			pratica e monitorare il loro raggiungimento. <ul style="list-style-type: none"> • Stabilire standard per l'utilizzo e la protezione delle informazioni sui pazienti.
--	--	--	---

Mentre i sistemi sanitari lottano per far fronte alla domanda e contenere i costi dell'assistenza sanitaria, vi è il rischio che gli investimenti vengano sottratti all'approccio centrato sulle persone e che ci si concentri su un modello paternalistico in cui i professionisti "fanno cose alle persone". Ma, a parte i numerosi benefici che l'assistenza centrata sulle persone porta, c'è un dibattito in ambito economico a favore di questo approccio. La ricerca mostra che l'assistenza centrata sul paziente²⁴ riduce i costi e aiuta a gestire la domanda; più precisamente, è legata alle seguenti variabili:

- Riduzione della lunghezza delle degenze⁸⁶
- Diminuiti accessi ai dipartimenti d'emergenza e ricoveri ospedalieri^{86,87}
- Numero diminuito delle visite specialistiche⁸⁸
- Ridotto numero di esami di laboratorio e procedure invasive⁸⁷
- Interventi più precoci per il tempestivo riconoscimento di esacerbazioni di malattie⁸⁸
- Migliorato inizio della terapia appropriata⁸⁸
- Aumento di comportamenti di self-care e self-management⁸⁸
- Riduzione significativa delle spese mediche totali⁸⁷
- Maggiore compliance con i piani terapeutici e gestione appropriata dei farmaci⁸⁷

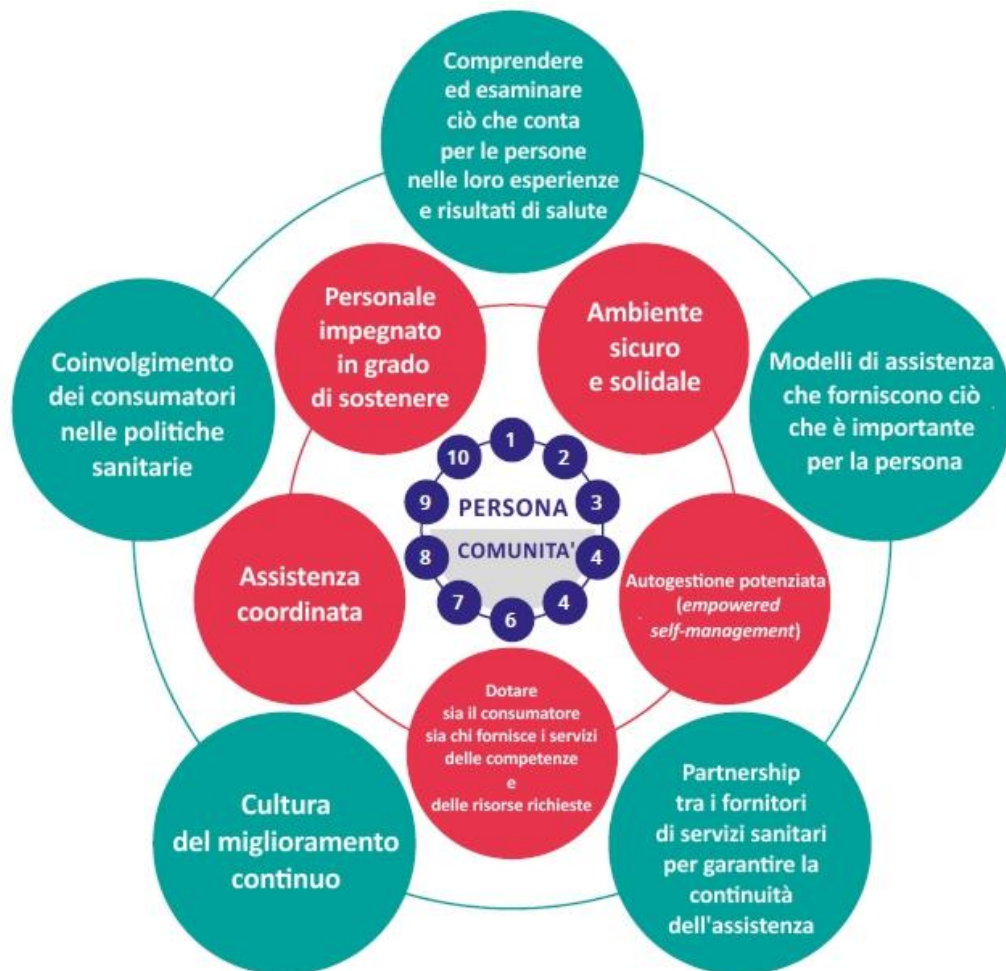
Per i nostri obiettivi di migliorare la salute e il benessere delle persone, l'assistenza centrata sulla persona è la pietra angolare del modo in cui è erogata l'assistenza sanitaria. Ci sono benefici per gli individui, i professionisti sanitari, il sistema sanitario e intere popolazioni. Il momento di riorientare i sistemi sanitari con questo approccio è ora.

“Centralità delle persone significa trattare le persone, i pazienti, i loro cari, chi li assiste e gli altri con compassione, dignità e rispetto. Significa coinvolgerli nel processo decisionale riguardo alla loro salute e alle loro cure. Significa fare le cose "con" le persone, non "a loro". Significa coinvolgere le persone nella progettazione del sistema e nella definizione delle politiche. Per fornire i sistemi sanitari centrati sulla persona di domani, dobbiamo cambiare il modo in cui forniamo assistenza e il modo con cui misuriamo i sistemi sanitari oggi”

Angel Gurría, OECD Secretary-General⁸⁹

²⁴ Un sotto-elemento dell'assistenza centrata sulle persone (Nota del testo originale, NdC).

Figura 13 - Riallineamento richiesto all'interno del sistema sanitario per focalizzarsi sull'assistenza centrata sulle persone⁹⁰.



1 Approccio individualizzato all'assistenza

2 Vedere le persone come coloro che possono offrire un contributo fondamentale per la loro salute

3 Riconoscimento dei bisogni di salute delle persone che cercano assistenza

4 Trasparenza d'approccio

5 Garantire l'accesso a informazioni di qualità

6 Conoscere la persona e riconoscerne l'individualità

7 Rispetto per i pazienti e le loro decisioni

8 Condividere potere e responsabilità

9 Includere nell'assistenza i familiari e accompagnatori, laddove si ritenga appropriato

10 Un approccio olistico all'assistenza che consideri gli aspetti psicosociale fisico e culturale

Benefici economici



L'*American Nurses Association* ha riferito che per ogni dollaro USA investito in un coordinamento assistenziale, l'ospedale ha realizzato una riduzione di 8 dollari nelle spese sanitarie. Collaborando con i pazienti, i coordinatori dell'assistenza infermieristica hanno condotto un servizio che ha comportato un minor numero di ricoveri in ospedale e degenze meno gravi e più brevi⁹¹.



Uno studio condotto da Basu et al. nel 2015⁹² ha esaminato l'efficacia in termini di costi dei modelli di cura autogestiti delle patologie croniche. L'efficienza dei costi mediana era di circa 50.000 dollari per anno di vita rettificato per la qualità (*quality-adjusted-life-year*).

Studio del caso: modelli innovativi per le cure palliative nell'India rurale

Chi ha fornito il contributo: Barbara Pesut, Brenda Hooper, Marnie Jacobsen, Barabra Nielsen, Miranda Falk, Brian P. O'Connor

Paese: India

Un recente studio pilota su un servizio di cure palliative guidato da infermieri in India ha cercato di affrontare la sfida dell'offerta di servizi di cure palliative alle persone che vivono nell'India rurale attraverso un approccio basato sul rafforzamento delle capacità della comunità²⁵. Le persone con malattia cronica avanzata hanno ricevuto visite a domicilio da un infermiere che svolge il ruolo di indirizzare il sostegno da fornire. I pazienti sono stati visti dall'infermiere o ogni settimana o ogni due settimane, fornendo una varietà di servizi per una vasta gamma di problemi. I problemi includevano conflitti familiari, isolamento della comunità, sfide finanziarie, sintomi preoccupanti e problemi di mobilità. L'infermiere²⁶ ha affrontato questi problemi emersi nel tempo colmando le lacune tra assistenza sanitaria e assistenza sociale⁹³. Gli interventi principali da parte degli infermieri sono stati l'educazione sulla gestione dei sintomi e il supporto psicosociale per le sfide emotive legate al vivere con una malattia avanzata. Aiutano anche le persone a comprendere le informazioni sull'assistenza sanitaria e a prendere decisioni sulle possibili cure per gestire i sintomi della malattia. Gli ambiti dell'assistenza di sostegno fornita dai *nurse navigator* erano estremamente diversi: dalla gestione della malattia, alla sfera spirituale e fisica, alla pianificazione di cure avanzate, al supporto psicologico e sociale¹⁹³.

Si calcola che 34 milioni di persone in India trarrebbero beneficio dalle cure palliative, ma meno dell'1% di queste persone ha accesso a questo servizio⁹⁴. Molte persone in condizioni terminali hanno un carico di sintomi "pesante" e sono a rischio di aumentare l'isolamento sociale. I pazienti e i familiari sono spesso inconsapevoli dei servizi sanitari e sociali a loro disposizione nella loro comunità. La mancanza di un sostegno appropriato e adatto nelle cure palliative ha conseguenze terribili per le fasi finali della vita delle persone. Il fatto che questi si trovino in aree rurali aggiunge ulteriore complessità a questa situazione già

²⁵ Per ulteriori approfondimenti si riposta il testo originale: *community capacity building approach* (NdC).

²⁶ Il termine impiegato per questo ruolo infermieristico è: *nurse navigator*, che da l'idea di colui che indirizza nel mare tempestoso dei problemi da affrontare (NdC).

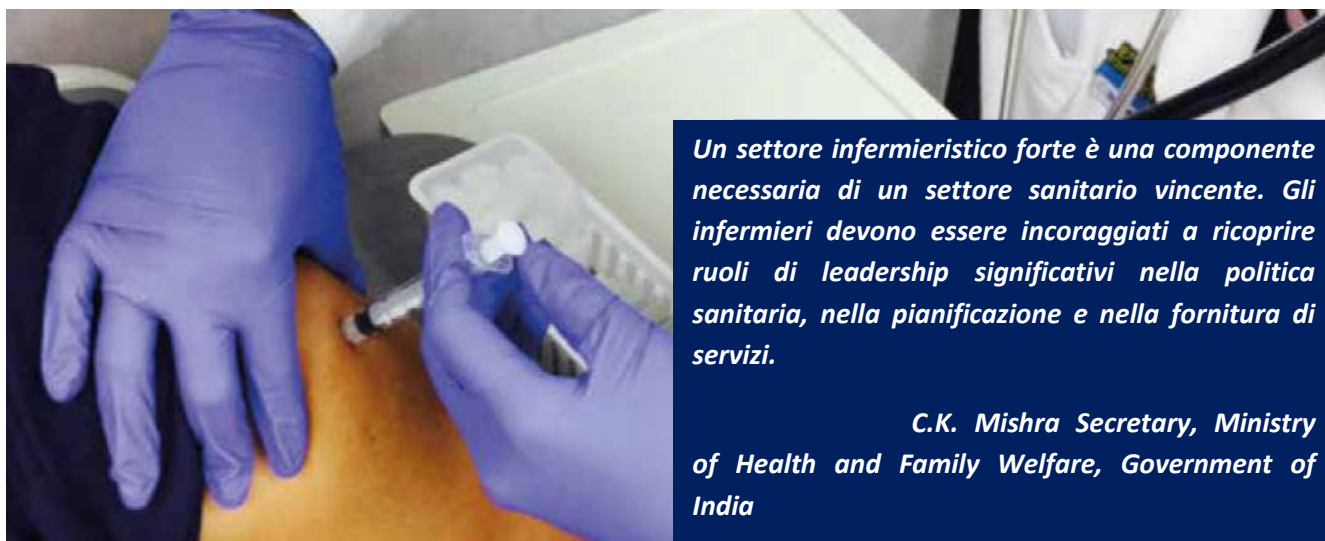
difficile. I servizi sanitari rurali sono spesso limitati e inaccessibili; ciò è dovuto principalmente a carenze di manodopera qualificata⁹³.

Come risultato di questo servizio, si ritiene che vi sia un ridotto utilizzo del pronto soccorso, dei ricoveri ospedalieri e delle visite dei medici di base. La soddisfazione dei pazienti è più elevata e più persone possono scegliere di morire a casa. Il servizio significava anche che l'infermiere era in grado di assistere le persone assistite nell'identificare i benefici disponibili e le alternative economicamente vantaggiose per l'assistenza, creando in tal modo un risparmio sui costi per la famiglia⁹³.

Indipendentemente dal fatto che siano attuati in modo indipendente o in collaborazione con volontari, un servizio guidato da infermieri (*nurse-led navigation service*) può soddisfare le esigenze specifiche delle comunità rurali, migliorando il sostegno e l'accesso di fronte a risorse sanitarie limitate⁹³.



Le risorse umane per la salute



Un settore infermieristico forte è una componente necessaria di un settore sanitario vincente. Gli infermieri devono essere incoraggiati a ricoprire ruoli di leadership significativi nella politica sanitaria, nella pianificazione e nella fornitura di servizi.

C.K. Mishra Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India

In tutto il mondo, i sistemi sanitari sono sotto pressione: per soddisfare la domanda in rapida crescita; per soddisfare le crescenti aspettative dei consumatori; per ridurre il tasso di aumento della spesa e perseguire valore. Nel 2013, la crescita della spesa sanitaria globale è stata del 2,6%. Con i cambiamenti degli stili di vita, l'aumento dei costi di servizi, trattamenti e tecnologie, dati demografici e condizioni economiche, si prevede che la crescita nominale della spesa sanitaria aumenti in media del 5,3% annuo tra il 2014-2018⁹⁴. Questi fattori, descritti in numerose relazioni, sono considerati come la tempesta perfetta per rendere l'assistenza sanitaria inaccessibile e insostenibile.

In che modo è quindi possibile attuare l'UHC e l'assistenza centrata sulle persone quando le risorse umane, la sola cosa necessaria per raggiungere questi due elementi, costituiscono il più grande fattore di costo singolo in qualsiasi sistema sanitario? In media, il 60-80% del totale delle spese ricorrenti è destinato alle risorse umane. Oltre al costo finanziario c'è l'offerta di operatori sanitari. Si stima che entro il 2030, dovranno essere creati altri 40 milioni di posti di lavoro nell'assistenza sanitaria. Secondo le attuali strategie, la carenza di forza lavoro prevista sarà di circa 18 milioni⁹⁵.

Era stata istituita una commissione ad alto livello delle Nazioni Unite per esaminare proprio questo problema. Nel suo rapporto su *Occupazione sanitaria e crescita economica*⁹⁵ ha "smantellato l'annosa convinzione che gli investimenti nel settore sanitario trascinino l'economia". In essa si legge che gli investimenti accoppiati con le giuste azioni politiche possono migliorare sensibilmente i guadagni socioeconomici come l'istruzione, l'uguaglianza di genere, l'occupazione e la salute. La relazione conclude che gli investimenti nel settore sanitario possono "creare le condizioni per una crescita economica inclusiva e la creazione di posti di lavoro, così come una maggiore stabilità economica e sicurezza".

Il personale sanitario è responsabile per l'assistenza finalizzata alla salute e al benessere delle persone e delle comunità. Ha inoltre un ruolo fondamentale nel fornire resilienza ai sistemi sanitari per rispondere ai disastri causati da pericoli naturali, ambientali, tecnologici o biologici. Questi eventi possono causare danni a lungo termine agli interessi della comunità ma possono essere mitigati, in qualche misura, dall'azione dei professionisti della salute.

Come è stato analizzato nel corso di questo rapporto, i sistemi sanitari possono funzionare solo con operatori sanitari adeguatamente preparati e disponibili. Il raggiungimento del più elevato standard di salute possibile e, quindi, del diritto alla salute, dipende dall'accessibilità, dalla disponibilità e dalla qualità dei sistemi sanitari e dalle persone che vi lavorano. Affinché ciò sia possibile, devono essere affrontate numerose sfide, tra cui una serie di questioni relative alle risorse umane legate alla carenza di personale qualificato; alla distribuzione iniqua tra aree urbane e rurali e alla disparità tra assistenza sanitaria primaria e ospedali; al mix di abilità sbilanciato; al basso compenso e remunerazione; agli elevati carichi di lavoro; a inadeguati incentivi economici; a posti di lavoro non sicuri e a una serie di altri problemi relativi alle risorse umane.

L'attuale approccio alle risorse umane in ambito sanitario non soddisfa i requisiti di un sistema sanitario universale ben funzionante in cui le persone sono al centro. Questi problemi devono essere affrontati insieme a un cambiamento dell'attuale approccio all'assistenza. Deve esserci un ripensamento del modo in cui il personale sanitario è impiegato e motivato.

Le caratteristiche di questo cambiamento includono: il ruolo centrale dell'assistenza sanitaria di base (*primary care*); un focus sul continuum dell'assistenza e sui bisogni olistici dell'individuo; la stratificazione del rischio e la definizione delle priorità dei bisogni della popolazione; un'enfasi sulla prevenzione e la gestione della salute; l'uso di team multidisciplinari; i collegamenti chiave ai servizi sociali e della comunità. Questo tipo di trasformazione delle risorse umane sanitarie è necessario perché queste abbiano successo e il sistema sia sostenibile. Gli investimenti in queste aree del personale sanitario, porteranno a un miglioramento della salute e della crescita economica.

Investire nel personale infermieristico vedrà importanti ritorni sugli investimenti. Nelle analisi della qualità condotte negli ospedali, i controlli dei costi e l'assistenza infermieristica sono sempre avvenuti indipendentemente l'uno dall'altro: è tempo che questo cambi. Queste discussioni devono essere intrecciate perché il miglioramento dei risultati sanitari e la creazione di efficienza in ambito sanitario, richiede l'utilizzo e l'investimento efficace proprio nel personale infermieristico⁹⁶.

La professione infermieristica costituisce il segmento più ampio del personale sanitario ed è il principale attore nel raggiungimento di un'assistenza sanitaria di elevata qualità, efficace ed efficiente. Gli infermieri sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e assistenziali e, nel settore dell'acuzie, sono i professionisti che forniscono assistenza e sostegno ai pazienti 24 ore al giorno. Quando le altre professioni sanitarie finiscono la loro giornata lavorativa, gli infermieri stanno ancora assistendo e rispondendo ai bisogni dei pazienti. Nella comunità, nelle aree rurali e remote, sono spesso gli unici fornitori di assistenza sanitaria; pianificano e coordinano tutte le attività di cura del paziente in un ambiente complesso e in rapida evoluzione, che richiede sempre maggiori competenze tecniche, oltre ad aumentare le aspettative dei clienti.

Nel 1996, il rapporto dello IOM su *Il personale infermieristico negli ospedali e nelle case di riposo è adeguato?*⁹⁷ concluse che, sebbene i servizi infermieristici siano fondamentali per fornire assistenza sanitaria, "sono disponibili poche prove empiriche a supporto delle informazioni aneddotiche e di altre informazioni informali che la qualità dell'assistenza ospedaliera sia influenzata negativamente dalla ristrutturazione degli ospedali e dai cambiamenti nei modelli di assegnazione del personale [infermieristico]". Da allora è stata pubblicata una pletora di studi e ricerche che dimostrano il valore aggiunto dell'assistenza infermieristica per migliorare i risultati sanitari⁹⁸. La ricerca mostra che la qualità dell'assistenza infermieristica, la cultura e i carichi di lavoro connessi sono associati ai risultati dei pazienti,

inclusa la durata dei ricoveri, la mortalità, la morbilità, la soddisfazione dei pazienti e una serie di altri indicatori della qualità (*quality measures*).

Nonostante le numerose prove di efficacia e ricerche, il pubblico e i responsabili delle politiche sanitarie non comprendono la piena natura del lavoro infermieristico. Uno studio del pubblico ha rilevato che la stragrande maggioranza delle persone era confusa riguardo a ciò che gli infermieri fanno, al tipo di istruzione e formazione che ricevono e a cosa li distingue da altro personale meno istruito⁹⁶. Le persone percepiscono con precisione che il lavoro infermieristico può richiedere molto, sia fisicamente che emotivamente, sfortunatamente però c'è un'errata percezione che il lavoro infermieristico sia limitato a quello di essere “un'ancella”²⁷ che esegue gli ordini impartiti dai medici e offre sostegno fisico ed emotivo ai pazienti e alle loro famiglie. Tuttavia, il lavoro infermieristico è molto più di questo ed è sia un'arte che una scienza che richiedono una notevole competenza intellettuale, clinica e organizzativa.

Tra le altre attività cruciali svolte dagli infermieri di prima linea, troviamo anche che garantiscono assistenza olistica attraverso il continuum dell'assistenza, la valutazione e il monitoraggio dei pazienti e, se necessario, avviano interventi per migliorare i risultati di salute; affrontano le complicanze o ne riducono il rischio; indirizzano e coordinano l'assistenza fornita da altri; forniscono interventi educativi a pazienti, famiglie e *caregiver*; potenziano e collaborano con i pazienti per migliorare gli *outcome* sanitari; sostengono (*advocate*) i bisogni di salute individuali e comunitari. Gli infermieri hanno una comprensione unica del sistema sanitario: sono consapevoli dei suoi punti di forza e di debolezza e sanno come superare le sfide poste da sistemi che mostrano limiti o che sono disfunzionali. Con sistemi sanitari che tentano di migliorare l'accessibilità, la convenienza, la qualità, l'efficienza, l'equità e la centralità delle persone, le conoscenze infermieristiche e l'impegno per la salute e il benessere degli individui devono essere efficacemente imbrigliati, potenziati e mobilitati. Perché ciò diventi realtà, le prospettive e le opinioni infermieristiche devono essere rappresentate ai più alti livelli di leadership sanitaria e integrate nel processo di presa delle decisioni. Devono essere sviluppati meccanismi per interagire con gli infermieri a tutti i livelli per influenzare un cambiamento valido e duraturo⁹⁹.

Il primo passo per far sì che ciò accada è che gli infermieri abbiano una migliore comprensione della natura estremamente complessa dell'influenza sulla politica e l'elaborazione di politiche. Questo sarà trattato nella **Quarta parte**.



²⁷ Non si traduce letteralmente. L'originale è “*hand maiden*” (fanciulla che usa le mani) (NdC).

Figura 14 - Strategie per rafforzare il personale sanitario globale⁹⁵

<p>Pianificare e investire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare politiche e strategie per quantificare il fabbisogno di personale sanitario, la domanda e l'offerta. • Stabilire registri nazionali del personale sanitario e delle regolamentazioni appropriate per sostenere il miglioramento della performance. • Promuovere la collaborazione intersettoriale. • Far progredire il riconoscimento internazionale delle qualifiche del personale sanitario. • Incrementare l'adeguato finanziamento per investire nelle competenze giuste, in condizioni di lavoro decenti e nel numero appropriato di personale sanitario. • Rafforzare le prove di efficacia e la ricerca sul personale sanitaria. 	<p>Sviluppare e abilitare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimolare gli investimenti per creare posti di lavoro dignitosi nel settore sanitario. • Massimizzare la partecipazione economica delle donne e favorire l'<i>empowerment</i>. • Aumentare la formazione trasformativa e di elevata qualità e le opportunità di apprendimento permanente (<i>life-long learning</i>). • Sviluppare la capacità di gestire emergenze o crisi umanitarie complesse. • Investire in capacità analitica e capacità per gestire i dati del personale e del sistema sanitario.
<h2 style="margin: 0;">Strategie per rafforzare il personale sanitario globale</h2>	
<p>Trasformare e rafforzare (<i>empower</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riformare i modelli di servizi centrati sull'assistenza ospedaliera e puntare, invece, sulla prevenzione e l'efficiente erogazione di assistenza sanitaria di base e ambulatoriale di elevata qualità, conveniente, integrata, basata sulla comunità e centrata sulle persone, facendo particolare attenzione alle aree insufficientemente servite. • Allineare il personale sanitaria con quello dei servizi sociali per affrontare in modo efficace i determinanti della salute. • Sfruttare efficacemente le capacità di leadership presenti nel personale sanitario. 	<p>Trattenere e ottimizzare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbinare le competenze ai bisogni di salute delle popolazioni • Sfruttare la potenza di tecnologie di informazione e comunicazione economicamente convenienti. • Garantire la protezione di tutti gli operatori sanitari e delle strutture sanitarie in tutti i contesti. • Promuovere e investire in condizioni di lavoro dignitose. • Ottimizzare la motivazione, la soddisfazione, la ritenzione/fidelizzazione, l'equa distribuzione e performance degli operatori sanitari. • Sostenere i professionisti a lavorare al massimo del loro ambito di esercizio professionale. • Rafforzare l'approccio multidisciplinare e l'approccio della competenza collettiva all'assistenza sanitaria. • Festeggiare i successi.

Figura 15 - I benefici del coinvolgimento degli infermieri in posizioni di leadership.



Studio del caso: Rilasciare il pieno potenziale della professione infermieristica, CNO in Galles

Chi ha fornito il contributo: Professor Jean White CBE, Chief Nursing Officer Wales

Paese: Galles, UK

Nel novembre 2016, il *Chief Nursing Officer* (CNO) del Galles fissò l'obiettivo strategico nazionale di: "realizzare il pieno potenziale delle professioni infermieristiche e ostetriche al fine di soddisfare, in collaborazione con altri, le mutevoli esigenze di salute e benessere delle persone che vivono in Galles". La strategia ha otto aree prioritarie: professionalità; voce e leadership; personale in attività (*workforce*) e formazione; informatica; ricerca, sviluppo e innovazione; promuovere la salute e il benessere della popolazione; qualità e sicurezza dell'assistenza; promuovere l'integrazione dell'assistenza (approccio centrato sulla persona)¹⁰⁰.

Gli interventi chiave furono sviluppati consultando gli infermieri e le ostetriche del Galles e furono redatte secondo i suoi quattro principi¹⁰¹.

1. Ottenere la salute e il benessere con il pubblico, pazienti e professionisti come partner paritari e attraverso la coproduzione.
2. Assistere innanzitutto coloro che hanno i maggiori bisogni di salute, facendo l'uso più efficace di tutte le abilità e risorse.
3. Fare solo ciò che è necessario, né più né meno, e non fare danni.
4. Ridurre le variazioni inappropriate usando pratiche basate su prove di efficacia in modo coerente e trasparente.

Il primo principio prudente di assistenza sanitaria focalizza l'attenzione sulle persone, in particolare nell'adeguare la dinamica di potere che attualmente esiste tra professionisti della salute e pazienti in modo che i pazienti siano partner uguali nel decidere cosa dovrebbe essere fatto.

Nel 2016, i CNO del Regno Unito decisero di esplorare cosa significa professionalità per gli infermieri e le ostetriche e capire come si sarebbe potuto instillare nella pratica un approccio all'assistenza centrato sulla persona. Lavorando con il *Nursing and Midwifery Council* (ente di regolamentazione professionale del Regno Unito) svilupparono linee guida¹⁰² per sostenere i professionisti nell'applicazione del loro codice deontologico (*Code of Conduct*) alla loro pratica quotidiana per identificare cosa avrebbero dovuto fare i datori di lavoro per consentire alla pratica professionale di prosperare nelle organizzazioni .

La legge *Nurse Staffing Levels* (Galles) del 2016, unica in Europa, richiede al Servizio sanitario nazionale (NHS) di valutare se ha infermieri in numero sufficiente per prendersi cura in modo sensibile dei pazienti in tutte le aree e stabilisce una metodologia¹⁰³ per il calcolo del personale infermieristico collegata a specifiche aree di servizio. Il cuore di questa legge è il riconoscimento della voce professionale di infermieri in prima linea esperti (*senior*) nel determinare il personale di cui hanno bisogno per prendersi cura dei loro pazienti.

Per sentirsi sicuri nel far sentire la propria voce professionale, infermieri e ostetriche devono essere formati in modo appropriato - Il Galles è stato il primo paese nel Regno Unito ad avere tutti gli infermieri e ostetriche con la laurea (*baccalaureate degree education*) e dal 2010 ha fissato standard per la pratica avanzata¹⁰⁴. Come risultato, il Galles ha continuato a sviluppare ruoli specialistici e avanzati e ad avere servizi guidati da infermieri e ostetriche (*nursing and midwife led services*) per il miglioramento dell'assistenza ai pazienti.

Studio del caso: il programma *Global Nurse Capacity Building*

Chi ha fornito il contributo: Susan Michaels-Strasser

Paese: Africa Sub-Sahariana

Il Programma globale per lo sviluppo delle capacità infermieristiche (*Global Nurse Capacity Building Program*, GNCBP), condotto dalla ICAP alla Scuola di sanità pubblica Mailman dell'Università Columbia con un finanziamento del PEPFAR attraverso le Risorse per la salute e i servizi amministrativi statunitensi (HRSA), ha lo scopo di migliorare la salute della popolazione e combattere l'HIV nell'Africa Sub-Sahariana. S'intende raggiungere questo intento, rafforzando la qualità e la quantità del personale infermieristico e ostetrico.

Il GNCBP impiega un modello olistico per rafforzare le professioni infermieristica e ostetrica che va dalla formazione alla pratica attraverso due sotto-progetti. L'Iniziativa di partnership per la formazione infermieristica (*Nursing Education Partnership Initiative*, NEPI) promuove la produzione di nuovo personale e la *General Nursing* (GN) sostiene il mantenimento di personale preparato (*skilled workforce*).

Il GNCBP fornisce i suoi servizi in sei elementi costitutivi dello sviluppo della forza lavoro infermieristica, tra cui: 1) miglioramento delle infrastrutture; 2) revisione dei curricula; 3) sviluppo della preparazione del personale docente (*faculty*); 4) abilità cliniche; 5) sviluppo professionale continuo; e 6) partnership per politiche e la regolamentazione.

Il programma GNCBP fornisce una lunga e necessaria infusione di competenze e risorse e genera preziose lezioni per informare gli sforzi per migliorare l'assistenza infermieristica e ostetrica nell'Africa sub sahariana. La formazione combinata infermieristica e ostetrica e la riprogettazione di curricula basati sulle competenze, costituiscono dei cambiamenti fondamentali nel modo in cui formare gli infermieri. Sempre più spesso, la formazione prima di iniziare il lavoro tratta delle competenze chiave relative all'HIV e al ruolo

ampliato degli infermieri (*expanded role*) nella cura e nel trattamento dell'HIV, mentre le innovazioni come la formazione basata sulla simulazione e l'e-learning hanno dimostrato di essere entrambi accettabili e fattibili in situazioni di risorse limitate.

L'Africa sub sahariana affronta una grave carenza di personale sanitario, che inibisce l'accesso a cure sanitarie di qualità e contribuisce direttamente a scarsi risultati di salute. La regione si trova di fronte a un carico significativo di malattie e ad una disponibilità molto limitata di risorse umane per la salute. Nel 2006, l'OMS ha riferito che il 25% del carico globale di malattie era concentrato nell'Africa sub-sahariana, rappresentando circa l'11% della popolazione mondiale

Inoltre, nella regione è presente solo il 3% del personale sanitario totale del mondo, mentre la sua spesa sanitaria consiste solo nell'1% della spesa sanitaria globale. Sono necessari quadri sempre più numerosi di infermieri ben addestrati in luoghi con un carico così elevato di HIV e scarsa disponibilità di risorse, poiché si possano attuare approcci di prova e trattamento per la cura dell'HIV e più pazienti richiedono cure per le comorbidità e malattie croniche concomitanti.

Ad oggi, il programma GNCB ha ottenuto risultati impressionanti, con 13.146 studenti infermieri e ostetrici laureati in 22 scuole e 5.550 infermieri che hanno ricevuto una formazione in servizio. Oltre 4000 docenti in 22 scuole per infermieri in sei paesi hanno ricevuto formazione continua tramite il GNCBP in competenze cliniche, formazione e ricerca ai livelli di certificati di specializzazione, Master e dottorato. Queste scuole hanno anche ricevuto miglioramenti strutturali e sono stati sviluppati e rivisti i programmi di studio accreditati a livello nazionale. Il GNCBP ha sostenuto il miglioramento della politica e della regolamentazione infermieristica (*nursing policy and regulation*) in ogni paese.



Quarta parte: dalle politiche alla pratica – dalla pratica alla definizione di politiche

Come messo in evidenza nella seconda parte, gli infermieri sanno molto sui temi connessi all'accesso, quindi, dove si situa la responsabilità della professione infermieristica nell'assicurare che queste conoscenze siano tenute in debito conto e influenzino la definizione delle politiche?

Si dice spesso che tutte le azioni, anche l'inattività, siano degli atti politici. La politica, dopo tutto, è semplicemente il modo di influenzare l'allocazione delle risorse scarse o, come Mason et al. la definiscono, "l'uso delle relazioni e del potere per conquistare ascendente fra portatori di interesse in competizione fra loro, in modo da influenzare le politiche e l'allocazione delle scarse risorse"¹⁰⁵.

La politica è il meccanismo mediante il quale si attua questa allocazione delle risorse o, più formalmente, la politica è "il corso di azione o inazione, relativamente stabile e propositivo, seguito da un attore o da una serie di attori, nell'affronto di un problema o di un tema che desta preoccupazione"¹⁰⁵. La presenza di priorità e preoccupazioni in competizione fra loro, sommata all'inevitabile natura finita delle risorse, porta la definizione delle politiche ad avvenire in un contesto politico.

Queste definizioni sono davvero utili per gli infermieri poiché, come sosteniamo, in forza del fatto che noi "conosciamo" le risposte dei pazienti e delle famiglie alle politiche sanitarie e sociali, noi dovremmo essere inclusi nella presa di decisioni di politica sanitaria¹⁰⁶. Comprendere queste definizioni ci aiuta a iniziare a vedere la complessa natura della definizione delle politiche. Ci avvisa del fatto che, mentre è spesso rappresentato nei libri di testo come un semplice processo circolare, molto simile al processo di assistenza infermieristica (identificazione del problema, pianificazione degli obiettivi, formulazione del corso di azione²⁸, attuazione, valutazione), la realtà è ben più complicata.

In quanto infermieri sosteniamo che non abbiamo "un posto al tavolo" dove si definiscono le politiche. Dobbiamo capire che quando una linea di indirizzo (a policy) giunge al tavolo di consultazione, il processo di

²⁸ È stato così tradotto *policy formulation* (NdC).

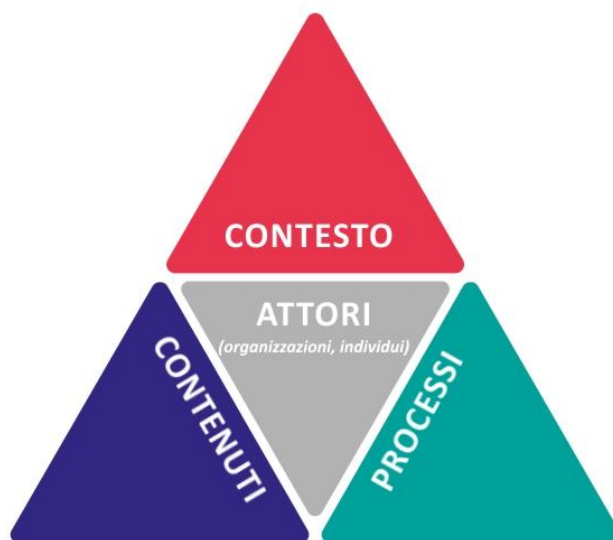
definizione delle politiche è ormai virtualmente completo. Il nostro posto dovrebbe essere, quindi, nella fase iniziale dell'identificazione del problema e della predisposizione della soluzione. È in questa fase che si può veramente influenzare il processo. Gli infermieri devono essere più profondamente coinvolti nel comprendere l'influenza sulla definizione delle politiche.

Il processo di elaborazione delle politiche è caotico e imprevedibile e, per meglio comprendere la sua complessità, Walt e Gilson¹⁰⁷ introdussero l'idea del triangolo della politica sanitaria per semplificare queste interrelazioni ingarbugliate (vedi Figura 16). Come per tutti i modelli, essi semplificano processi che, normalmente, sono molto interattivi e interconnessi, come accade in questo caso.

Mentre gli infermieri conoscono i "contenuti" (per esempio, le risposte dei pazienti e delle famiglie alle politiche sanitarie e sociali), questo costituisce solo uno dei componenti utili per la definizione delle politiche. Si deve, infatti, tenere in debito conto il "contesto", il "processo" e gli "attori" siano essi individui o organizzazioni.

Il contesto: cosa sta accadendo nell'ambiente in questo momento e come potrebbe influenzare qualsiasi discorso sulle politiche? Il contesto può essere visto come inclusivo dei fattori situazionali (per esempio, guerre, inondazioni, siccità, terremoti); dei fattori strutturali (per esempio, i sistemi politici e i cicli politici, la tecnologia, le nuove ricerche); fattori culturali (per es., la lingua, le norme, la religione, la presenza di gruppi di minoranza) o fattori internazionali (per es., focolai di malattie infettive, cambiamenti nei mercati quali una crisi finanziaria globale)¹⁰⁸. Ciascuno di questi elementi può far portare in primo piano l'attenzione oppure distogliere la preoccupazione da quanto previsto in agenda. Impiegare del tempo nella valutazione del contesto è un elemento critico per avere successo nell'influencare le politiche.

Figura 16 - Il triangolo della definizione delle politiche di Walt e Gilson¹⁰⁷



Il processo: come si prendono concretamente le decisioni sulle politiche? Come inizia il processo, come si sviluppa, come si negozia, si comunica, attua e valuta (come del semplice ciclo di cui sopra)? Una domanda fondamentale durante il processo è chi ha e detiene il potere? Tutto questo ci porta a considerare quali sono gli attori coinvolti nel processo.

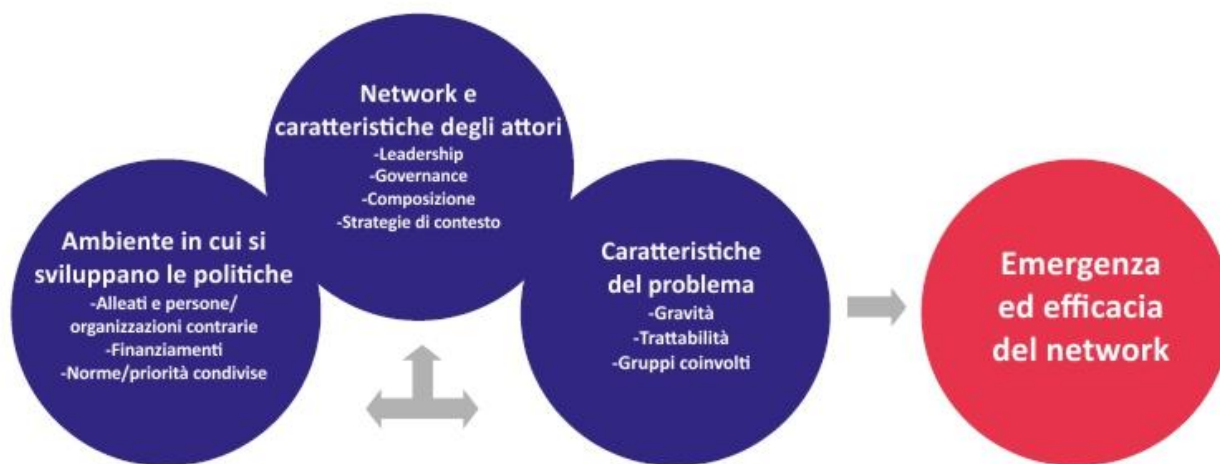
Gli attori: chi sono le persone e quali le organizzazioni che possono avere interesse nel tema di quella politica? Dopo aver individuato quali sono i portatori di interesse fondamentali, si deve valutare attentamente il loro livello di coinvolgimento, il loro interesse, la loro influenza o potere, l'impatto su di loro del risultato e quale sarà la loro posizione: sono alleati o oppositori? Conoscere i partecipanti vi consente di scegliere chi può aiutarvi, con chi coalizzarsi e di chi si dovrà controbilanciare l'influsso e perché.

Il triangolo della politica di Walt e Gilson (figura 16) fu elaborato a partire dal lavoro di Jeremy Shiffman e colleghi¹⁰⁹ per creare un nuovo modello che esplorasse tre aree principali: i fattori interni della rete e i suoi attori; l'ambiente della politica; le caratteristiche del problema stesso.

ATTIVITÀ

Pensa a una recente politica nazionale in cui la professione infermieristica è interessata. Utilizzando il triangolo della politica analizza gli attori, il processo, il contesto e il contenuto. Questo ti aiuta a comprendere il risultato? Come quest'analisi potrebbe suggerire qualche cosa che potresti fare in modo differente la prossima volta?

Figura 17 – Modello di Shiffman dei network per la salute globale efficaci¹¹⁰



Fra questi elementi ci sono due aree nelle quali la professione infermieristica si situa ben al di sotto rispetto ad altri gruppi di influenza in ambito sanitario: le strategie di contesto, interne ed esterne, che includono la lingua utilizzata, e la creazione di coalizioni¹¹⁰. È interessante notare che, proprio questi, erano gli elementi che erano stati identificati vent'anni fa da un gruppo di infermieri americani che avevano studiato lo sviluppo politico della professione infermieristica¹¹¹.

Se quindi intendiamo influenzare la politica, dobbiamo iniziare dalle caratteristiche del problema. Dobbiamo “eseguire il compito” e comprendere tutte le prove di efficacia esistenti in relazione al problema che stiamo cercando di influenzare (la sua gravità e trattabilità: esiste una soluzione che sarà efficace?). Dobbiamo anche a come rappresentiamo i gruppi coinvolti e il grado in cui questo coinvolgerà altri. Si riporta l'esempio dell'HIV/AIDS. Quando fu rappresentato come la malattia degli omosessuali o il virus che

veniva da un Paese lontano, ci fu una opportunità ridotta per stimolare la politica. Quando fu invece rappresentato come una minaccia per l'umanità e una patologia che poteva essere trasmessa già in utero al feto, guadagnò immediatamente l'attenzione e quindi l'azione.

Successivamente, si deve porre l'attenzione alle politiche del contesto o ambiente politico stesso. Siamo in accordo con il ciclo della preparazione del budget del governo? Abbiamo fatto l'analisi dei nostri portatori di interesse? Siamo un gruppo che potrà farsi notare dagli altri in relazione a questo tema o esso sarà visto come unicamente di nostro interesse? Abbiamo contestualizzato ciò che ci preme, il nostro contributo e input in modo da farlo percepire rilevante e importante dagli altri? Chi altro è interessato al problema/tema, occupa la posizione adatta, possiede il sistema di valori e può costituire un potenziale partner con cui lavorare?

Chi, all'interno della professione infermieristica, è collocata in modo vantaggioso per portare questo tema al mondo esterno? È il sindacato, l'ente regolatore, i responsabili senior dei servizi o i ricercatori? Abbiamo un messaggio professionale unificato che potrà essere condiviso e sostenuto da tutti per non portare a voci differenti? In altre parole, abbiamo "fatto il nostro compito" di lavorare per giungere a una posizione di consenso a porte chiuse?¹¹²



Figura 18 - Le quattro fasi dello sviluppo politico degli infermieri¹¹¹

	1° stadio (<i>Buy-in</i>)	2° stadio (<i>Self-interest</i>)	3° stadio (<i>Political Sophistication</i>)	4° stadio (<i>Leading the way</i>)
La natura dell'azione	Reattivo, con un interesse prioritario (focus) sulle tematiche infermieristiche.	Reattivo sulle tematiche infermieristiche (es., finanziamenti per la formazione infermieristica) e su temi più ampi (es., lungo-degenza e immunizzazione).	Proattivo sulla professione infermieristica e altre tematiche sanitarie (es., il piano di riforma sanitaria di Cohen et al.).	Proattivo sulla leadership e la definizione di piani per un'ampia gamma di tematiche di politica sanitaria e sociale.
Il linguaggio	Imparare il linguaggio della politica.	Utilizzare il linguaggio infermieristico (es., assistenza, diagnosi infermieristiche).	Utilizzare la parlata e la retorica comuni per le deliberazioni di politica sanitaria.	Introdurre termini che mettono ordine nel dibattito.
La costruzione della coalizione	Consapevolezza politica: partecipazione occasionale nelle coalizioni.	Formazione di coalizioni tra organizzazioni infermieristiche.	Formazione di coalizioni tra gruppi infermieristici; partecipazione attiva e significativa in gruppi che si occupano di assistenza più ampi (es., la <i>task force</i> di Clinton sulla riforma dell'assistenza sanitaria).	Attivazione di coalizioni al di là dell'assistenza infermieristica per affrontare ampi problemi di politica sanitaria.
Gli infermieri come coloro che danno forma alle politiche	Casi isolati di infermieri chiamati a occupare posti in cui si definiscono le politiche, per motivi di risultati personali ottenuti.	Associazioni professionali ottengono di avere infermieri in posti in cui serve la loro presenza.	Le organizzazioni professionali ottengono l'assunzione di infermieri in posti in cui si sviluppano politiche connesse alla salute (es., posti per infermieri alla ProPac ²⁹).	Numerosi infermieri hanno cercato posizioni infermieristiche e di politica sanitaria per via del valore delle loro conoscenze ed expertise infermieristici.

²⁹ Si tratta di un prodotto (ProPac™) prodotto dalla *Thermo Scientific™* che opera nel campo delle scienze (NdC).

ATTIVITÀ: LO SVILUPPO POLITICO

Esplora i quattro stadi dello sviluppo politico sopra indicati e valuta in quale ti senti di collocare il tuo sviluppo politico. A che punto ritieni essere la professione infermieristica nel tuo Paese, e dove a livello globale in questo sviluppo politico? Quali sono le aree in cui è necessario un miglioramento? Come potresti ottenere l'esperienza e la formazione necessaria?

Studio del caso: coalizioni e collaborazioni per affrontare le NCD – la professione infermieristica che si fa avanti per essere partner in un'iniziativa nazionale per migliorare la salute.

Paese: Tonga

Secondo il WHO le patologie non trasmissibili, responsabili del 75% di tutte le morti avvenute nel Tonga nel 2008, sono dovute principalmente alla dieta scorretta, alla mancanza di esercizio fisico, al fumo e al consumo di alcol^{1,13}. Secondo l'On. Dott. Saia Ma'u Piukala, Ministro della salute, "il 99% della popolazione adulta del Tonga è a medio o elevato rischio di sviluppare una patologia cronica non infettiva"¹¹⁴.

L'attenzione verso le NCD in Tonga iniziò nel 2003 con il lancio di una strategia articolata (2004-2009), la prima nel Pacifico. L'allora Ministro della salute, Lord Viliani Tau' Tangi, era stato un sostenitore della lotta contro le NCD, ritenendo che la professione infermieristica doveva avere un ruolo centrale nell'arrestare e controllare queste patologie. La valutazione di questo primo piano rivelò la presenza di alcune difficoltà sia nell'accuratezza della raccolta dei dati, sia nella sua applicazione. La successiva strategia (2010-2015) si concentrò sul miglioramento di questi aspetti, e Lord Tangi riconobbe la posizione chiave degli infermieri sia nella comunità sia nell'assistenza per acuti. Diversi anni prima gli infermieri che si occupavano di salute riproduttiva erano stati specificamente formati ed erano presenti in ciascun centro sanitario territoriale. Ciò portò a una riduzione significativa della mortalità e morbilità materno-infantile e ad un aumento dei tassi di immunizzazione. Si pensò che questo modello gestito dagli infermieri e basato sulla loro presenza nella comunità, potesse funzionare anche con le patologie non trasmissibili. Si trattava di introdurre una nuova figura che combinasse la competenza nella promozione della salute, nella diagnosi precoce, nella prevenzione delle malattie, l'aderenza alle terapie, la riabilitazione e la palliazione³⁰. Nacque così l'idea dell'infermiere delle patologie non trasmissibili di comunità¹¹⁴.

Una prima esperienza pilota attivata nel 2012 in cinque centri sul territorio dimostrò subito l'efficacia e accoglienza positiva di questi servizi. Si cercarono fondi per iniziare il programma dell'infermiere delle NCD in 20 centri territoriali e, all'inizio del 2014, 20 infermiere di comunità specificamente selezionate e con esperienza, si laurearono dopo aver seguito un corso accreditato innovativo e progettato in modo collaborativo per ottenere un diploma in prevenzione, diagnosi e gestione delle patologie non trasmissibili. Per dimostrare l'importanza data a questa iniziativa infermieristica, alla cerimonia di laurea parteciparono sua Maestà la Regina Nanasipau'u Tuku'aho e il Ministro della salute¹¹³.

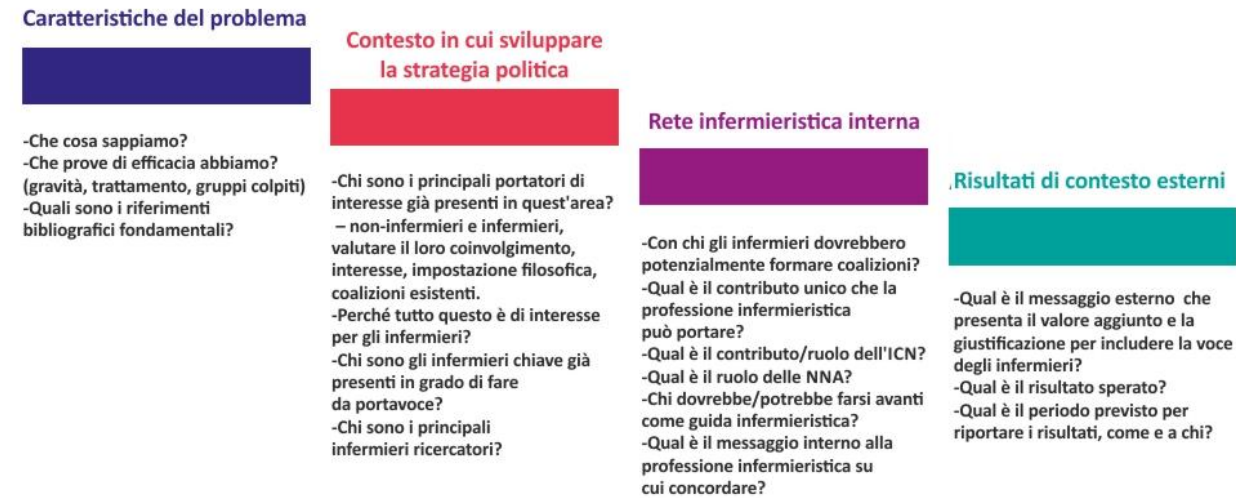
Questa iniziativa gestita da infermieri ha già migliorato l'accuratezza della raccolta dati sulle NCD; migliorato il trattamento e il controllo del diabete e delle patologie cardiovascolari; incrementato la partecipazione delle comunità nei programmi di esercizio fisico e di alimentazione nonché ridotto il ricorso alle amputazioni.

³⁰ Letteralmente: "The idea of the Tonga community based NCDs nurse was born" (NdC).

Il più recente piano strategico per combattere le NCD (2015-2020) in Tonga prosegue con un' enfasi particolare sui giovani e sull'inizio della vita in salute. Gli infermieri che si occupano di salute riproduttiva e gli infermieri specializzati in NCD che operano sul territorio continueranno a giocare un ruolo centrale, unitamente a molti altri settori della società¹¹⁴.

La Figura 19 mostra come gli infermieri possano agire dalla pratica alla definizione di politiche e dall'identificazione di un problema all'azione, così come accaduto nel Tonga (vedi lo studio del caso proposto). L'osservazione e i dati che emergono dalla pratica professionale indirizzano la definizione delle politiche, le politiche dettano le priorità delle nuove iniziative da intraprendere che, a loro volta, orientano le politiche successive.

Figura 19 - Il modello per passare dal problema all'azione.



Lo sforzo continuo con il cambio di indirizzo e di attuazione delle priorità, sottolinea l'importanza vitale degli infermieri in quanto professionisti capaci di raccogliere dati in modo accurato, analizzarli e prendere la parola per conto delle loro comunità di appartenenza per assicurare la migliore attuazione e valutazione delle politiche e, successivamente, offrire i migliori consigli per definire i nuovi indirizzi e l'identificazione dei temi da affrontare in futuro.



La parola finale

Gli infermieri sono essenziali per trasformare l'assistenza sanitaria e i sistemi sanitari in modo da non lasciare indietro alcuna persona. Gli infermieri possono essere la voce che guida per migliorare l'accesso all'assistenza, attuare un approccio alla salute centrato sulle persone e assicurare che le loro istanze siano ascoltate per influenzare le politiche sanitarie, la pianificazione e l'offerta di servizi.

È tempo che nel 2018 ci si erga insieme e si parli con una voce sola. Dobbiamo alzare la nostra voce. Dobbiamo esprimerci in modo più chiaro. Con le risorse che abbiamo attualmente a disposizione non è più accettabile negare a ciascun essere umano il diritto all'assistenza sanitaria. Fa del 2018 il tuo anno per essere la voce che guida affinché la salute sia un diritto umano per tutti.

“Gli infermieri posseggono l’esperienza diretta, hanno le conoscenze, l’autorità e la legittimazione per riuscire a spiegare la lunga catena causale della sofferenza e della malattia che vedono nei pazienti. Loro possono anche prendere le difese dei pazienti e dire: “Questo è ciò di cui abbiamo bisogno nel programma per raggiungere la copertura sanitaria universale in questo Paese”

Dr Sridhar Venkatapuram, Senior Lecturer in Global Health and Philosophy and Founding Director of the MSc Global Health and Social Justice, King's College London



CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

1. World Health Organization. *Universal health coverage: a political choice*. 2017 [cited 2017 6 October]; Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/en/>.
2. Special Rapporteur, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. 2017, United Nations: Geneva.
3. UN News Centre. *Nothing short of a 'sea change' will end years of gross neglect in mental health care – UN expert*. 2017 [cited 2017 29 September]; Available from: <http://www.un.org/apps/news/printnewsAr.asp?nid=56919>.
4. Sen, A., *Why and how is health a human right?* Lancet, 2008. **372**(9655): p. 2010.
5. Peabody, F.W., *The Care of the Patient*. JAMA, 1927. **88**(12): p. 877-882.
6. *The right to health: from rhetoric to reality*. Lancet, 2008. **372**(9655): p. 2001.
7. World Health Organization. *Universal health coverage (UHC): Fact sheet*. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>.
8. Ghebreyesus, T.A. *All roads lead to universal health coverage*. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/en/>
9. World Health Organization. *Health financing for universal coverage*. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/.
10. Hunt, P. and G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Health and Human Rights, 2008. **10**(1): p. 81-92.
11. World Health Organization, *'Everybody's Business': Strengthening Health Systems to improve health outcomes - WHO's Framework for Action*. 2007, WHO: Geneva.
12. Lee, E. and D. Johanne Horndrup. *The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt*. 2004 [cited 2017 4 October]; Available from: <http://projects.essex.ac.uk/ehrr/V2N1/Hunt.pdf>.
13. Special Rapporteur, *Promotion and protection of all Human Rights, Civil, Political, economic, Social and Cultural: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt*. 2008, United Nations Human Rights Council: Geneva.
14. Taylor-Clark, K. *What's Engagement Now? Expert Kalahn Taylor-Clark Discusses Emerging Challenges*. 2012 [cited 2017 30 October]; Available from: <http://www.cfah.org/blog/2012/whats-engagement-now-expert-kalahn-taylor-clark-discusse-emerging-challenges>.
15. Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health, 2013. **12**: p. 18.
16. World Health Organization. *Diabetes*. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
17. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.idf.org/idf-diabetes-atlas-seventh-edition>.
18. Stokes, A., et al., *Prevalence and unmet need for diabetes care across the care continuum in a national sample of South African adults: Evidence from the SANHANES-1, 2011-2012*. PLoS One, 2017. **12**(10): p. e0184264.
19. Protheroe, J., et al., *Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management*. J Diabetes Res, 2017. **2017**: p. 1298315.

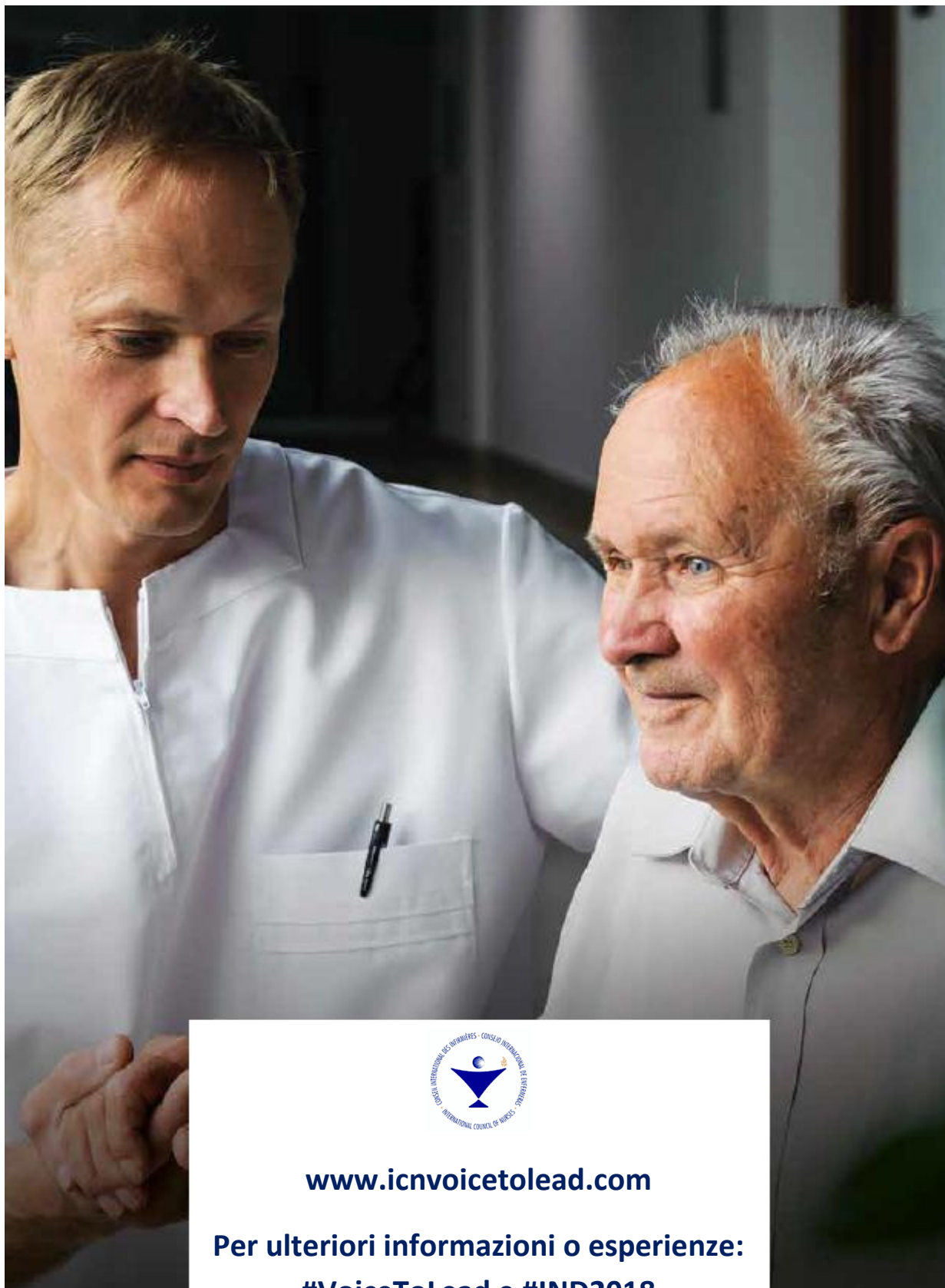
20. Deloitte, *Turning the tide on diabetes management How leaders in health care are using multi-faceted approaches*. 2017, Deloitte Centre for Health Solutions: Washington DC.
21. Anderson, I., et al., *Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study*. *Lancet*, 2016. **388**(10040): p. 131-57.
22. Johnstone, M.J. and O. Kanitsaki, *The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal*. *Collegian*, 2009. **16**(2): p. 63-9.
23. Askew, D., et al. *To your door: Factors that influence Aboriginal and Torres Strait Islander peoples seeking care*. [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.kvc.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Paper-Mono-1-CD-20130624-v42-Submitted.pdf>
24. Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. *Cultural Competence*. [cited 2017 1 November]; Available from: <https://i.pinimg.com/736x/28/37/5b/28375b8d01a949d0254c31bd15275190--cultural-competence-preschool-ideas.jpg>.
25. World Health Organization. *Health and human rights: Fact Sheet N323*. 2015 [cited 2017 1 November]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>.
26. Kölves, K., et al., *Suicide in rural and remote areas of Australia*. *Australian Institute for Suicide Research and Prevention*. 2012: Brisbane.
27. World Health Organization, *A universal truth: no health without a workforce*. 2014, WHO: Geneva.
28. National Rural Health Alliance. *Mental Health in Rural and Remote Australia*. 2017 [cited 2017 26 September]; Available from: <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mentalhealth-factsheet-2017.pdf>.
29. Patel, V. *Mental Health Policy*. in *international Council of Nurses: Health Policy Summit 2017*. Philadelphia.
30. OECD, *Out-of-pocket medical expenditure: Health at a Glance*. 2015, OECD Publishing: Paris.
31. World Health Organization, *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations*. 2010, WHO: Geneva.
32. World Health Organization. *New report shows that 400 million do not have access to essential health services*. 2015 [cited 2017 25 September]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/>.
33. Sen, A. *Amartya Sen Quotes*. 2017 [cited 2017 30 October]; Available from: http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya_Sen.
34. Duckett, S. *Many Australians pay too much for health care – here's what the government needs to do*. 2016 [cited 2017 25 September]; Available from: <https://theconversation.com/many-australians-pay-too-much-for-health-care-heres-what-the-government-needs-to-do-61859>.
35. Health Resources & Services Administration. *HRSA Database*. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: <https://datawarehouse.hrsa.gov/tools/analyzers/hpsafind.aspx>.
36. Newhouse, R.P., et al., *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review*. *Nurs Econ*, 2011. **29**(5): p. 230-50; quiz 251.
37. Weinick, R.M., R.M. Burns, and A. Mehrotra, *Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics*. *Health Aff (Millwood)*, 2010. **29**(9): p. 1630-6.

38. Copeland, B., et al. *Beyond the acute episode: Can retail clinics create value in chronic care?* 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: <https://dupress.deloitte.com/dup-us-en/industry/health-care/retail-clinics-chronic-care-management.html>.
39. Akazili, J., et al., *Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana*. BMC Int Health Hum Rights, 2017. **17**(1): p. 13.
40. World Health Organization, *WHO Global Health Expenditure Atlas*. 2014, WHO: Geneva.
41. Schneider, E et al, *Mirror, Mirror*, 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care. 2017. The Commonwealth Fund.
42. Francis, R., *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. 2013: London.
43. Campbell, D. *Mid Staffs hospital scandal: the essential guide*. 2013 [cited 2017 13 September]; Available from: <https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>.
44. World Health Organization, *Patient Safety: Making health care safer*. 2017, WHO: Geneva.
45. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century is report on health care quality in the United States*. 2001, Washington, DC.: National Academies Press.
46. World Health Organization, *WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. 2017, WHO: Geneva.
47. Stimpfel, A.W., et al., *Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients*. Health Serv Res, 2016. **51**(3): p. 1120-34.
48. Flynn, L., et al., *Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes*. J Am Geriatr Soc, 2010. **58**(12): p. 2401-6.
49. Brodaty, H., et al., *Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care*. Am J Geriatr Psychiatry, 2014. **22**(12): p. 1427-37.
50. Aiken, L.H., et al., *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health affairs, 2017.5
51. Aiken, L.H., et al., *Implications of the California nurse staffing mandate for other states*. Health Serv Res, 2010. **45**(4): p. 904-21.
52. Twigg, D. and K. McCullough, *Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings*. Int J Nurs Stud, 2014. **51**(1): p. 85-92.
53. Needleman, J. and S. Hassmiller, *The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results*. Health Aff (Millwood), 2009. **28**(4): p. w625-33.
54. Goetz, K., M. Janney, and K. Ramsey, *When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution*. Nurs Econ, 2011. **29**(4): p. 173-82.
55. Kelly, L.A., M.D. McHugh, and L.H. Aiken, *Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals*. J Nurs Adm, 2011. **41**(10): p. 428-33.
56. Institute of Medicine, *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* 2004, the National Academies Press: Washington D.C.
57. Stimpfel, A.W., J.E. Rosen, and M.D. McHugh, *Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet(R) and non-Magnet hospitals*. J Nurs Adm, 2014. **44**(1): p. 10-6.
58. Jeon, Y.H., et al., *Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 190.
59. Jeon, Y.H. and H. Kendig, *Chapter 14 Care and Support for Older People*, in *Ageing in Australia: Challenges and Opportunities*, K. O'Loughlin, C. Browning, and H. Kendig, Editors. 2017, Springer: New York.
60. Forster, P., *Queensland Health Systems Review*. 2005.
61. Francis, R., *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. 2013: London.

62. Rao, A.D., A. Kumar, and M. McHugh, *Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue*. J Nurs Scholarsh, 2017. **49**(1): p. 73-79.
63. McHugh, M.D., et al., *Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients*. Med Care, 2016. **54**(1): p. 74-80.
64. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, *Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement*. Int J Qual Health Care, 2016. **28**(2): p. 253-8.
65. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, *Reducing Hospital Readmission Disparities of Older Black and White Adults After Elective Joint Replacement: The Role of Nurse Staffing*. J Am Geriatr Soc, 2016. **64**(12): p. 2593-2598.
66. IOM, *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. 2015, IOM: Washington, DC.
67. Oche, M. and H. Adamu, *Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria*. Ann Med Health Sci Res, 2013. **3**(4): p. 588-92.
68. Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran, *Waiting time policies in the healthsector: What works*. 2013.
69. Algosio, V. *Philosophical Views in Nursing*. 2014 [cited 2017 12 October]; Available from: <https://www.slideshare.net/virgilioalgoso/philosophical-views-in-nursing>.
70. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry, *Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review*. Int J Nurs Stud, 2015. **52**(6): p. 1121-37.
71. Special Rapporteur, *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* 2016, WHO: Geneva.
72. Aiken, L.H., et al., *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health affairs, 2017.
73. Advisory Board. *This nurse-led approach cut hospital readmission rates by 56 percent*. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: <https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/06/13/readmission-rates>.
74. Sun Health. *Sun Health Care Transitions*. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: <http://www.sunhealth.org/hospital-transition-plan/>.
75. Spence, M. and L. Lewis, *Health and Growth*. 2009, The World Bank: Washington.
76. Kapferer, S. *The importance of investing in health*. 2015 [cited 2017 6 October]; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/>.
77. Frenk, J. *Health and the economy: A vital relationship*. 2004 [cited 2017 6 October]; Available from: [http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health and the economy: A vital relationship .html](http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health%20and%20the%20economy%3A%20A%20vital%20relationship.html).
78. World Health Organization, *Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference does it make?* 2015, WHO: Geneva.
79. KPMG, *Investing in Health: An economic and qualitative analysis of the impacts of the primary care phase of NHI in The Bahamas*. 2017.
80. Jamison, D.T., et al., *Global health 2035: a world converging within a generation*. Lancet, 2013. **382**(9908): p. 1898-955.
81. Summers, L.H. and signatories, *Economists' declaration on universal health coverage*. Lancet, 2015. **386**(10008): p. 2112-2113.
82. World Health Organization. *Questions and Answers on Universal Health Coverage*. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: <http://www.who.int/contracting/documents/QandAUHC.pdf?ua=1>.
83. KPMG, *Universal Healthcare: One place, many paths*. 2016

84. Taylor, J., *Five top tips on how to make person centred care really work*, in *theguardian*. 2014, theguardian.
85. World Health Organization, *People-Centred Health Care: Policy Framework*. 2007, WHO: Geneva.
86. Richards, M.K. and A.B. Goldin, *Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient*. *Semin Pediatr Surg*, 2015. **24**(6): p. 319-22.
87. Forsyth, L., E. Rawstron, and K. Hawkins. *Patient experience: recalibrating our ideas of success in healthcare*. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: <https://home.kpmg.com/au/en/home/insights/2017/05/patient-experience-recalibrating-health-care-success.html>.
88. Bertakis, K.D. and R. Azari, *Patient-centered care is associated with decreased health care utilization*. *J Am Board Fam Med*, 2011. **24**(3): p. 229-39.
89. Gurría, A. *People at the Centre: The Future of Health - opening remarks at 2017 OECD High-Level Policy Forum*. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: <http://www.oecd.org/about/secretary-general/people-at-the-centre-the-future-of-health-opening-remarks.htm>.
90. World Health Organization. *People at the centre of care*. 2017 [cited 2017 3 April]; Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/.
91. American Nurses Association, *The Value of Nursing Care Coordination: A White paper of the American Nurses Association*. 2012, ANA.
92. Basu, R., et al., *Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations*. *Front Public Health*, 2015. **3**: p. 27.
93. Pesut, B., et al., *Nurse-led navigation to provide early palliative care in rural areas: a pilot study*. *BMC Palliat Care*, 2017. **16**(1): p. 37.
94. Ernst & Young. *Health reimagined: a new participatory health paradigm*. 2016 [cited 2017 20 October]; Available from: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/\\$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf).
95. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. 2016,
96. Needleman, J. and S. Hassmiller, *The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results*. *Health Aff (Millwood)*, 2009. **28**(4): p. w625-33.
97. Institute of Medicine, *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* 1996, Washington, DC: The National Academies Press.
98. Kutney-Lee, A., et al., *Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition*. *Med Care*, 2015. **53**(6): p. 550-7.
99. Ernst & Young, *Nursing reforms Paradigm shift for a bright future*. 2016.
100. Chief Nursing and Midwifery Officer, W. *Nursing and Midwifery in Wales*. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/161222prioritiesen.pdf>.
101. Prudent Healthcare *Making prudent healthcare happen*. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://www.prudenthealthcare.org.uk/>.
102. Commission of the four Chief Nursing Officers, N. *Enabling professionalism in nursing and midwifery practice*. 2015 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/170508professionalismen.pdf>.
103. NHS Wales. *Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016*. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/171102nurse-staffingen.pdf>.

104. NHS Wales. *Advanced Practice*. 2010 [cited 2017 27 November]; Available from: <http://www.weds.wales.nhs.uk/advanced-practice/>.
105. Mason, D., et al., *Policy and Politics in Nursing and Health Care*. 6th ed. 2016, St Louis: Elsevier.
106. White, J., *Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice*, in *Philosophies and practices of emancipatory nursing: social justice as praxis.*, P. Kagan, M. Smith, and P. Chinn, Editors. 2014, Routledge: New York. p. 298-308.
107. Walt, G. and L. Gilson, *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. Health Policy Plan, 1994. **9**(4): p. 353-70.
108. Buse, K., N. Mays, and G. Walt, *Making Health Policy*. 2nd ed. 2012, Maidenhead, UK: McGraw Hill.
109. Shiffman, J., et al., *A framework on the emergence and effectiveness of global health networks*. Health Policy Plan, 2016. **31 Suppl 1**: p. i3-16.
110. Shiffman, J., *Four Challenges That Global Health Networks Face*. Int J Health Policy Manag, 2017. **6**(4): p. 183-189.
111. Cohen, S.S., et al., *Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go*. Nurs Outlook, 1996. **44**(6): p. 259-66.
112. White, J., *The Magic Pudding: Comment on "Four challenges that global health networks face"*. International Journal of Health Policy Management, 2017. **6**.
113. Secretariat of the Pacific Community. *Pacific in an crisis, leaders declare*. 2011 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com_content&task=view&id=124.
114. Department of Foreign Affairs and Trade, *Health for Development Strategy 2015–2020*. 2015, Australian Government.



www.icnvoicetolead.com

**Per ulteriori informazioni o esperienze:
#VoiceToLead e #IND2018**

www.icn.ch



www.cnai.info